

# ZOLarium

Jaargang 19 nr. 79 · 2021

HOE ZOL ZORG DRAAGT  
voor patiënt en medewerkers

NIET-ALCOHOLISCHE LEVERVERVETTING  
is nieuwe chronische leveraandoening

TELEFONISCHE VOORAANMELDING  
verbetert prognose na een beroerte

ZOL HEEFT EEN  
MULTIDISCIPLINAIR  
TRANSGENDERCENTRUM

# ZOL is zevende beste ziekenhuis van België volgens Newsweek

Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) wordt door het toonaangevende Amerikaanse magazine Newsweek uitgeroepen tot het zevende beste ziekenhuis van België. ZOL voert hiermee de Limburgse rangschikking aan en is na het ziekenhuis van Aalst het beste niet-universitaire ziekenhuis van het land. "Wij zijn uitermate vereerd en zeer trots met dit resultaat, des te meer omdat de score gebaseerd is op de appreciatie van onze patiënten en collega's", zegt algemeen directeur Erwin Bormans.

Voor de derde keer op rij stelde Newsweek een rangschikking samen met de

beste ziekenhuizen ter wereld. De 2.000 ziekenhuizen die in de lijst zijn opgenomen, komen uit 25 landen waaronder ook België. Ze onderscheiden zich door "hun permanente uitmuntendheid, ervaren artsen, topverpleegkundige zorg en state-of-the-art technologie", aldus de Newsweek-uitgever. De ranglijst met beste ziekenhuizen voor België telt 19 algemene en universitaire ziekenhuizen.

"Dat ZOL in de Belgische rangschikking op de zevende plaats staat, toont aan dat de JCI-accreditatie die we behaald hebben in 2019 haar vruchten afgeworpen heeft. Dit is een bevestiging van het

goede werk dat al onze mensen leveren. We zijn trots op de topzorg die we de Limburgse patiënt kunnen bieden," aldus algemeen directeur Erwin Bormans. De criteria die Newsweek hanteerde voor de rangschikking zijn:

- aanbevelingen van 'peers' gebaseerd op een bevraging bij meer dan 74.000 artsen, ziekenhuismanagers/-directeurs en professionals uit de gezondheidszorg;
- tevredenheidsscores van patiënten;
- medische key performance indicators (KPI's) met betrekking tot patiëntveiligheid, ziekenhuishygiëne en kwaliteit van zorg. ■





Meer info:  
[www.newsweek.com/best-hospitals-2021/belgium](http://www.newsweek.com/best-hospitals-2021/belgium)

# Edito

Een tiental jaar geleden gaf het gerenommeerde Zweedse Karolinska Instituut al het voorbeeld. Ze transformeerden hun 'klassieke' ziekenhuisorganisatie rond medische diensten naar meer thematisch georganiseerde patiëntenzorg. Artsen en andere zorgverleners werden gegroepeerd rond een 'pathologie' in plaats van rond een 'afdeling' of 'dienst'. Bedoeling was tot meer kwalitatieve zorg te komen voor de patiënt.

Ook in het ZOL wordt meer en meer ingezet op thematisch georganiseerde zorg. Een mooi, nieuw voorbeeld vindt u in dit ZOLarium. In het transgendercentrum kunnen mensen met genderdysforie terecht voor zowel psychosociale en seksuele begeleiding, hormoontherapie, als ook voor een chirurgische ingreep of andere behandelingen. Dat steeds meer patiënten hun weg vinden naar het centrum, toont aan dat deze aanpak werkt.

Bedoeling van multidisciplinaire raadplegingen is om patiënten met gemengde of complexe problemen zo kwaliteitsvol mogelijk te behandelen. De verschillende betrokken specialisten kijken vanuit hun eigen expertise en komen uiteindelijk tot een gemeenschappelijke diagnose en behandelplan, op maat van de individuele patiënt.

Het ziekenhuis van de toekomst is een 'kennishub' die als onderdeel van een netwerk banden heeft met partners binnen en buiten het ziekenhuis en waar multidisciplinair samengewerkt wordt. In ZOL zijn we de uitdaging alvast aangegaan!

Veel leesplezier

**Dr. Griet Vander Velpen**  
Medisch directeur

“

Multidisciplinariteit leidt tot meer kwalitatieve patiëntenzorg



# Inhoud

**14 Het Haviksoog**  
IUI of IVF voor koppels met onverklaarde infertiliteit?

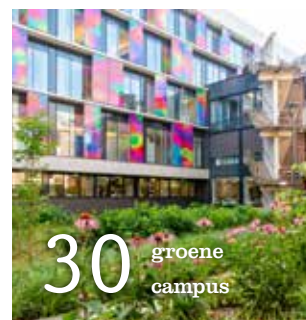
**16 Niet-alcoholische leververvetting**  
Nieuwe chronische leveraandoening

**25 Telefonische vooraanmelding**  
verbetert prognose na beroerte

**30 Ziekenhuissite**  
wordt gezondheidspark en groenpark

**33 Over tuberculose**  
en andere infectieziekten van de longen

**36 Dissectiekamer**  
De dienstmaagd en de heer baron







Erwin Bormans,  
alg. dir. ZOL



V.l.n.r. Erwin Bormans, dr. Griet Vander Velpen, Tom Arts, Wim Dries, dr. Margot  
Vander Laenen, Jos Lantmeeters, Jo Brouns, Sofie Vandeweerd, Myriam Giebens.

Zowel het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames als overlijdens blijven hoog. Té hoog. Het water staat aan de lippen van onze verpleegkundigen en andere zorgverleners. Signalen dat ze eraan denken om af te haken bereiken ons steeds vaker. Dit kunnen we ons absoluut niet veroorloven. Niet als ziekenhuis en zeker niet als maatschappij.

Fragment uit open brief naar aanleiding van een bezoek aan ZOL op 23 april 2021 van Limburgs gouverneur Jos Lantmeeters samen met de burgemeesters Sofie Vandeweerd (Dilsen-Stokkem), Jo Brouns (Kinrooi) en Wim Dries (Genk) en eerste schepen van Maaseik Myriam Giebens om zorgverleners die in de frontlinie staan tegen COVID-19 een hart onder de riem te steken.





dr. Bob Vermeulen

dr. Griet Laureyns

dr. Jean-Christophe Schobbens

dr. Thomas De Sutter


Carrie Jonckheere

Dr. Nathalie Dhont

Ann Eben

Katrien Eerdekens





dr. Olivier  
Beckers

dr. Kirsten  
Stinkens

# ZOL heeft een volwaardig, multidisciplinair transgender- centrum

Naast UZ Gent heeft ZOL als enige ziekenhuis in België een volwaardig transgendercentrum. Mensen met genderdysforie kunnen er terecht voor een hormonenbehandeling maar ook artsen van disciplines als onder andere plastische heelkunde, gynaecologie, mond-, kaak- en aangezichts chirurgie (MKA), keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) en urologie hebben zich intussen gespecialiseerd in de specifieke zorg voor deze populatie. Alle zorgen, behalve een eventuele geslachtsoperatie, kunnen dus onder één dak plaatsvinden.



**E**ndocrinoloog dr. Kirsten Stinkens startte in 2018 in ZOL. Dr. Tits, die intussen met pensioen is, volgde toen reeds een aantal trans personen op. Om expertise op te doen over transgenderzorg ging zij naar prof. dr. Guy T'Soen in het Centrum voor Seksuologie en Gender van UZ Gent, het referentiecentrum voor patiënten met genderdysforie. De lange wachtlijsten en de nood aan zorg voor deze populatie overtuigden haar om zich verder in transgenderzorg te specialiseren.

Sinds 2018 vonden al ruim 160 trans personen hun weg naar ZOL. Het werd snel duidelijk dat om goede zorg te kunnen bieden, het aanbod gecoördineerd moet verlopen. De afgelopen jaren bouwde dr. Stinkens, samen met een multidisciplinair team van artsen en andere zorgverleners, een volwaardig transgendercentrum uit in ZOL. Als endocrinoloog is zij de coördinerende arts. Sinds kort krijgt ze ook structurele ondersteuning van een coördinator, Katrien Eerdeken, en een seksuoloog/psychotherapeut, Ann Eben. Alsook is er de mogelijkheid om een beroep te doen op Carrie Jonckheere van de Sociale Dienst.

Dr. Kirsten Stinkens: "De nood aan zorg voor deze populatie is enorm groot.

Uit cijfers blijkt immers dat 40 percent van de mensen met genderdysforie minstens ooit één suïcidepoging onderneemt. Na de start van de transitie verminderen de depressieve gevoelens en daarom is het belangrijk dat deze mensen snel geholpen worden."

#### Toenemende vraag

Nochtans worden de wachtlijsten voor deze populatie almaar langer. In UZ Gent is de wachttijd inmiddels tot ruim anderhalf jaar opgelopen hetgeen psychologisch zeer zwaar is voor mensen die worstelen met hun genderidentiteit.

De almaar toenemende vraag heeft volgens dr. Stinkens te maken met de aandacht van de media voor personen met genderdysforie, het doorbreken van het taboe, het verbeteren van de zorg en de aanpassing van de wetgeving omtrent geslachtsverandering. "Ook de mond-aan-mondreclame doet zijn werk. Sinds eind 2020 hebben wij een 80-tal nieuwe aanmeldingen. Er melden zich zelfs mensen uit West-Vlaanderen aan omdat ze elders niet terecht kunnen of te lang moeten wachten. Voordeel is ook onze gecentraliseerde aanpak." Patiënten die zich presenteren worden eerst aangemeld voor een intake-ge-

## VOORNAME BEGRIPPEN

**Genderidentiteit** = innerlijk beleving van het vrouw en/of/noch man zijn, ook wel 'psychische identiteit' genoemd.

**Genderdysforie** = het onbehagen/lijden dat men kan voelen wanneer het geslacht van bij de geboorte en de genderidentiteit niet overeenkomen. Niet alle transgender personen hebben daar last van.

**Cisgender** = wanneer de genderidentiteit en het geslacht dat bij de geboorte werd toegekend overeenstemmen.

**Transgender** = wordt gebruikt als overkoepelende term voor iedereen die zich niet identificeert met het gender die hij of zij bij de geboorte meekreeg.

**Trans vrouw** = een persoon die in een mannenlichaam is geboren, maar zich identificeert als vrouw

**Trans man** = een persoon die in een vrouwenlichaam is geboren, maar zich identificeert als man

**Non-binair** = non-binaire genders zijn alle genders die niet in de hokjes man of vrouw passen



"Patiënten die zich melden in het transgendercentrum starten met een intake-gesprek bij de coördinator, de seksuoloog en de endocrinoloog".

Dr. Kirsten Stinkens,  
endocrinologie



V.l.n.r. Ann Eben,  
dr. Kirsten Stinkens,  
Katrien Eerdekens



sprek bij de coördinator, de seksuoloog en de endocrinoloog. De coördinator geeft uitleg over het traject en be vraagt waar men zich bevindt in de transitie en wat de eventuele wensen zijn. De seksuologe/psychotherapeute be vraagt de genderidentiteit, de sociale en psychologische veerkracht van de patiënt en neemt contact op met eventuele externe therapeuten die al betrokken waren.

De psychosociale begeleiding van trans personen is erop gericht de genderidentiteit en eventuele genderdysforie te exploreren. Ook bereidt de psychologische begeleiding voor op een volledig geïnformeerde beslissing met betrekking tot de start van de hormoontherapie en eventuele medische interventies.

Verdere psychologische ondersteuning en opvolging tijdens het gehele transitieproces wordt steeds aanbevolen. De sociale, emotionele en fysieke veranderingen hebben immers effect op het psychologisch welbevinden, identiteit en lichaam en op de relaties met anderen. Ook na eventuele chirurgische ingrepen kan begeleiding aangewezen zijn.

Sommige trans personen hebben een gecompliceerde relatie met hun

lichaam, en wanneer genderidentiteit, lichaam en genderrol niet overeenkomen kan een seksuologische begeleiding hierbij helpen.

Endocrinoloog dr. Stinkens staat in voor het medische luik. Ze bekijkt de medische voorgeschiedenis, de algemene gezondheid en onderzoekt of er contra-indicaties zijn. Tot slot geeft ze uitleg over de hormoontherapie.

Dr. Stinkens: "Elke patiënt die op intake-gesprek komt, wordt multidisciplinair besproken. Als alle voorwaarden vervuld zijn, starten we met de behandeling. Bij de hormoontherapie is het belangrijk irreële verwachtingen te duiden. Ik zeg altijd tegen mijn patiënten dat ze veel geduld moeten hebben. Een transitie heeft tijd nodig. Het is niet zo dat de eerste inspuiting testosteron al beharing of een verlaging van de stem geeft bij een trans man. Trans vrouwen moeten nog meer geduld hebben vooraleer vrouwelijke kenmerken als borstvorming of vrouwelijke heupen optreden. En ook de eventuele nevenwerkingen van de hormoontherapie moeten toegelicht worden. Een hormoonbehandeling is niet te onderschatten. Je kan het vergelijken met het doormaken van een tweede puberteit."

"Voor de opstart van hormoontherapie is het ook belangrijk een eventuele, toekomstige kinderwens te bespreken. Onder hormoontherapie zal de vruchtbaarheid immers afnemen. We verwijzen hiervoor naar het fertiliteitscentrum van ZOL, onder leiding van gynaecologe dr. Dhont. Sinds augustus 2020 is het voor trans mannen in het ZOL ook mogelijk eicellen in te laten vriezen vóór hun hormoonbehandeling."

In een latere fase van de hormoonbehandeling kunnen patiënten die dit wensen doorverwezen worden naar artsen van andere medische disciplines voor een chirurgische ingreep of andere behandelingen. Voor de opvolging van patiënten en de bespreking van specifieke casussen komt het volledige multidisciplinair team regelmatig samen.

Dr. Stinkens: "Voor de medische behandeling van stemproblemen kunnen transgenders terecht bij KNO-arts en stemspecialist dr. Griet Laureyns. Onze coördinator, Katrien Eerdekens is bovendien logopediste, die gespecialiseerd is in zorg voor deze specifieke populatie."

"Daarnaast is er het luik heelkunde bij een geslachtsverandering. Voor een volledige transitie van de uiterlijke





“

“De nood aan zorg voor mensen met genderdysforie is enorm groot. Uit cijfers blijkt dat 40 percent van hen minstens ooit één suïcidepoging onderneemt.”

dr. Kirsten Stinkens,  
Endocrinologie

geslachtskenmerken zijn de goede zorgen van een bekwaam plastisch chirurg vereist. Dr. Bob Vermeulen, diensthoofd Plastische Heelkunde, werd opgeleid in het genderteam van het UZ Gent en neemt de borstchirurgie voor zijn rekening. De genitale chirurgie van de trans vrouw (vaginoplastie) zal nog dit jaar ook in het ZOL mogelijk zijn. Voor de genitale chirurgie van de trans man (phalloplastie) wordt een intense samenwerking met het UZ Gent opgestart.”

“De bedoeling is steeds kwaliteitsvolle behandelingen te bieden, met state-of-the-art technieken, in nauwe communicatie met de ervaren centra. Indien er na één jaar hormoontherapie ook een uitdrukkelijke wens is voor een hysterectomie en/of ovariëctomie kunnen trans mannen hiervoor terecht bij dr. Jean-Christophe Schobbens van de dienst Gynaecologie.”

“Dr. Olivier Beckers van de dienst Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie bekwaamde zich in genderspecifieke aangezichts chirurgie. Meestal gaat het om trans vrouwen met uitgesproken mannelijke gelaatskenmerken (voorhoofd, haarlijn, wenkbrauwen, neus, jukbeenderen, kaaklijn, lip,...) die een

beroep op hem doen. De dienst MKA-chirurgie beschikt sinds kort ook over een laser- en elektrolysetoestel voor aangezichts ontharing dat ze ook voor lichaams ontharing bij trans vrouwen willen inzetten.”

“Tot slot is er uroloog dr. Thomas De Sutter die, zo de patiënt dit wenst, beide teelballen wegneemt bij een trans vrouw, in afwachting van een eventuele vaginoplastie.”

#### Actualiteit

Door de corona-pandemie en de ermee gepaard gaande sluiting van operatiezalen moeten trans personen vaak langer op hun ingreep wachten. Dr. Stinkens: “Voor deze groep is dit psychologisch zeer moeilijk, bijvoorbeeld voor een mammectomie.”

Ander probleem is dat de populatie die zich aanmeldt steeds jonger wordt. Maar een behandeling met effectieve genderaffirmerende hormoontherapie is wettelijk pas toegelaten vanaf 16 jaar. Voor de leeftijd van 16 jaar is er de mogelijkheid van puberteitsremming, doch hiervoor kan men enkel terecht in het centrum voor Seksuologie en Gender te Gent. Hierdoor is er helaas een lange wachtlijst. Ook huisartsen zitten hierdoor

soms met de handen in het haar. Deze jonge mensen kunnen nergens terecht ondanks een psychische crisis, automutilatie, depressie of suïcide.”

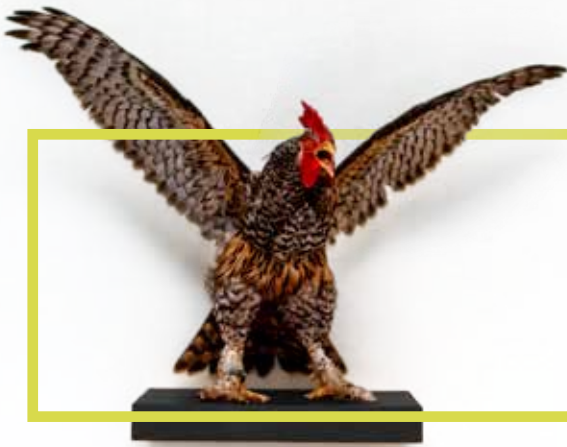
#### Toekomst

Het genderteam is ambitieus en hoopt de komende jaren de genderzorg in het ZOL verder uit te breiden met ook het aanbieden van geslachtsoperaties. Voorts hoopt men ook in aanmerking te komen voor een conventie voor transgenderzorg, zodat de noodzakelijke psychologische ondersteuning toch grotendeels terugbetaald wordt. Een transitie is immers duur, zeker de chirurgische behandeling. Hopelijk komt ook daar in de toekomst een terugbetaling voor. ■

Meer info:

[www.transgenderinfo.be](http://www.transgenderinfo.be)

[www.zol.be/genderkliniek](http://www.zol.be/genderkliniek)



FERTILE BATTLE

PRO IUI should be recommended to have three to six cycles of IUI with ovarian stimulation as first-line treatment

## Should couples with unexplained infertility have three to six cycles of intrauterine insemination with ovarian stimulation or in vitro fertilization as first-line treatment?

Check for updates

Willem Ombelet, M.D., Ph.D.,<sup>a,b</sup> Rik van Eekelen, Ph.D.,<sup>c</sup> Aine McNally, M.R.C.O.G.,<sup>d</sup> William Ledger, M.D.,<sup>e</sup> Kevin Doody, M.D.,<sup>f</sup> and Cynthia Farquhar, M.B.Ch.B., M.D., M.P.H.<sup>g,h</sup>

<sup>a</sup> Genk Institute for Fertility Technology, Department of Obstetrics and Gynaecology, Genk, Belgium; <sup>b</sup> Faculty of Medicine and Life Sciences, Hasselt University, Hasselt, Belgium; <sup>c</sup> Centre for Reproductive Medicine, Amsterdam UMC, Academic Medical Center, Amsterdam, the Netherlands; <sup>d</sup> Department of Clinical Reproductive Endocrinology and Infertility, St. George Hospital, Kogarah, Sydney, Australia; <sup>e</sup> Department of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Medicine, University of New South Wales, Royal Hospital for Women, Randwick, Sydney, Australia; <sup>f</sup> Center for Assisted Reproduction, Bedford, Texas; <sup>g</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand; <sup>h</sup> Fertility Plus, Auckland District Health Board, Auckland, New Zealand

Disclaimer: Authors for "fertile battles" are chosen to represent the full breadth of opinions. Individual authors, even within one side of the debate, do not necessarily agree with all viewpoints expressed.



**PRO (IUI): Couples with unexplained infertility should be recommended to have three to six cycles of IUI with ovarian stimulation as first-line treatment**

**Pro 1. Willem Ombelet, M.D., Ph.D.**

The most acceptable definition of "unexplained infertility" is 1 to 3 years of attempting conception unsuccessfully when routine tests for tubal patency, ovulatory disorders, and sperm quality are normal. According to the literature, between 15% to 30% of all couples presenting with infertility after 1 year receive a diagnosis of unexplained infertility. Possible interventions in case of unexplained infertility consist of three options: expectant management, in vitro fertilization (IVF) and intracytoplasmic sperm injection (ICSI) or intrauterine insemination (IUI) with mild gonadotropin, letrozole, or clomiphene citrate (CC) ovarian stimulation.

Increasing success rates after IVF-ICSI with better implantation rates per embryo have been reported in recent



**Pro 1. Aine McNally, M.R.C.O.G.**



**William Ledger, M.D.**

**PRO (IVF): Couples with unexplained infertility should be recommended to have IVF as first-line treatment**

For many years, IVF has been viewed as the last resort for couples presenting with infertility, rather than as the first-line treatment. Although some conditions present a clear indication for first-line IVF—for example, severe male factor infertility or tubal disease—for those couples with unexplained or mild male factor infertility, IUI has often been favored as a more tolerable and cost effective option. However, this concept has been challenged in recent years because the increasing success rates and decreasing complications recorded for IVF have closed the gap. With the U.K. National

You can discuss this article with its authors and other readers at <https://www.fertstertdialog.com/posts/31558>

W.O. has nothing to disclose. R.V. has nothing to disclose. A.M. has nothing to disclose. W.L. has nothing to disclose. K.D. has nothing to disclose. C.F. has nothing to disclose.

Reprint requests: Cynthia Farquhar, M.B.Ch.B., M.D., M.P.H., University of Auckland, 85 Park Road, Auckland, Auckland 1010, New Zealand [c.farquhar@auckland.ac.nz](mailto:c.farquhar@auckland.ac.nz)

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.10.029>

Copyright ©2020 Published by Elsevier Inc. on behalf of the American Society for Reproductive Medicine

VOL. 114 NO. 6 / DECEMBER 2020

1141

Fertility and Sterility, volume 114, issue 6, P1141-1148  
Volledige artikel: [www.fertstertdialog.com/posts/31558](http://www.fertstertdialog.com/posts/31558)



# HET HAVIKSOOG

*In deze rubriek bespreekt het Haviksoog een opmerkelijke wetenschappelijke publicatie van ZOL-medewerkers of -artsen uit de afgelopen maanden.*

Op vraag van de 'editor-in-Chief' heeft prof. dr. Ombelet in september 2020 de opdracht gekregen een artikel te publiceren als onderdeel van de populaire reeks 'Fertile battles' in het op één na meest geciteerde infertiliteitstijdschrift ter wereld.

In deze reeks worden de meest discutabele onderwerpen in de infertiliteit voorgelegd aan een team van topexperts onder vorm van een pro-en con-debat.

Het onderwerp was ditmaal het al dan niet promoten van intra-uteriene inseminaties (IUI) of in-vitro fertilisatie (IVF) als eerstelijnsbehandeling in geval van 'onverklaarde infertiliteit', verantwoordelijk voor meer dan 10 % van de onvruchtbaarheid.

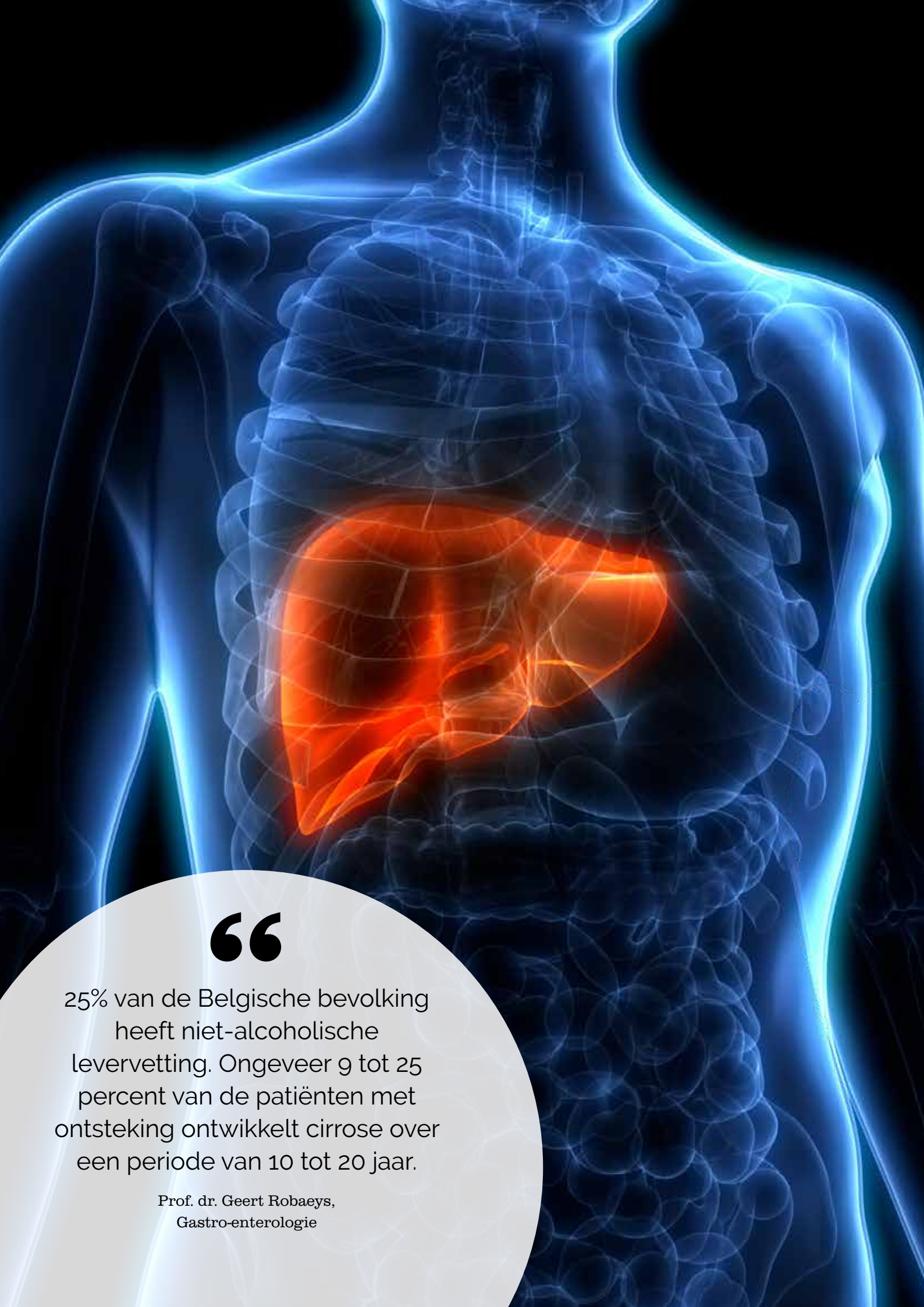
Prof. dr. Ombelet en Rik van Eekelen (Nederland) namen het op voor inseminaties, drie Australische experts verdedigden het IVF-traject.

Argumenten pro-IUI zijn vooral de kostprijs en het minder invasieve en meer patiënt-vriendelijke karakter van deze behandeling. IUI kan worden uitgevoerd met minimale labo-faciliteiten en wordt door de koppels als minder agressief en meer 'natuurlijk' ervaren. Enkele recent gepubliceerde Nederlandse multicentrestudies hebben aangetoond dat IUI als eerstelijnsbehandeling bij onverklaarde infertiliteit niet alleen medisch maar ook economisch een interessante piste is, tenminste indien we de meeringzwangerschappen onder controle kunnen houden.

De argumenten pro-IVF zijn louter medisch: een significant hoger zwangerschapscijfer per cyclus, het succes van 'single embryo transfer' ter preventie van meerlingen, een grote vooruitgang in de resultaten met het invriezen van embryos etc. Een ander argument is de toename van de gemiddelde leeftijd van de vrouw in de infertiliteitskliniek. Dit beïnvloedt de keuze voor een behandeling met een kortere 'time-to-pregnancy', in dit geval IVF.

De resultaten met IVF zijn het laatste decennium sterk gestegen. Dit is niet het geval voor IUI en hierdoor lijkt IUI de strijd met IVF te verliezen. Enkel een betere selectie van patiënten en het aanwenden van enkele nieuwe technieken zouden het tij kunnen keren. In dit verband hebben enkele Genk/Antwerpse studies aangetoond dat een HPV-infectie bij één of beide partners het IUI-succes significant vermindert zodat deze koppels op dat ogenblik best niet met IUI worden behandeld. Een andere prospectieve Genkse studie heeft aangetoond dat het trager inspuiten van het gewassen zaad bij IUI significant betere resultaten geeft, tot 40 % hogere zwangerschapscijfers.

Concluderend: dit debat zou moeten bijdragen tot een betere achtergrondkennis van de voor- en nadelen van beide technieken zodat een goed gefundeerde aanpak vanuit medisch, sociaal en economisch standpunt wereldwijd gefaciliteerd wordt. ■



“

25% van de Belgische bevolking heeft niet-alcoholische levervetting. Ongeveer 9 tot 25 percent van de patiënten met ontsteking ontwikkelt cirrose over een periode van 10 tot 20 jaar.

Prof. dr. Geert Robaeys,  
Gastro-enterologie



# Niet-alcoholische leververvetting is wereldwijd de meest voorkomende leveraandoening

Niet-alcoholische leververvetting (NAFLD) is de meest voorkomende chronische leveraandoening. Niet-alcoholische steatohepatitis kan leverfibrose, -cirrose en hepatocellulair carcinoom veroorzaken. Risicofactoren zijn het metabool syndroom en individuele componenten. Een levensstijlaanpassing is de primaire behandeling.

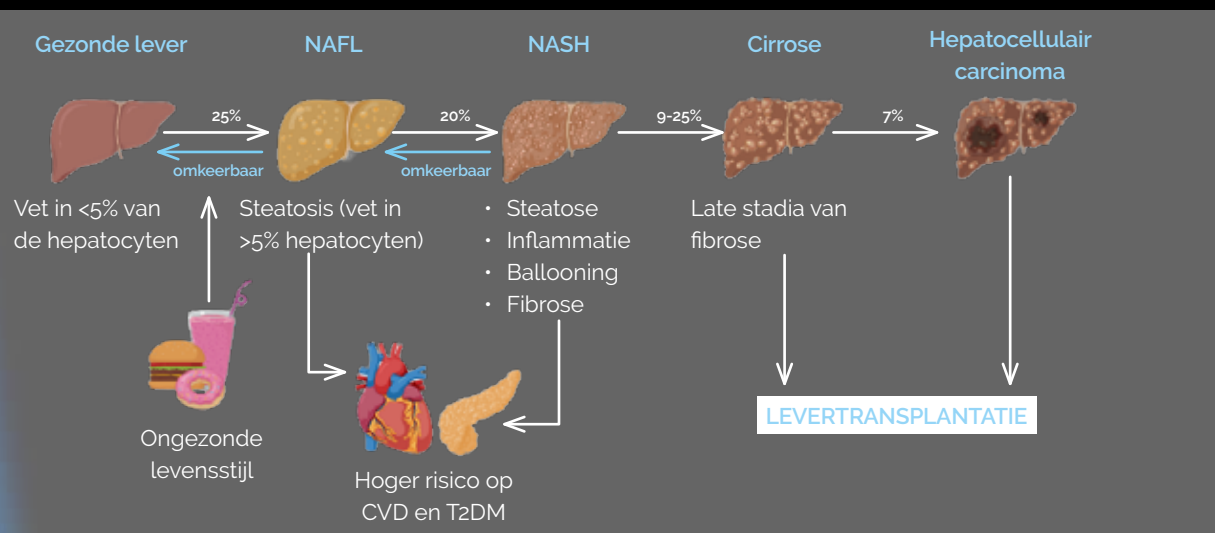
"Momenteel wordt slechts een minderheid van de risicopatiënten geïdentificeerd en behandeld. Ondanks het klinische belang en de socio-economische impact op de gezondheidszorg, is er nog te weinig kennis over de gevolgen van NAFLD bij artsen en in de algemene populatie. Ook een gestandaardiseerd zorgpad ontbreekt in België", aldus gastro-enteroloog prof. dr. Geert Robaey.

Niet-alcoholische leververvetting, of 'non-alcoholic fatty liver' (NAFL), wordt gedefinieerd als meer dan vijf procent vetophoping in de hepatocyten of wanneer het levergewicht voor meer dan vijf procent uit vet bestaat, met uitsluiting van een klassieke oorzaak (Tabel 1). Leververvetting kan leiden

tot de leverziekte NAFLD, gekenmerkt door een chronische ontsteking (niet-alcoholische steatohepatitis (NASH)), fibrosevorming, levercirrose en de ontwikkeling van een hepatocellulair carcinoom (Figuur 1). Het spectrum van niet-alcoholische leververvetting NAFLD omvat verschillende klinische entiteiten met betrekking tot de lever die ook buiten de lever consequenties hebben (Figuur 1). De aanwezigheid van NAFLD correleert enerzijds met een verhoogd risico op het ontwikkelen van type 2 diabetes en hart- en vaatziekten, en anderzijds met het verergeren van deze aandoeningen. Deze extra-hepatische complicaties zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de morbiditeit en de mortaliteit van NAFLD. NAFLD wordt

vaak toevallig gevonden tijdens een echografie van het abdomen of bij een onderzoek naar de oorzaak van verhoogde leverenzymwaarden.

Momenteel is NAFLD wereldwijd de meest voorkomende leveraandoening, met een geschatte prevalentie van 25% bij volwassenen. Hierdoor zal NAFLD op korte termijn de belangrijkste oorzaak worden voor gecompliceerde leverziekten en hepatocellulair carcinoom, en daarmee de belangrijkste indicatie voor levertransplantatie. De invloed van NAFLD op levenskwaliteit, klinische relevantie, socio-economische gevolgen en de kosten voor het gezondheidssysteem zullen naar verwachting sterk toenemen.



Figuur 1: Het natuurlijk verloop van niet-alcoholische leververvetting. NAFL: niet-alcoholische vette lever, NASH: niet-alcoholische steatohepatitis, CVD: cardiovasculaire aandoeningen, T2DM: type 2 diabetes.

Er is momenteel nog onvoldoende kennis uit epidemiologisch onderzoek over het verloop van de aandoening alsook over het voorkomen in verschillende groepen van de bevolking. Men weet nog niet goed wie NASH ontwikkelt en waarom. NAFLD komt bovendien ook in toenemende mate voor bij kinderen met overgewicht en obesitas.

In het beginstadium van NAFLD zijn er weinig tot geen klachten. Soms vertonen patiënten algemene klachten als vermoeidheid, concentratiestoornissen, slecht slapen en verminderde lichaamsenergie. De ziekteprogressie is meestal langzaam en ongeveer 20% van de patiënten met NAFLD zal binnen drie tot zeven jaar NASH ontwikkelen. NASH is de progressieve vorm van NAFLD met beschadiging van de hepatocyten ('ballooning') en is vaak geassocieerd met een intralobulaire ontsteking. Risicofactoren om NASH te ontwikkelen zijn: ouder zijn dan 50 jaar, diabetes type 2 of insulineresistentie en BMI >30. Waarom iemand NASH ontwikkelt, kan verschillende oorzaken hebben: een erfelijke gevoeligheid, sneller dik worden, veelvuldig gebruik van gezoete dranken, weinig lichaamsbeweging, een veranderde samenstelling van de darmbacteriën, aanmaken van slechte vetten, produceren van schadelijke stoffen of het onvoldoende beschikken over beschermende stoffen als vitamine C. Door de vele factoren die van invloed zijn, verloopt de ontwikkeling van geneesmiddelen traag. Zolang de lever zich in het stadium van leververvetting

of ontsteking bevindt, staat het waarschuwingssignaal op oranje en kan de lever, bij tijdige ontdekking en behandeling, nog volledig herstellen.

Ongeveer 9% tot 25% van de personen met NASH ontwikkelt cirrose over een periode van tien tot twintig jaar. Na verloop van tijd leidt cirrose bij ongeveer 10 tot 20% tot complicaties. De meeste patiënten met leverontsteking en verlittekening overlijden aan hart- en vaatziekten, complicaties van diabetes en kwaadaardige ziektes.

Representatieve prevalentiecijfers van NAFLD in België ontbreken. Extrapolerend vanuit vergelijkende populaties wordt het voorkomen van NAFLD in België geschat op ongeveer 25%. Voor een bevolking van ongeveer 11,5 miljoen mensen betekent dit dat ongeveer 2,87 miljoen mensen lijden aan leververvetting. Younossi et al. berekenden dat de kosten voor de gezondheidszorg tussen 354 en 1.163 euro per NAFLD-patiënt liggen per jaar. Voor België betekent dit een kost voor NAFLD tussen 1 en 3,3 miljard euro per jaar. Om een betere inschatting te krijgen over de prevalentie en kosten van NAFLD in België onder de totale populatie en in risicogroepen, is doctoraatstudente Leen Heyens, onder begeleiding van prof. dr. Geert Robaeyns samen met prof. Francque (Universiteit Antwerpen) en dr. Ger Koek (Universiteit Maastricht) een doctoraat gestart om dit te bepalen. De prevalentie van NAFLD in risicogroepen zoals type 2 diabetes en hart- en vaatziekten is namelijk veel hoger en wordt geschat tussen

50% en 75%. In een recente pilootstudie gepresenteerd op het jaarlijks Europees levercongres door doctoraatstudente Leen Heyens, waarbij 218 type 2 diabetespatiënten werden gescreend in ZOL, vond men bij 79% ernstige steatose (> 67% van de lever bestaat uit vet) terug (L. Heyens et al. 2020 J.Hep).

### Diagnostiek

De diagnose van NAFLD is niet altijd eenvoudig. Gestoorde leverenzymen zijn niet specifiek voor NAFLD. De diagnose van NAFLD kan worden gesteld met behulp van verschillende technieken, zoals een echografie, maar een precieze inschatting van de letsels gebeurt aan de hand van leverhistologie. Een biopsie is nog steeds de gouden standaard voor de diagnose van NASH en om de mate van fibrose te bepalen. Echter kan men dit niet gebruiken in de dagelijkse praktijk omwille van de invasieve natuur van deze diagnostische methode. Als alternatief zijn er scores ontwikkeld om steatose en fibrose op te sporen. De scores worden berekend aan de hand van klinische gegevens, zoals de buikomtrek en de BMI, in combinatie met parameters uit het bloedonderzoek (o.a. leverenzymen, albumine en trombocyten). Online zijn er ook meerdere webapplicaties beschikbaar die toelaten om de scores eenvoudig te berekenen. In Figuur 2 wordt er een eenvoudige strategie voorgesteld, waarbij er gebruik gemaakt wordt van de FIB-4 (fibrose) en de FLI (steatose). Deze eenvoudige aanpak is goed om te gebruiken in de aangegeven groep patiënten met risicofactoren.

## Andere oorzaken van leververvetting

### Alcoholische leververvetting

- overmatig alcoholgebruik: mannen > 3 EH/dag vrouwen > 2 EH/dag

### Medicatie-geïnduceerd:

- Methotrexaat
- Tamoxifen
- Glucocorticoïden
- Antiretrovirale middelen

### Stapelingsziekte:

- Hemochromatose
- Ziekte van Wilson  
(opstapeling van koper in de lever)

### Metabole ziekten:

- Ziekte van Wolman  
(opstapeling van triglyceriden in de lysosomen door een deficiëntie in lysosomaal zure lipase)
- Lipodystrofie
- Hypothyreoïdie

### Voeding

- Snel gewichtsverlies
- Parenterale voeding
- Anorexie

### Andere

- Hepatitis C
- Acute leververvetting tijdens zwangerschap
- Polycysteus ovariumsyndroom
- Auto-immune hepatitis



## Behandeling

Tot op heden is er nog geen medicatie geregistreerd voor de behandeling van NAFLD. De behandeling focust op een aanpassing van de levensstijl omdat dit de basis is waaruit NAFLD ontstaat. Helaas heeft een vermagering bij ongeveer 10% tot 45% van de NAFLD-patiënten geen of onvoldoende effect op de histologie. Het is de verwachting dat verminderde inflammatie en fibrosevorming eveneens het risico op hepatische en extra-hepatische complicaties zal verlagen. Recent werd in meerdere internationale studies, waarin ook ZOL participeerde, vastgesteld dat het mogelijk is om de verlittekening en de vervetting van de lever tegen te gaan en terug te doen verminderen (Regenerate studie, lanifibranor in de Native studie). Op dit ogenblik worden ook in ZOL verschillende patiënten behandeld in internationale trials met nieuwe medicaties waarvan in vroege fase studies een gunstig effect op de evolutie van leververlittekening en -vervetting is aangetoond.

Voor alle patiënten geldt dat vooreerst een gewichtsvermindering nodig is door meer te bewegen en minder ongezonde, hoogcalorische voeding op te nemen. Het mediterrane dieet wordt momenteel aanbevolen. Bij bestaande comorbiditeiten zoals hart- en vaatziekten en type 2-diabetes zal een goede oppuntstelling van deze ziektes, samen met een gewichtsvermindering, ook een verbetering geven van NAFLD.

## Besluit

Niet-alcoholische leververvetting (NAFLD) zal een steeds grotere plaats innemen in de klinische praktijk en beperkt zich niet tot één medische discipline. De hepatische en extra-hepatische complicaties van NAFLD vragen een multidisciplinaire aanpak waarbij een verandering in de levensstijl centraal staat. Momenteel is er nog geen optimaal verwijzings- of screeningsalgoritme in België.

De Belgische Associatie voor de Studie van de Lever heeft in een recent geschreven richtlijn een voorstel gedaan voor het screenen op NAFLD in de algemene bevolking alsook in risicogroepen zoals diabetespatiënten en personen met hart- en vaatziekten. Het algoritme wordt weinig toege-

past gezien het feit dat NAFLD nog een 'onbekende' aandoening is voor veel (para)medici. Sinds kort zijn er in het kader van het doctoraat van Leen Heyens studies opgestart om dit algoritme te valideren en naar de klinische praktijk te brengen. Verder is er nog geen goed beeld van de socio-economische impact van NAFLD. Het is daarom belangrijk om eerst onderzoek te verrichten naar NAFLD in specifieke groepen, zoals bij personen met diabetes type 2 en hart- en vaatziekten en

personen met overgewicht en obesitas zoals momenteel gebeurt in ZOL onder leiding van prof. dr. Geert Robaeys en doctoraatstudente Leen Heyens. Het is evident dat leververvetting een bedreiging vormt voor de volksgezondheid en dat bewustwording een eerste stap is naar preventie. ■

*Op 17 december 2020 vond een wetenschappelijke raad plaats over niet-alcoholische leververvetting.*

Leen Heyens en prof. dr. Geert Robaeys tijdens een onderzoek met de Fibroscan



## WIE

- Risicogroepen:
  - Diabetes type 2
  - Metabool syndroom
  - Obesitas
  - Cardiovasculaire aandoeningen
- Afwijkende leverwaarden en exclusie van overmatig alcoholgebruik

## HOE

Risico-inschatting op basis van niet-invasieve scores:

- FIB-4
- NFS
- FLI
- NLF

## RESULTAAT

POSITIEF

NEGATIEF

## OPVOLGING

Doorverwijzing voor verder onderzoek met VTE™ en CAP™

Opnieuw screenen conform de BASL richtlijnen

Fig. 2: Algoritme voor NAFLD-diagnosestelling in de dagelijkse praktijk gebaseerd op de richtlijnen van de Belgische Associatie voor de Studie van de Lever (BASL).

## VOOR DE HUISARTS

Indien u een patiënt heeft met een vermoeden van NAFLD of leverlijden, kan u onderstaand de eenvoudige FIB-4 test uitvoeren. Voor deze test heeft u recente waarden nodig van bloedplaatjes (trombocyten) en van de leverenzymen alanine aminotransferase (ALT) en aspartaat aminotransferase (AST).

[www.mdcalc.com/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis](http://www.mdcalc.com/fibrosis-4-fib-4-index-liver-fibrosis)

Indien de uitkomst van deze scoreberekening kleiner is dan 1,30, dan is er een klein risico op het ontwikkelen van leverlijden en is een doorverwijzing niet nodig. Indien de uitkomst groter is dan 1,30 is een doorverwijzing naar een leverarts voor verdere onderzoeken raadzaam.

Patiënten die verwezen worden ondergaan onder andere een FibroScan. Dit is een niet-invasief onderzoek om de stijfheid van de lever te meten om verlittekening (fibrose) aan te tonen en op te volgen of om vervetting van de lever te onderzoeken.



Bron: Tijdschrift voor Geneeskunde Niet-alcoholische leververvetting: een stand van zaken door L.Heyens, D. Busschots, C. Van Steenkiste, S. Francque, G.H. Koek en G. Robaey (2021).



Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD  
PROGRAMMA  
2020 | 21

Meer info: [www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad](http://www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad)

<b>Donderdag</b> 27 mei 2021	Niet-invasieve pre-natale test (NIPT): meer dan alleen gender-reveal en downsyndroom screening <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. T. Schiemsy, Klinische Biologie</i>
<b>Dinsdag</b> 8 juni 2021	CRA-artsen van 20.30 tot 22.30 uur Meer info: <a href="https://www.zol.be/professionals/symposia">https://www.zol.be/professionals/symposia</a> <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. J. Meeuwissen</i>
<b>Donderdag</b> 24 juni 2021	Een klare kijk op systeemziekten: van cornea tot retina <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. V. Verhelle, Oogziekten</i>
<b>Dinsdag</b> 29 juni 2021	Informatieavonden omtrent borstreconstructie om 19.30 uur, meer info en inschrijvingen: <a href="http://www.zol.be/plastische-heelkunde">www.zol.be/plastische-heelkunde</a> <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. B. Vermeulen</i>
<b>Dinsdag</b> 31 augustus 2021	Informatieavonden omtrent borstreconstructie om 19.30 uur, meer info en inschrijvingen: <a href="http://www.zol.be/plastische-heelkunde">www.zol.be/plastische-heelkunde</a> <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. B. Vermeulen</i>

Alle lezingen die in de aula van het ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden. Meer info en de registratielink vindt u op [www.zol.be](http://www.zol.be) in de rubriek Professionals/Wetenschappelijke Raad



Sanne Hendriks

Brenda Claes

# ZOL draagt zorg voor patiënten en medewerkers

De COVID-19-pandemie heeft een grote impact op het sociaal, psychologisch en emotioneel welzijn van ziekenhuismedewerkers. Het ZOL zet hard in op de zorg voor zorgverleners die onder druk staan. Het vierkoppige team van de dienst Personeelsbegeleiding is ter beschikking van medewerkers die raad willen vragen of hulp nodig hebben.

"Personeelsbegeleiding is uniek in een ziekenhuis", overtuigt personeelsbegeleider Mieke Jaspers. "Als ziekenhuis staan we in voor de zorg voor onze patiënten maar ook de gezondheid van onze medewerkers is erg belangrijk." Door extra budgetten die toegekend werden door de FOD in het kader van psycho-sociaal welzijn tijdens de Covid-19-pandemie konden we op 1 januari drie nieuwe psychologen aanstellen voor de begeleiding van onze zorgverleners.

Hoofdpodracht van de personeelsbegeleiders is het welzijn van medewerkers te bevorderen en een laagdrempelig aanspreekpunt te zijn voor wie het moeilijk heeft. Tijdens deze pandemie werden onder andere psycho-sociale workshops opgezet om medewerkers te ondersteunen. Thema's hierbij waren onder andere 'omgaan met rouw en verlies', 'stress en burn-out' en 'omgaan met agressie'.

Mieke Jaspers: "Indien nodig worden medewerkers ook verder verwezen. Bij ongewenst gedrag kunnen zij terecht bij een vertrouwenspersoon;



na een ingrijpende gebeurtenis is begeleiding mogelijk via het nazorgteam. Indien we merken dat er een langdurige ondersteuning nodig is proberen we de personeelsleden zo goed mogelijk extern door te verwijzen. Tot slot verwijst de dienst Personeelsbegeleiding ook door naar het Fedris burn-outproject van de overheid.

#### Nieuw

"Nieuw is dat we vorig jaar MyMindscan ter beschikking gesteld hebben van medewerkers ter preventie van stress en burn-out. MyMindScan is een online trainingstool die aan de hand van subjectieve en objectieve vragen de mentale gezondheid van individuele medewerkers in kaart brengt."

Mieke Jaspers: "We zijn met MyMindscan gestart omdat bepaalde groepen in een tevredenheidsenquête aangaven dat ze hoge stress ervaren. Via MyMindscan kan elke medewerker gepersonaliseerde feedback krijgen wat betreft zes factoren: motivatie, recuperatie, stressgevoeligheid, perfectionisme, werkomgeving en cognitief-visuele vaardigheden."

"Deze feedback wordt verder vertaald in een globale Mental Health Index (MHI) score en gepersonaliseerd advies op twee assen: enerzijds het profiel (in welke mate is de persoon van nature stress en burn out bestendig), en anderzijds de veerkracht (in welke mate heeft de persoon voldoende energie en mindset om zijn of haar doelstellingen te bereiken en met tegenslagen om te gaan). Met MyMindscan wilden we preventief werken door medewerkers te helpen om 'flikkerlichten' bij zichzelf te herkennen."

De tool is in eerste instantie gemaakt voor topsporters. Topsporters maken vaak het verschil met andere goede sporters door hun mentale sterkte. Mieke Jaspers: "Heel veel mensen in het ziekenhuis doen ook aan topsport. Zij kunnen zich ook niet permitteren om een fout te maken en vandaar dat deze tool ook zeer nuttig is voor onze werkvloer."

Op sommige diensten is het hele team, inclusief de artsen, ingestapt. "We hebben uiteindelijk veel goede reacties gekregen van mensen die met de tool gewerkt hebben. Zo zei iemand: 'Ik had een zware dag waardoor ik me moeilijk kon ontspannen thuis. Na het volgen van de relaxatieoefening kon ik uiteindelijk toch beter inslapen.'"

Wie helemaal 'rood' scoort, krijgt het advies om hulp te zoeken bij de huisdokter, een (extern) psycholoog of een personeelsbegeleider ... ■



Bilgit Tumen

Mieke Jaspers

“

"Zorg goed voor jezelf en voor elkaar!"

Mieke Jaspers,  
Personeelsbegeleider

“

“Een telefonische  
vooraanmelding verbetert  
de behandelsnelheid en de  
prognose na een beroerte.”

Dr. Ludovic Ernon,  
Neurologie





# Verwittig de dienst Spoedgevallen als u een patiënt met een vermoedelijke beroerte doorstuurt

Vanaf het begin van een acute beroerte gaan er elke 10 minuten zo'n 20 miljoen hersencellen verloren. Of per uur dat een beroerte onbehandeld blijft, veroudert het brein gemiddeld 3,6 jaar. Snel handelen helpt om blijvende hersenschade na een beroerte te beperken. Daarom vragen wij zorgverleners om steeds een telefonische vooraanmelding te doen wanneer zij een patiënt met een vermoedelijke beroerte naar de Spoedgevallendienst verwijzen, aldus neuroloog dr. Ludovic Ernon.

Dr. Ludovic Ernon, medisch diensthoofd Neurologie: "Eerst even opfrissen: een beroerte wordt veroorzaakt door de verstopping van een bloedvat. Het stroomafwaarts gelegen hersenweefsel krijgt geen zuurstof en geen glucose meer en zal langzaam afsterven. De behandeling van een acute beroerte bestaat er in om het verstopte bloedvat zo snel als mogelijk opnieuw open te maken."

"Het bloedvat opnieuw vrij maken kan enerzijds met behulp van een bloedverdunner, met andere woorden via een intraveneuze trombolysen. De verstopping van een groot bloedvat kan anderzijds verwijderd worden via een trombectomie waarbij de interventioneel radioloog het stolsel verwijdert uit het bloedvat met een katheter."

Dr. Ernon: "In de eerste fase van een beroerte is een kleine zone van het hersenweefsel onherroepelijk beschadigd. Er kan dus nog een heel stuk van de hersenen 'gered' worden (het penumbra). Naarmate de tijd vordert, breidt de zone van onomkeerbare schade uit en wordt de zone van nog te redden hersenweefsel geleidelijk aan kleiner."

De tijdslijn van een acute beroerte kan ingedeeld worden in een pre-hospitalaire fase (van het begin van de beroerte thuis tot de aankomst op de dienst Spoedgevallen) en anderzijds de fase op de dienst Spoedgevallen. Dr. Ernon: "De tijd tussen het inschrijven van de

patiënt op Spoed en het opstarten van de intraveneuze trombolysen noemen we de 'door to needle time' (DNT). De tijd tussen het inschrijven en het opstarten van de trombectomie noemen we de 'door to groin time' (DGT)."

"De mediane DNT-time is de tijd waarbinnen 50 procent van de intraveneuze trombolyses wordt opgestart. In de jaren 2017 tot 2019 liepen die tijden op tot bijna 50 minuten. Dankzij een multidisciplinaire optimalisatie van de opvang van de acute beroertepatiënt op de dienst Spoedgevallen is die mediane DNT-time gereduceerd tot minder dan 30 minuten."

Dr. Ernon: "Wij willen de mediane DNT-tijd verder verbeteren. Daarom vragen wij zorgverleners die een patiënt met een vermoedelijke beroerte naar Spoed verwijzen dit systematisch te melden op het moment dat de patiënt onderweg is naar het ziekenhuis. Die vooraanmelding kan gebeuren op het telefoonnummer van de urgentiearts op Spoed nl. 089 32 44 44".

"De opvang van een patiënt met een acute beroerte kan beter voorbereid worden als de volgende informatie wordt doorgegeven:

- naam, geboortedatum
- starttijdstip van de beroerte of tijdstip waarop de patiënt voor de laatste keer 'goed' is gezien
- inname van bloedverdunders en zo ja, welke."

De telefonische vooraanmelding is relevant tot 24 uur na de aanvang van de beroerte.

Kan een hulpverlener in de eerste lijn altijd weten of hij te maken heeft met een beroerte? Dr. Ernon: "Nee, maar er bestaat een gevalideerde screenings-test die iedereen kent, nl de FAST-test. De F staat voor 'face' (asymmetrie van de mondhoek); A staat voor 'arm' en bij uitbreiding 'been' (kan de persoon beide armen en benen optillen); S staat voor 'speech' (heeft de persoon moeite met spreken) en T staat voor 'time' (bel onmiddellijk 112 en waarschuw dat de patiënt onderweg is).

## TAKE HOME MESSAGE

De opvang van een patiënt met een acute beroerte kan beter voorbereid worden als de volgende informatie via vooraanmelding op Spoed wordt doorgegeven:

- naam, geboortedatum
- starttijdstip van de beroerte of tijdstip waarop de patiënt voor de laatste keer 'goed' is gezien
- inname van bloedverdunders en zo ja, welke.

De telefonische vooraanmelding is relevant tot 24 uur na de aanvang van de beroerte.



Dr. Sam Van Boxstael, Urgentiegeneskunde

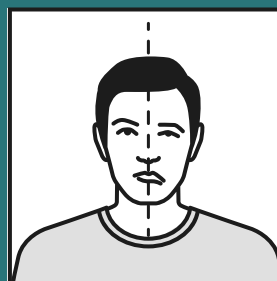
Een vooraanmelding kan een belangrijke tijds winst opleveren. Dr. Ernon: "Bij een vooraanmelding kan de patiënt al ingeschreven worden in de prehospitaalbox zodat er orders kunnen uitgeschreven worden en het stroke protocol kan opgestart worden. Zo wordt er al tijd gewonnen vóór de patiënt in het ziekenhuis is."

Op de dienst Spoedgevallen wordt de patiënt opgevangen door de urgentie-arts. Dr. Sam Van Boxstael: "Wij begeleiden de patiënt tijdens de kritieke fase en hebben een coördinerende rol om de behandeltijden (DNT en DGT) zo kort mogelijk te houden. Daarenboven bewaken wij de vitale functies van de patiënt doorheen het ganse proces."

"Patiënten die op Spoed toekomen, doorlopen na hun inschrijving steeds een aantal stappen waarbij oa.

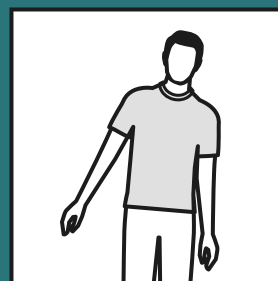
de urgentiegraad van hun aandoening wordt bepaald, belangrijke medicatie wordt nagevraagd en de nodige onderzoeken worden aangevraagd. Het is de bedoeling dat bij patiënten met een vooraanmelding wegens een vermoedelijke beroerte, deze stappen zo kort mogelijk worden om cruciale tijd te kunnen winnen. Ideaal is dat de patiënt rechtstreeks vanuit de inschrijvingen naar de CT-zaal wordt gebracht waarna zijn behandeling onmiddellijk kan starten."

*De Wetenschappelijke Raad over 'Opvang en behandeling van de acute beroertepatiënt' vond plaats op 25 maart jl. Sprekers waren dr. L. Ernon, neuroloog; dr. S. Van Boxstael, urgentiegeneskunde; dr. S. Van Cauter, radioloog; dr. K. Bekelaar, neuroloog; dr. L. Stockx, interventioneel radioloog; dr. T. De Beule, interventioneel radioloog.*



### F (face)

Gezicht: controleer het gezicht. Let op of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.



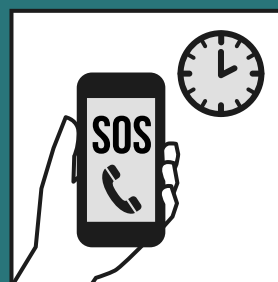
### A (arms)

Armen: kan de persoon beide armen optillen?



### S (speech)

Spraak: is de spraak onsamenhangend? Begrijpt de persoon u?



### T (time)

Tijd: is belangrijk. Stel vast hoe laat de klachten zijn begonnen. **Bel direct 112.**



# Acute beroerte: hoe kunnen we levens redden?

Een acute beroerte is geen zeldzame aandoening. In België zijn er 20.000 mensen per jaar of meer dan 50 per dag die het slachtoffer worden van een acute beroerte. De helft overlijdt binnen het jaar, twintig percent houdt ernstige beperkingen over voor de rest van zijn leven. Dit kan gaan van rolstoelgebonden zijn, een verlamming van een arm of een been, spraakproblemen enz. Sommige van deze patiënten zijn niet meer in staat om zelfstandig te wonen en moeten daarom in een instelling verblijven.

Maar het hoeft niet volgens bovenstaand scenario te verlopen. Een vroege herkenning van de symptomen van een acute beroerte en een snelle en adequate reactie kan het leven en/of levenskwaliteit van velen van hen redden.

## Wat is een acute beroerte?

Een beroerte ontstaat als de bloedtoevoer in een deel van de hersenen plots verstoord wordt, ofwel door een hersenbloeding ofwel door een herseninfarct. Twintig percent van

de beroertes ontstaan door een hersenbloeding, veroorzaakt door een scheur of barst in een bloedvat. Een hersenbloeding is extreem pijnlijk en wordt beschouwd als 'de ergste hoofdpijn ooit'. De diagnose zal dus nooit gemist worden.

De tweede vorm, de ischemische beroerte, wordt veroorzaakt door een plotse verstopping van een bloedvat in de hersenen door een bloedklonter waardoor de bloedtoevoer naar een deel van de hersenen wegvalt. Deze bloedklonter



Dr. Luc Stockx, Interventionele Radiologie



“

“Ieder half uur dat verloren gaat, zal de kans op een goed resultaat met 10 percent verminderen voor een patiënt met een acute beroerte. Hoe sneller we het afgesloten bloedvat opnieuw kunnen openmaken, hoe groter de kansen op een goed herstel.”

Dr. Luc Stockx,  
Interventionele Radiologie





kan ter plaatse ontstaan. Dit heet dan een trombose. Een bloedklonter kan echter ook op een andere locatie gevormd worden zoals bvb. in een vernauwing van de halsslagader of op een hartklep of in het hart zelf. Deze klonter kan plots losbreken, wordt meegesleurd met de bloedstroom en kan zo een verstopping veroorzaken van een hersenbloedvat. Hier spreken we van een embolus. Dit is niet pijnlijk maar geeft specifieke uitvalsverschijnselen, soms duidelijk, soms ook subtiel. Deze snel herkennen en onmiddellijk handelen is uitermate belangrijk voor de prognose van de patiënt: TIME IS BRAIN!

De hersenen hebben een permanente toevoer van bloed nodig om van zuurstof te worden voorzien. Als de zuurstof-toevoer stopt, dan veroorzaakt dit een onmiddellijke functionele storing in het betrokken gebied en symptomen die typisch zijn voor de locatie van de aangedaste regio. In het centrum van dit gebied is het zuurstoftekort zo verwoestend voor de hersencellen dat ze sterven binnen enkele minuten. Dit gedeelte wordt de kern genoemd, een 'dood' gebied dat niet meer kan gered worden.

Het gedeelte rond deze kern krijgt intussen wel nog hulp van de omliggende kleinere bloedvaten, de zogenaamde collateralen. Dit is niet genoeg om de normale functie te behouden, maar wel om gedurende een korte periode te overleven. Dit buitenste gebied wordt de penumbra genoemd, een gebied dat nog kan gered worden. Jammer genoeg hebben we hier niet veel tijd voor. Naarmate de tijd vordert zullen er steeds meer cellen van de penumbra sterven waardoor deze alsmaar kleiner en kleiner wordt, terwijl de kern groter wordt. Het hersenweefsel smelt dus snel weg.

In de meeste gevallen zal de volledige penumbra na zes uur veranderd zijn in 'kern'. Vanaf dan zijn de hersencellen niet meer te redden. Ieder half uur dat verloren gaat, zal de kans op een goed resultaat met 10 percent verminderen. De boodschap is dus eenvoudig: hoe sneller we het afgesloten bloedvat opnieuw kunnen open maken, hoe groter de kansen zijn op een goed herstel.

### Hoe kunnen we het leven van een persoon met een acute beroerte redden?

De aankomst van een patiënt met een mogelijke beroerte op de dienst Spoedgevallen wordt beschouwd als een absolute prioriteit. De spreekwoordelijke 'rode knop' wordt ingedrukt en iedereen die deel uitmaakt van het stroke-team wordt gealarmeerd. Vergelijk dit met een Formule 1-team waar bij de pitstop iedereen klaar staat om, eens de auto binnenkomt, zo snel mogelijk zijn taak uit te voeren.

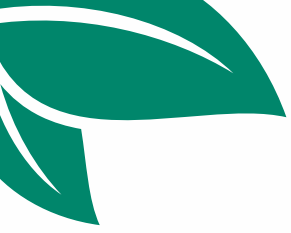
De CT-scan speelt een belangrijke rol in dit verloop. Zo zal het CT-onderzoek ons niet alleen leren of het gaat om een bloeding dan wel een ischemische beroerte, het zal ons ook tonen of en waar er een bloedklonter zit en of er nog penumbra kan gered worden.

Indien dit het geval is, wordt de behandeling onmiddellijk ingezet. Tot 4,5 uur na het begin van de eerste symptomen kan een intraveneuze trombolysie uitgevoerd worden. Tot zes uur na de eerst symptomen is een endovasculaire trombectomie mogelijk waarbij de interventionele neuroradioloog met een hiervoor speciaal ontwikkelde stent, een stent retriever de bloedklonter verwijdert en het bloedvat opnieuw open maakt. Hierna wordt de patiënt voor verdere verzorging naar de stroke unit gebracht. In sommige gevallen is verdere revalidatie in een gespecialiseerd centrum nodig om de functionele uitkomst verder te verbeteren.

Meerdere studies hebben aangetoond dat een combinatie van beide behandel-mogelijkheden, intraveneuze thrombolysie en endovasculaire trombectomie tot een gunstig resultaat kan leiden, wat betekent een onafhankelijk leven zonder assistentie bij zowat 70 percent van de patiënten. De voorwaarde is dat ze op tijd behandeld worden. En dat is waar ieders input van het grootste belang is. ■

*Dit artikel is gebaseerd op de TEDx 2021 over 'Acute stroke: how to save lives' van dr. Luc Stockx, interventioneel radioloog in ZOL, gepresenteerd op 20 maart 2021. U kan de voordracht herbekijken via [www.ted.com/talks/acute\\_stroke\\_how\\_to\\_save\\_lives](http://www.ted.com/talks/acute_stroke_how_to_save_lives)*





# Van ziekenhuissite naar gezondheidspark en groenpark

De omgeving op de campussen Sint-Jan/Synaps Park en Sint-Barbara wordt ingericht als een plaats van rust en natuurbeleving. Er zijn wandelpaden, fietspaden, rustplekken en picknicktafels. Intussen worden er ook biologische bloemenvelden, een sportveld en een revalidatietraject met hindernissen aangelegd. En op de plannen staan ook de aanleg van een speelbos, extra buitenmeubilair en meer inzetten op informatie en educatie. Bovendien zal het onderhoud in de toekomst transformeren naar een meer ecologisch beheer.







“Na de realisatie van Vipa 4 met de K-blok en N-blok op campus Sint-Jan enkele jaren geleden zijn we van start gegaan met de volgende fase, met name de aankoop van 17 hectare gronden rond het ziekenhuis”, aldus bedrijfskundig directeur Steven Knuts. Door een aanpassing aan het Ruimtelijk Uitvoeringsplan in 2014 werden heel wat groene zones op campus Sint-Jan blauw ingekleurd. Deze gronden waren bestemd voor de verdere ontwikkeling van de zorgcampus en het wetenschapspark, in 2017 omgedoopt tot Synaps Park.

**Steven Knuts:** “Bij de ontwikkeling van het nieuwe masterplan wilden we ruim aandacht besteden aan natuur en natuurbelieving. De verschillende ziekenhuiscampussen liggen immers volledig ingebed in het groen. Campus Sint-Barbara was vroeger een ziekenhuis voor mijnwerkers met stoflong waarbij de groene omgeving belangrijk was voor de revalidatie. Het Sint-Jansziekenhuis – nu campus Sint-Jan – verhuisde in 1980 naar het Schiepsse Bos, een mooi en uitgestrekt bosrijk gebied. Voor de bouw van het nieuwe ziekenhuis met aanliggende parking heeft destijds jammer genoeg wel een grote kaalslag plaatsgehad in het centrum van de site. In het nieuwe plan trachten we dit te herstellen.”

Campus Sint-Jan vormt door zijn ligging tussen het stadscentrum en natuurgebied Kattevennen de overgang naar het Nationaal Park Hoge Kempen. Zowel de stad als het ziekenhuis vinden het belangrijk om het groene karakter te behouden. Bij de opmaak van het nieuwe masterplan werd daarom ook een landschapsplan ontwikkeld. Steven Knuts: “Het is uniek dat we als ziekenhuis ook de omgeving meenemen in onze bouwplannen, in samenwerking met de andere bewoners van het Synapspark. Het gaat hier om het kinderdagverblijf Wombat, de zorgacademie LiZa, het Kinderpsychiatrisch Centrum en het donorcentrum van het Rode Kruis.”

Voor de uitwerking van het landschapsplan werden dialoogcafés georganiseerd met de betrokkenen en werd gepeild aan de hand van bevragingen bij bewoners en stakeholders naar de wensen met betrekking tot mobiliteit en groenbeleving. Het enthousiasme en de belangstelling voor de creatie van een groene ruimte bleek groot.

**Steven Knuts:** “Bij de uitwerking van het landschapsplan werd zorg gedragen voor de bestaande bomen, voldoende groen en het behoud van waardevolle zones. Op campus Sint-Jan wordt ernaar gestreefd om de natuur ook opnieuw naar het centrum van de campus te brengen. Het is de bedoeling om op termijn een nieuwe bezoekersparking te bouwen en de bestaande parking om te vormen tot een park met waterpartijen die tegelijkertijd ook het water afvoeren bij overlast, bankjes, rustige plekken en wandelpaden.”

**Erwin Claesen, ingenieur vastgoed:** “Het meest concreet op dit moment zijn de aanleg van het biologisch bloemenveld in het Synaps Park, achter de tuin van de Palliatieve Eenheid en naast de bezoekersparking, en het revalidatiepark in Sint-Barbara. Het fietspadennetwerk werd vervolledigd en er komen wandelpaden die aangesloten worden op het Nationaal Park Hoge Kempen.”

**Steven Knuts:** “Op campus Sint-Barbara wordt een revalidatiepark aangelegd met uitgemeten paden en trajecten. We integreren een oefenparcours met hindernissen zoals boomstammen, paden met afwisselende ondergrond en een verhoogd talud met een leuning tot een mooi geheel in een natuurlijk landschap. Er worden routes en wandelpaadjes voorzien op maat van de revalidanten

daar. In het revalidatiepark willen we ook een aantal mooie glas-in-lood-ramen van de oude kapel die op deze locatie stond en vorig jaar afgebroken werd, opnemen in een kunstwerk.”

**Erwin Claesen:** “Daarnaast komen er bankjes, picknicktafels en een bijenhotel tussen de bomen, maar ook planten en bloemen. Het park wordt een plek om te ontspannen en tot rust te komen. Ook voor de bewoners van het op de campus gelegen woonzorgcentrum en toevallige passanten vanuit het Nationaal Park Hoge Kempen biedt het park zeker mogelijkheden.”

Zowel de aanleg van het revalidatiepark als die van de bloemenvelden wordt deels gesubsidieerd door het Agentschap Natuur & Bos.

Op de verschillende campussen zal het landschap ook worden ingezet als ontspanningsomgeving voor de medewerkers. Steven Knuts: “Wanneer personeelsleden in de pauze even naar buiten gaan om zich te ontspannen, dan kunnen ze zich daarna des te beter opnieuw focussen op hun werk.”

“De transitie van ziekenhuissite naar gezondheids-campus is een ‘dynamisch plan’ dat zal blijven groeien en kan worden aangepast in de tijd, al naargelang de noden en ideeën. Nieuw is dat het Kinderpsychiatrisch Centrum onlangs subsidies kreeg voor de aanleg van een sportveld, dat zij op hun beurt ook ter beschikking stellen van de andere bewoners van de site. Alle partners op de campus ontmoeten en versterken elkaar, wat uiteindelijk zal zorgen voor het ontstaan van een levendige en aangename omgeving.” ■





**“Er zijn heel  
veel mogelijk-  
ke bacteriën  
en virussen die  
longinfecties  
kunnen geven”**

Dr. Daan Raats,  
Pneumologie



Onder infectieziekten van de longen vallen veel verschillende, uiteenlopende aandoeningen. De klachten zijn vaak algemeen: aanhoudende hoest, slijmvorming, koorts en vermageren. Het kan daarom soms lang duren voor de juiste diagnose gesteld wordt, aldus pneumoloog dr. Daan Raats, die zich toelegt op pulmonale infectieziekten.

Onder pulmonale infectieziekten rekenen we 'klassieke' longontstekingen en luchtweginfecties maar ook minder voorkomende aandoeningen als tuberculose, niet-tuberculeuze mycobacteriële longziekten (NTM) en schimmelinfecties van de long. De meeste patiënten kunnen hiervan genezen, maar velen worden helaas chronisch ziek.

#### Waarom heeft u voor dit subspecialisme gekozen?

"Er zijn heel veel mogelijke bacteriën, schimmels en virussen die longinfecties kunnen geven. Vandaar bestaan er zeer veel infectieziekten gelinkt aan longgeneeskunde, zeker buiten Europa. Bepaalde schimmelinfecties of bacteriële infecties komen alleen voor in exotische gebieden. Om deze te behandelen moet je wel wat specifieke achtergrondkennis hebben en weten waar je aan moet denken."

"Toen ik na mijn opleiding naar het buitenland wilde, had ik het geluk dat ik via een fellowship in Toronto, Canada verdere expertise kon opbouwen in het behandelen van pulmonale infectieziekten."

"Dat een goede vriend van mij aan mucoviscidose lijdt, heeft mijn keuze voor deze pathologieën zeker ook beïnvloed."

**U heeft zich onder andere toegelegd op de behandeling van tuberculose. Uit cijfers blijkt dat dit in België in 2019 voorkwam bij slechts 8,5/100.000 mensen.**

"Dat is inderdaad niet veel maar we moeten hard blijven inzetten op het opsporen en behandelen zodat de incidentie in België niet toeneemt. Tuberculose is nog steeds een reëel probleem waar wereldwijd jaarlijks miljoenen mensen aan sterven."

"De oudere generatie pneumologen in België heeft nog een ruime kennis van tuberculose maar ikzelf ben als jonge pneumoloog tijdens mijn opleiding maar enkele keren met tuberculose in contact gekomen. Dat is niet voldoende om een patiënt adequaat te kunnen behandelen. Vandaar dat het zinvol is in onze dienst dat er één pneumoloog is die zich toelegt op de ziekte zodat die zeldzame gevallen goed kunnen opgevangen worden."

#### Hoe vaak komt u in ZOL met tuberculose in contact?

"Ik werk nog niet zo lang in ZOL maar ik heb toch al enkele patiënten met tuberculose op mijn raadpleging gehad. Bij de gemiddelde Belgische bevolking komt tuberculose niet veel voor, maar immigranten kunnen de ziekte wel hebben omdat ze nog vaak voorkomt in vele Afrikaanse en Aziatische landen. Ook bij mensen die kampen met een drugverslaving, bij daklozen en in gevangenisstraf kan tuberculose nog

“

"Ik ben als jonge pneumoloog tijdens mijn opleiding maar enkele keren met tuberculose in contact gekomen.

**dr. Daan Raats,**  
Pneumologie

circuleren. Vaak heeft dit te maken met de levensomstandigheden en een verzwakt immuunsysteem."

"Tuberculose kan zich manifesteren als longinfectie maar ook andere plaatsen in het lichaam kunnen geïnfecteerd worden zoals bijvoorbeeld de hersenen of de ruggenwervels. Op zich is de ziekte vaak goed te behandelen. We hebben goede tuberculostatica, maar de beschadiging die is ontstaan vóór de behandeling is niet meer te herstellen."

#### Hoe besmettelijk is tuberculose?

"Besmetting gebeurt via hoesten en het verspreiden van aërosols. Bij tuberculose kan er een lang interval zitten tussen de besmetting en het ziek worden. Een latente tuberculose kan een heel leven in een patiënt sluimeren zonder dat hij of zij er last van heeft, maar als het immuunsysteem op een bepaald moment de strijd verliest omdat de persoon verzwakt, kan de tuberculose opnieuw actief worden."

"Als je een diagnose stelt, moet je ook nagaan van waar de besmetting komt en of de patiënt nog andere personen heeft besmet. Vooral de nauwe contacten van een besmet persoon zijn 'at risk'."

#### De groep van non-tuberculeuze mycobacteriën zijn minder 'bekend'. Hoe gedragen zij zich bij een besmetting?

"De non-tuberculeuze mycobacteriën (NTM) zijn een groep van zowat 150 verschillende bacteriën die infecties veroorzaken en waarvan de meeste vrij in onze omgeving voorkomen. NTM zitten bijvoorbeeld in de wateraërosolen die we inademen tijdens het douchen. Voor wie gezond is, is dat geen probleem maar mensen met specifieke, onderliggende aandoeningen kunnen op deze manier af en toe besmet worden."

"De incidentie van NTM-infecties is iets hoger dan die van tuberculose, vaak hangt het ook van de regio af. In de VS en Azië bijvoorbeeld zijn er verhoudingsgewijs meer besmettingen dan in Europa, maar we weten niet goed waarom."



Dr. Daan Raats

## SPEERPUNTEN DIENST LONGZIEKTEN

De dienst Pneumologie telt tien longartsen. Deze onderzoeken en behandelen patiënten met longaandoeningen en problemen aan de luchtwegen. Speerpunten zijn COPD en revalidatie, long- en longvlieskanker, interstitieel longlijden en sarcoïdose, pulmonale hypertensie en ziekten van bloedvaten van de long (satelliet expertcentrum pulmonale hypertensie i.s.m. UZ Leuven), slaapstoornissen, astma en allergieën (onder andere voor bijen en wespen).

"Een tweede verschil met tuberculose is dat die NTM-infecties veel moeilijker aan te pakken zijn. De behandeling duurt lang, is gecompliceerd en vaak niet effectief. Mensen die genezen, hebben een grote kans op herbesmetting omdat ze de bacteriën opnieuw in hun omgeving oplopen. Op lange termijn gaat het maar om 30 tot 40 procent van de mensen die echt genezen blijft."

"Patiënten met NTM-infecties hebben zeker een lagere kwaliteit van leven dan gezonde personen. Dit wisselt naargelang de patiënt, sommige mensen kunnen erg ziek zijn en gemiddeld genomen is er afname van de levensverwachting."

### **Tot slot specialiseerde u zich ook in de behandeling van moeilijke casussen met betrekking tot bronchiëctasieën.**

"Bronchiëctasieën is een zeldzame longziekte, waarbij de luchtwegen constant verwijd en geïrriteerd zijn. Door de ermee gepaard gaande extra slijmvorming en de beschadigde tril-

haartjes kunnen deze mensen sneller allerlei infecties oplopen."

"De oorzaken van bronchiëctasieën zijn uiteenlopend. Soms speelt erfelijkheid mee maar ook herhaalde infecties van de longen of ziektes zoals COPD kunnen een oorzaak zijn. Soms gaat het om mensen met een verzwakt immuunsysteem. Bestraling bij bijvoorbeeld een borstcarcinoom kan ook een oorzaak zijn. Maar bij 20 tot 30 procent van de patiënten weten we de oorzaak niet."

### **Hoe verloopt de behandeling van deze patiënten?**

"De diagnose en de opstart van een behandeling gebeurt door een pneumoloog, die ook nagaat of er onderliggende oorzaken zijn waar een behandeling voor bestaat. Eens de diagnose duidelijk en de behandeling opgestart, is er een regelmatige samenwerking met de eerste lijn. Deze patiënten lopen immers vaak luchtweg- en longinfecties op, waarvoor ze best altijd

behandeld worden met antibiotica, in tegenstelling tot het restrictievere antibioticabeleid dat we voeren bij 'gezonde' mensen."

"De belangrijkste behandeling bij bronchiëctasieën is het verwijderen van het slijm dat in de longen blijft zitten. Daarvoor moeten deze mensen dagelijks drainageoefeningen doen die ze leren met een gespecialiseerde kinesist. Als het kan wordt hier ook nog een aerosol met een zoutoplossing aan toegevoegd. Patiënten moeten hier dagelijks wat tijd voor maken en daar wringt vaak het schoentje. Velen haken af, zeker wanneer ze zich goed voelen waardoor ze het belang van de oefeningen niet meer inzien. Preventie is nochtans heel belangrijk is. Een andere manier om de drainage te bevorderen is te sporten. Daarom probeer ik patiënten ertoe aan te zetten om (stevig) te wandelen of te fietsen als ze dit aankunnen. Dat is zeer nuttig en kan ook al een verschil maken." ■



# NIEUWE ZOL ARTSEN

Het beheer, de directie en de artsen van het Ziekenhuis Oost-Limburg hebben het genoeg van de uitbreiding van de medische staf aan te kondigen. Volgende arts is in het ZOL gestart.



## DR. KAROLIEN PAEME

*Anesthesie*

Dr. Karolien Paeme behaalde haar diploma geneeskunde met onderscheiding aan KU Leuven in 2009. Haar specialistenopleiding volgde ze aan de UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Dirk Van de Velde.

Dr. Paeme was eerder al actief in het HH Ziekenhuis Mol, RZ HH Tienen, RZ HH Leuven.

In ZOL zal dr. Paeme voornamelijk werken in het operatiekwartier en op de pre-operatieve raadpleging.

Daarnaast is ze ook actief in het operatiekwartier van het dagziekenhuis Medisch Centrum Aarschot.

## HEEFT U DE **ZOL-APP** VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN AL GEDOWNLOAD?

**De app is nu beschikbaar  
voor Android-versie en iOS-versie.**

Vraag uw wachtwoord aan met uw Riziv-nummer bij:  
communicatie@zol.be en download 'ZOL' in de  
Google Play Store of in de App Store.





Pelcia Pawlak als jong meisje



Baron de Crombrugge  
links naast directeur De Winter



Villa achterzijde  
1950

## DE DIENSTMAAGD EN DE HEER BARON

In de glorie tijd van de koolmijn werden in Winterslag tal van mijnwerkershuisjes en villa's voor ingenieurs en directeurs gebouwd. In de villa aan de Margarethalaan 73 (gebouwd rond 1930) woonde mijningenieur (en later directeur) baron Antoine de Crombrugge de Piquendaele en zijn vrouw Léonie. Het was een ruime villa met grote parktuin, moestuin én tennisveld. Voldoende plaats voor hun 10 kinderen en 1 inslapende dienstmeid/gouvernante.

Die dienstmeid/gouvernante heette Pelcia Pawlak en werd in 1940 op het Haneveld in Waterschei geboren. Na de lagere school bij de zusters Annunciaden op de Bret ging ze vanaf haar twaalfde jaar, tijdens de schoolvakanties, helpen in het huishouden van de baron. Ze kreeg hiervoor een losse vergoeding, kost en inwoon. Daarna volgde ze twee jaar les in de huishoudschool en toen ze veertien jaar oud was, werd ze ten huize Crombrugge in vaste loondienst aangenomen. Ze werkte er samen met nog twee andere (niet inslapende) huismeiden. Daarnaast bestond het huispersoneel uit vier hoveniers en één chauffeur, allen betaald door de Mijn

### Noblesse oblige

Tussen de hoge adel van de familie de Crombrugge en het huispersoneel heerste een strikte fysieke en sociale scheiding. Die lag al ingebakken in het grondplan van de villa en is ook duidelijk te zien aan de voorzijde van het huis. De grote boogvormige deur aan de rechterzijde was de ingang voor de familie en het hoge bezoek. Links van de villa was de bescheidenere dienstingang en aan de zijkant van het huis was nog een aparte deur voor de leveranciers. In die tijd kwamen de bakker, de melkboer en de beenhouwer (de oude Vincent) nog hun etenswaar aan huis leveren. Tevens werd dan de bestelling voor de volgende dag genoteerd.



Pelcia Pawlak als jonge vrouw



Villa voorzijde 1949 met de kinderen van de baron

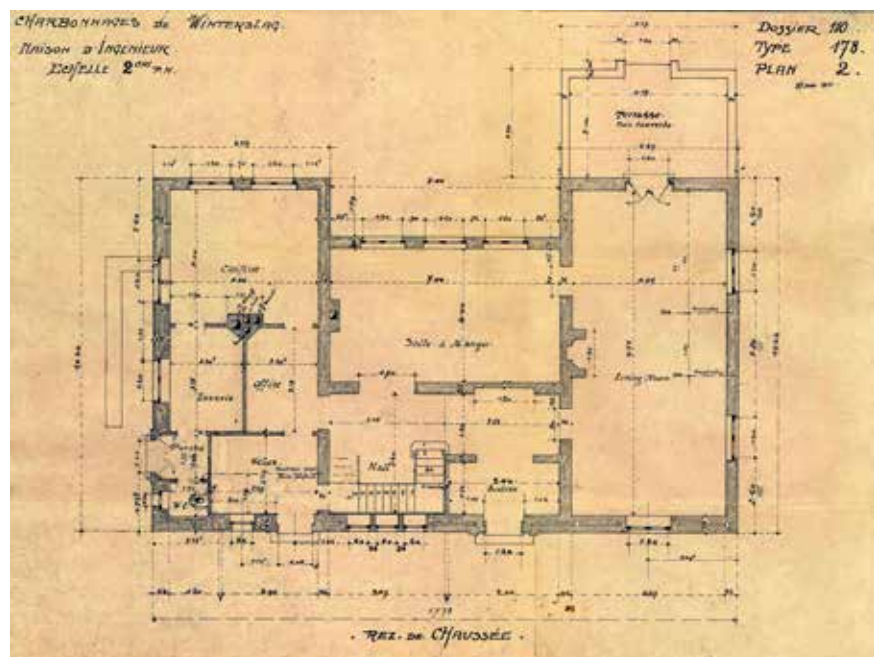
Pelcia Pawlak met Marie,  
kleindochter van de baron  
1957

In de villa waren vier toiletten, waarvan één in het personeelsgedeelte. Er waren ook drie badkamers op de bovenverdiepingen maar die waren niet toegankelijk voor het personeel. Pelcia had op het tweede verdiep een eigen kleine 'chambrette' zonder stromend water. Om er dagelijks een beetje fris uit te zien moest ze zich behelpen met een kom koud water en een lampetkan. Het dienstgedeelte bestond hoofdzakelijk uit een ruime keuken en een wasplaats. In de keuken stond een groot smeedijzeren fornuis waarin van alles gebakken, gebraden of opgewarmd kon worden. Zowel het fornuis als de centrale verwarmingsketel in de kelder werden gestookt met vette cokes. Uiteraard gratis geleverd door de koolmijn. De stokers waren de hoveniers, die ook onder de warme keldergewelven hun boterhammen kwamen opeten. Het ruime keldercomplex bestond verder uit meerdere vertrekken. Een gedeelte was ingericht als wijnkelder, verdeeld in meerdere hokjes om de flessen per soort te rangschikken. Een ander gedeelte was voorbehouden voor het villen en ophangen van het wild dat de baron en zijn kompanen op hun jachtterrein in Uitbergen neerschoten. Het ging voornamelijk om reeën, hazen, fazanten en patrijzen. Het keldergedeelte dat het dichtst bij de wasplaats lag, werd gebruikt als droogplaats. Dat

drogen was pas het laatste luik van een omslachtig procedé dat begon met het uitspreiden en 'bleken' van de lakens op het gazon. Daarna werden ze grondig gespoeld, waarna ze in de semi-automatische wasmachine werden ondergedompeld. Ten slotte kwam dit witte wasgoed tussen twee houten rollen van een pers terecht om finaal opgehangen te worden in een stofvrij warm keldergedeelte. Ver verwijderd van waar de hoveniers een culinaire autopsie uitvoerden op het aangeschoten wild.

### Een meid voor alle werk

Pelcia Pawlak werkte zeven dagen op zeven. Enkel de zondagnamiddag, nadat de afwas was gedaan, had ze een vrije namiddag. Een doordeweekse dag begon om 7 uur met het klaar maken van het ontbijt en het dekken van de tafel met porseleinen borden en zilveren bestek. Na de Heilige Mis van 8 uur, die de barones dagelijks bijwoonde, werd ontbeten met man en kinderen. Om hun kraaknette pakjes tegen eventueel morsen te beschermen,







Villa voorzijde 1950 met Ford Custom

bond Pelcia de kinderen een speciaal overjasje aan, wat de berg kookwas er niet op verkleinde. Nadat de kinderen respectievelijk naar de meisjes- en jongensschool waren vertrokken, werden de lakens verschoond, de bedden opgemaakt en de slaapkamers opgefrist.

Ondertussen waren de twee andere dienstmeiden druk in de weer om in de keuken het middagmaal voor te bereiden. Even voor etenstijd kwam de baron van de besprekingen in het hoofdkantoor van de koolmijn (nu C-mine) terug om zich een aperitiefje te laten uitschenken. En omdat de pastoor van Winterslag goed op de hoogte was van de zeven goddelijke gaven van de Heilige Geest, waaronder het in ere houden van vruchtbare wijngaarden, vervoegde hij zich graag bij deze zeer christelijke traditie. Op de vraag of hij nadien eventueel wou blijven mee-eten, was de pastoor dankbaar dat de eerste van de zeven werken van barmhartigheid, het spijzen van de hongerige was. En zo kwam op het afgesproken teken (een bel in het eetsalon) dienstmeid Pelcia binnen met de woorden: "Madame et monsieur le baron sont servi." Want in 'la Villa Rose', zoals de roze geschilderde directeursvilla toen heette, was de voertaal eentalig Frans.

#### Levend ornament

Van de drie dienstmeiden ten huize had Pelcia het voorrecht om de maaltijden van de familie de Crombrugghe de Piquendaele te serveren en bij te wonen. Uiteraard in het plunje van het toen gangbare uniform van zwart bloesje en rokje met daarop een kraaknet wit gesteven schortje, omzoomd met Brugse kant. Zoals dit nu zo eenmaal hoorde bij zo'n adellijk etensritueel werd de dienstmaagd, na het opdienen van de gerechten, geacht in de Salle à Manger te blijven staan. Als een soort levend ornament. Terwijl Pelcia daar zo'n klein uurtje stond te staan, ving ze uiteraard de gesprekken op aan tafel, maar werd er in niet mis te verstaan Frans op gewezen daar buitenshuis in alle talen over te zwijgen.

Na het afdienen van de borden en de daaruit ontstane afwasberg, werd het tijd om de 'Living-Room', de 'Salle à Manger', de 'Hall' en de 'Entrée' te poetsen. Daarin begrepen was het boenen van het parket. Dat verliep niet met een elektrische boenwals zoals nu, maar op de blote knieën met een zware houten blok waarover een wollen doek was gespannen. Ook het grondig schrobben van de vele tapijten met zeepsop vergde een behoorlijk getrainde spiermassa. Eens

per week kwam ook het complete zilveren bestek aan de beurt. Iedereen die ooit een zilveren lepeltje met een doekje heeft opgeblonken (tot men er zich in kon spiegelen), weet welk monnikenwerk dit is. En dan zwijgen we nog over het schoonzemen van een veertigtal ramen, onderverdeeld in honderden kleine ruitjes van gegoten glas.

Ondertussen kwamen de kinderen van school en lustten wel een gesmeerde boterham. Terwijl ze nadien vlijtig hun huiswerk maakten, giste en stoomde het alweer in de keuken en waren de drie dienstmaagden druk in de weer om het avondmaal voor te bereiden. Dat werd rond 19 uur geserveerd. Na het gebruikelijk aperitiefje en de inviterende woorden van Pelcia schoven de baron, de barones en hun alsmaar wassende kroost aan tafel. Na het aanbinden van de morsbestendige overjasjes werd een dankgebed uitgesproken over spijs en drank. Net zoals tijdens het middagmaal bediende Pelcia alle familieleden en bleef daar, in haar universeel uniform van dienstmeid/gouvernante staan om eventueel in te grijpen waar het met de etiquette eventueel fout liep.

#### Sociale activiteiten

Éénmaal in de week inviteerde de barones de dames van andere hoogopgeleide mijnningen op een kof-fieklets. Helemaal informeel maar wel in stijl, zoals het toentertijd ook in de Parijse salons gangbaar was. En weer bleef Pelcia, na het inschenken van de koffie en het serveren van de gebakjes, als een levende zwijgpaal in de hoek van het salon staan. De gesprekken gingen toen (vandaag is Pelcia van haar zwijgplicht ontheven), onder meer over de kinderen, de aanstaande Parijse mode en liefdadigheidsinitiatieven voor de mijngezinnen die het moeilijk hadden om rond te komen. Vooral toen de man/mijnwerker aan de gevreesde stoflong was bezweken. Ook ging het over compensaties voor de opgelopen mijnschade, zoals grondverzakkingen met scheuren en barsten in de muren als gevolg. Ze bespraken ook de geplande uitstapjes

met de taxi (op kosten van de Mijn) om naar Brussel te gaan shoppen of een uitje naar Oostende te organiseren om eens lekker uit te waaien.

Als de baron mensen inviteerde aan huis waren dit meestal mijnningenieurs uit andere landen, tot zelfs uit Japan of China toe. Ze kwamen iets van de Belgische mijnbouw opsteken of gewoon de zaak bespioneren. Dan was het een oprijden en afrijden van taxi's, op kosten van de koolmijn. Nochtans had de baron een eigen automobiel (Ford Custom Sedan 1949) zoals te zien op een sepia postkaart van rond de jaren 1950.

### Generatiewissel

Na zijn pensioen verhuisde baron Antoine de Crombrugghe naar zijn kasteel in Brussel en kwam zijn oudste zoon, Olivier, in de ouderlijke villa wonen. Ook hij was mijnningenieur en zou in 1963 de 72 meter hoge schachtoren van Winterslag (C-mine) ontwerpen. Van de vele privileges vanuit de koolmijn bleef echter weinig tot niets over. Enkel de vroegere huismeid Pelcia behield hij en één hovenier, die hij uit eigen zak moest betalen. Er was geen gratis chauffeur meer en ook geen gratis paardenmest, die vroeger met karrevrachten werd binnengereden om in de schrale zandgrond groenten en fruit te kunnen kweken. De industrieel nutteloos geworden trekpaarden hingen nu als consumptievelles aan de haak bij de slager. Er waren ook geen vette cokes meer om gratis te stoken. De wekelijkse koffieklets onder de vrouwen ging nog wel door, maar de ingenieursdames moesten nu zelf hun boterhammen meebrengen. Waar de



leveranciers vroeger aan huis kwamen, ging de vrouw van Olivier nu zelf inkopen doen in de Vennestraat.

Onbemiddeld was de nieuwe huiseigenaar echter niet. Aan de villa werd een garage voor zijn automobiel aangebouwd, een bijkomende keuken en een bureel, waar ik dit nu allemaal zit op te schrijven. Ook de tuin kreeg er een pleziertje bij, namelijk een openluchtwembad. Dit tot groot verdriet van de buurtbewoners die er af en toe hun verdronken hondje moesten komen opvissen.

### Update 2020

Vandaag is het ooit in verval geraakte tennisveld weer helemaal speelklaar gemaakt en het hondenkerkhof vervangen door een modern en omrasterd zwembad. Binnenshuis zijn de verrafelde oude elektriciteitsleidingen en levensgevaarlijke contactdozen, waar men vroeger een pink in kwijt kon, volgens de standaardnormen veiliger gemaakt. De oude ramen die in de winter tot een schilderij van ijskristallen bevroren, zitten nu dubbel in het glas. In de kelder worden geen fazanten meer gepluimd en geen cokes meer gestookt. Er staat een brander op aardgas. De smeedijzeren badkuipen (op leeuwenpoten) zijn vervangen door ultramoderne inloop douchecellen. Maar met enig heimwee denk ik nu als huidig eigenaar (en tevens enige hovenier) terug aan de glorie van de Winterslagse koolmijn en de heer baron de Crombrugghe de Piquendaele. ■

Huidige eigenaar met 5 van hun 10 kinderen, 1983



**Dr. Johan Van Robays**

Patholoog-anatoom

*Met dank aan zijn nog levende dienstmaagd Pelcia Pawlak, die me dit hele verhaal onder het smullen van een zelfgebakken Limburgse vlaai vertelde.*

## COLOFON

**Verantwoordelijke uitgever:** Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** Leen Heyens, dr. Kirsten Stinkens, dr. Cedric Jorissen, dr. Luc Stockx, dr. Johan Van Robays, prof dr. Geert Robaey ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, dr. Luc Vrielinck ■ **Foto's:** Belbachir Boumediene, Micha Vandormael, Renaat Nijs, Michiel Malchair, Marco Mertens, Imapictures dissectiekamer, @PhotoStraka ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke & Liesbeth Grondelaers, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schiepse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ zolarium@zol.be ■ www.zol.be ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 19 nr. 79 • april • mei • juni • 2021



# Partners in zorg

"Tijd is heel belangrijk bij de behandeling van een beroerte. Als mijn man en mijn huisdokter niet zo snel hadden gereageerd of als dr. Stockx niet aanwezig was geweest in ZOL, dan had ik nu mijn verhaal niet meer kunnen vertellen", aldus Anne-Marie Knevels (61). Zij kreeg een beroerte en wil met plezier getuigen. "Uit dankbaarheid voor de goede zorgen en om anderen te overtuigen van het belang van een snelle reactie."

"Ik werd 's morgens wakker met een 'slapende' arm en bij het opstaan verloor ik mijn evenwicht waardoor ik viel. Ik wist niet wat er gebeurde maar besepte wel dat ik beneden moest geraken zodat mijn man, die maar even weg was, mij zou vinden wanneer hij thuiskwam."

"Toen mijn man mijn 'scheve' mond zag en merkte dat ik niet kon praten, belde hij onze huisarts. Die was heel snel ter plaatse en verwittigde de MUG. Op zijn aandringen heeft de ambulance mij niet naar Maaseik, maar rechtstreeks naar ZOL in Genk gebracht. Het laatste wat ik mij daarvan herinner, is dat het snel moest gaan. Ik lag op een brancard en ze liepen met mij door de gangen van het ziekenhuis. Vanaf dan ging het licht voor mij helemaal uit.

Vijf uur later werd ik wakker op Intensieve Zorgen. Dr. Stockx had een bloedklonter uit mijn hersenen verwijderd. Hij vertelde me later dat de techniek die hij had toegepast vrij recent was. Ik ben hem en zijn team en ook mijn man en mijn huisdokter heel erg dankbaar voor hun efficiënt optreden. Zelf heb ik toen niet beseft hoe ernstig de situatie was.

Ik heb mijn leven opnieuw kunnen opnemen, weliswaar in een ander tempo. Ik werk nu deeltijds omdat ik last heb van vermoeidheid, maar verder heb ik weinig aan mijn beroerte overgehouden. Elke dag nog ben ik me bewust van het geluk dat ik heb gehad... ■

Anne-Marie Knevels tijdens haar getuigenis op het congres over acute beroerte.

