

ZoLarium

Jaargang 20 nr. 82 · januari - februari - maart 2022

DIENST MEDISCHE BEELDVORMING ZET IN
op verdere digitalisatie van de aanvragen

NICU-COACH IS BUDDY VOOR OUDERS
met premature bevalling in vooruitzicht

OPVOLGING AANGEBOREN HARTAFWIJKING LEVENS- LANG MOGELIJK IN ZOL





Virtual reality bril om behandelingen aangenamer te maken voor kinderen

De dienst Pediatrie heeft sinds kort een virtual reality-bril voor kinderen om op te zetten tijdens een pijnlijke behandeling, een prikje of het toedienen van medicatie. Kinderen kunnen kiezen voor verschillende spelletjes of ademhalingsoefeningen. Daarbij krijgen ze ook een koptelefoon zodat ze zich kunnen afsluiten van wat er gezegd wordt.

"Als kinderen afgeleid zijn en wegzinken in het spel, kunnen we hen een minder goede ervaring of pijn besparen en zijn ze meer ontspannen", aldus de verpleegkundigen.

Shahid (foto) lijdt aan de ziekte van Crohn. Hij moet regelmatig naar het ziekenhuis komen voor de toediening van zijn medicijnen en vraagt elke keer naar de virtual reality bril. Van zodra het spelletje begint, zit hij in zijn eigen wereld en merkt hij niet dat de verpleegkundige hem prikt.

Trouwens niet alleen de dienst Pediatrie maakt gebruik van een VR-bril. Ook op de Palliatieve Eenheid heeft men hier goede ervaringen mee.

Psycholoog Nicolas Timmermans: "Het gebruik van een meditatie app kan helpen om mensen in een andere realiteit te brengen en de ziekenhuisomgeving even te vergeten. Patiënten die angstig of onrustig zijn of familieleden die uitgeput zijn door de vele zorgen kunnen hier baat bij hebben want uit onderzoek blijkt dat deze toepassing spannings- en angstreducerend werkt. Soms kan een ervaring met de VR-bril ook een goede aanleiding zijn om een gesprek te starten en in contact te komen met zichzelf. Of om het gesprek op een voldoende comfortabele manier af te sluiten". ■

Editio

Wanneer ik dit stukje schrijf, hebben we net de piek bereikt van de 'omikron-golf' en kijken we uit naar betere tijden. Eén van de positieve dingen die we uit deze pandemie onthouden, is onze samenwerking met de 1ste lijn die een enorme boost gekregen heeft. Zo werd er, via wekelijks overleg, beleid afgestemd onder andere met betrekking tot de Covid isolatie- en screeningsrichtlijnen, en werd expertise onderling gedeeld tussen onze geriaters en de CRA-artsen in de collectiviteiten. Zo werd ook in ZOL de Covid-19 test drive-in opgericht, in samenwerking met en in ondersteuning van de huisartsen uit onze regio.

Het is absoluut de bedoeling om verdere nieuwe initiatieven op te zetten om de eerste lijn nog meer te betrekken bij het hele zorgproces rond onze patiënten en om de transmurale zorg verder uit te bouwen. Zo een initiatief, waarover u in dit ZOLarium meer info vindt, is de oprichting van het Hospital Outbreak Support Team. Dit team heeft expertise in het beheer van infectie- en epidemiologische risico's en zal het efficiënter en effectiever gebruik van infectiewerende middelen zoals antibiotica promoten en het beleid hierrond afstemmen met de eerste lijn.

Andere, bestaande samenwerkingsprojecten die ook op deze leest geschoeid zijn, zijn het telemonitoringproject van de dienst Cardiologie en het LimPronproject voor de snelle detectie van pre-eclampsie, zoals beschreven in vorige edities van ZOLarium.

Via deze Covid-19-pandemie is opnieuw duidelijk gebleken dat het uitwisselen van expertise en het op elkaar afstemmen van de zorg thuis en in het ziekenhuis alleen maar voordelen heeft voor onze patiënten. Een project, geïnitieerd door onze overheid, dat we momenteel volop aan het voorbereiden zijn voor indiening tegen 1 april, is het regionaal zorgstrategisch plan voor de toekomstige organisatie van de zorg in het netwerk Noord-Oost Limburg. Ook hierin zullen de drie eerste-lijnszones in regio NO Limburg een prominente rol krijgen.

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

Via deze Covid-19-pandemie is opnieuw gebleken dat het uitwisselen van expertise en het op elkaar afstemmen van de zorg thuis en in het ziekenhuis alleen maar voordelen heeft voor onze patiënten.



Inhoud

08 Opvolging congenitale hartafwijkingen
Door de enorme vooruitgang in diagnose en behandeling bereiken kinderen met een aangeboren hartafwijking steeds vaker de volwassen leeftijd.

12 HOST-teams delen expertise
Hospital Outbreak Support Team ZOL - Noorderhart opgericht in het locoregionaal netwerk Noord-Oost Limburg.

15 Toekomst dienst Medische Beeldvorming
Op campus Sint-Jan is de dienst grotendeels uitgerust als derdelijnscentrum terwijl op de andere campussen vooral wordt ingezet op huisartsenpathologie.

21 Het Haviksoog
'Primary and metastatic peritoneal surface malignancies' in 'Nature Reviews Disease Primers'

34 Billboard

36 Gentle sectio
Bootst de natuurlijke bevalling zoveel mogelijk na en laat ruim contact toe tussen ouders en baby

Foto cover: dr. Derize Boshoff en dr. Thibault Petit





“Een werkdag is pas compleet als ik even heb kunnen gekken met mijn patiëntjes, van kinderen die bedplassen tot anderen die lijden aan een zware nieraandoening. Zo probeer ik voor hen en hun ouders de situatie draaglijker te maken.”

dr. Elke Van Hoyweghen, kinder nefroloog



“

“Rond de leeftijd van 16-18 jaar probeer ik de zorg voor mijn patiënten door te geven aan dr. Petit, maar we passen ons aan aan het tempo en de wensen van de patiënt.”

dr. Derize Boshoff,
kindercardioloog

Nu ook opvolging van volwassenen met aangeboren hartaandoeningen in ZOL

Door de enorme vooruitgang in diagnose en behandeling bereiken kinderen met een aangeboren hartafwijking steeds vaker de volwassen leeftijd. Bovendien worden volwassenen met een complexere problematiek ook steeds ouder. De vraag naar gespecialiseerde zorg voor deze patiënten wordt daarom groter. Cardioloog dr. Thibault Petit specialiseerde zich in congenitale hartafwijkingen bij volwassenen en zal de opvolging van deze patiënten in ZOL op zich nemen, in nauwe samenwerking met kindercardioloog dr. Derize Boshoff en met de dienst ‘Congenitale en structurele cardiologie voor volwassenen’ van UZ Leuven.

Sinds 2008 volgt kindercardioloog dr. Derize Boshoff kinderen met een aangeboren hartafwijking op in ZOL. Hoe vaak komen deze afwijkingen voor bij pasgeborenen?

Dr. Derize Boshoff: "Ongeveer 8 op 1000 kinderen worden in België geboren met een hartafwijking. Vaak gaat het om een abnormale ontwikkeling van de hartkamers, de hartkleppen, de grote bloedvaten of een combinatie hiervan. Deze hartafwijkingen kunnen echter variëren van heel kleine letsels, die geen behandeling vragen, tot complexe letsels waarvoor het kind vaak op jonge leeftijd één of meerdere ingrepen moet ondergaan."

Wat is de oorzaak van congenitaal hartlijden?

Dr. Derize Boshoff: "Congenitale hartafwijkingen ontstaan door een abnormale ontwikkeling van het hart in de baarmoeder. Sommige aangeboren hartaandoeningen zijn gelinkt aan bepaalde genetische of chromosomale afwijkingen. Andere kunnen ontstaan wanneer de foetus wordt blootgesteld aan schadelijke omgevingsfactoren, zoals alcohol, roken of bepaalde me-

dicatie die de mama neemt tijdens de zwangerschap. In de meeste gevallen wordt er echter geen aantoonbare oorzaak voor de hartafwijking gevonden."

Weten toekomstige ouders vaak al van voor de geboorte dat hun kindje een hartafwijking heeft?

Dr. Derize Boshoff: "Ernstige of complexe hartafwijkingen worden meestal al gedetecteerd vóór de geboorte, meestal bij de 18-20 weken-echografie. In ZOL doet gynaecoloog dr. Ingrid Witters de prenatale echografies bij risicozwangerschappen. Als zij een afwijking van het hart vermoedt, word ik mee in consult gevraagd. Op die manier kunnen we de bevalling en de eerste zorg van de pasgeborene met een hartaandoening optimaal voorbereiden. Indien er verwacht wordt dat er na de geboorte een snelle interventie bij het kindje noodzakelijk is, wordt de bevalling bijvoorbeeld in UZ Leuven gepland."

Dr. Thibault Petit: "Minder ernstige hartafwijkingen kunnen daarentegen onopgemerkt blijven op de prenatale echografieën en veroorzaken vaak geen symptomen tijdens de eerste

levensdecennia. Het gebeurt dan ook dat we volwassen patiënten op onze raadpleging zien die pas op 30- of 40-jarige leeftijd klachten ontwikkelen en een behandeling nodig hebben."

Maar ook de kinderen met aangeboren hartaandoeningen worden uiteindelijk volwassen en hebben dus verdere opvolging nodig?

Dr. Thibault Petit: "Inderdaad. In de jaren '50 van de vorige eeuw was de overlevingskans van kinderen met hartaandoeningen slechts ongeveer 20%. Door de enorme vooruitgang in zowel diagnostiek, chirurgische technieken als peri-operatieve zorg gedurende de voorbije decennia, overleven nu meer dan 90% van deze kinderen tot de volwassen leeftijd. Dit zorgt natuurlijk voor een alsmaar groter wordende groep van volwassenen die gekend zijn met een aangeboren aandoening en verdere opvolging nodig hebben. In de jaren '90 ontstond dan ook een nieuwe subdiscipline binnen de volwassen cardiologie die nu in de Angelsaksische literatuur gekend is als Adult Congenital Heart Disease of ACHD."



“

“Patiënten met een aangeboren hartafwijking die vroeger een operatie hebben ondergaan, mag je niet als ‘genezen’ beschouwen. Hun hartafwijking werd hoogstens gecorrigeerd.”

dr. Thibault Petit,
cardioloog

Welke problemen kunnen zich voordoen bij de volwassen populatie?

Dr. Thibault Petit: “Patiënten die vroeger een operatie hebben ondergaan, mag je niet als ‘genezen’ beschouwen, hun hartafwijking werd hoogstens gecorrigeerd. Er kunnen dan ook nog restletsels aanwezig zijn, of nieuwe problemen optreden met bijvoorbeeld de hartkleppen. We proberen dit vaak eerst met medicatie op te vangen, maar toch hebben deze patiënten vaak nog nood aan een nieuwe ingreep op volwassen leeftijd. Dit kan gebeuren via hartchirurgie, maar tegenwoordig kunnen meer en meer ingrepen via een prik in de lies plaatsvinden. Hiervoor werken wij zeer nauw samen met de diensten Hartchirurgie en Congenitale

en Structurele Cardiologie voor Volwassenen van het UZ Leuven.”

Dr. Derize Boshoff: “Onze patiënten hebben ook een hoger risico op het ontwikkelen van hartritme stoornissen. Voor de behandeling van ritme stoornissen bij (jong)volwassenen kunnen we een beroep doen op de uitgebreide expertise van het team elektrofysiologen binnen ZOL.”

Dr. Thibault Petit: “Ten slotte wordt ook hartfalen een alsmaar groter probleem, in het bijzonder bij patiënten met complexere hartaandoeningen. Voor deze patiënten is het zelfs de belangrijkste oorzaak van overlijden. Hierbij is er de bijkomende moeilijkheid dat de tra-

ditionele hartfalenbehandeling, zoals deze gebruikt wordt bij patiënten met verworven hartaandoeningen, meestal niet doeltreffend blijkt. Soms komen onze patiënten in aanmerking voor meer geavanceerde hartfalenbehandelingen zoals de implantatie van een hartpomp of een ruilhart, maar de weg hiernaartoe is vaak complex. Dit heb ik in het bijzonder kunnen ervaren tijdens mijn opleiding in de Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust in het Verenigd Koninkrijk.”

Wanneer neemt de volwassencardioloog het over van de kindercardioloog?

Dr. Derize Boshoff: “Rond de leeftijd van 16-18 jaar probeer ik de zorg voor mijn patiënten door te geven aan dr.



Petit, maar we passen ons aan aan het tempo en de wensen van de patiënt. Samen met dr. Petit zetten wij vanaf dit jaar een 'transitierraadpleging' op, waarbij we minstens éénmaal samen de patiënt zien. Hierbij kunnen initieel de ouders van de patiënt nog aanwezig zijn, maar uiteindelijk is het de bedoeling dat de patiënt zelfstandig leert om te gaan met zijn gezondheid."

Dr. Thibault Petit: "Vanaf de jongvolwassen leeftijd komen er ook veel nieuwe vragen op de patiënt af. Welke sporten mogen ze beoefenen? Welke anticonceptie wordt er best gebruikt en welke zorg is er nodig tijdens een eventuele zwangerschap? We proberen de patiënten hierover zo goed

mogelijk te informeren en, waar nodig, verwijzen we hen door voor meer gespecialiseerd advies."

Hoe verloopt de samenwerking met het UZ Leuven?

Dr. Thibault Petit: "Ik werk drie halve dagen per week als consulent op de dienst Congenitale en Structurele Cardiologie voor Volwassenen in het UZ Leuven. Op deze manier kan ik snel overleggen met het team daar en eventuele ingrepen of aanvullende onderzoeken voor patiënten in het UZ Leuven plannen."

Dr. Derize Boshoff: "Net zoals dr. Petit voer ik samen met het team in het UZ Leuven hartcatheterisaties uit bij de

patiënten die in ZOL opgevolgd worden. Op deze manier hebben onze patiënten steeds een vertrouwd gezicht bij hen, ook al moeten ze voor een bepaald deel van hun zorg naar het UZ Leuven."

Bent u tevreden dat u in ZOL kan werken?

Dr. Thibault Petit: "Absoluut! Ik ben blij samen met dr. Boshoff de zorg voor de Limburgse patiënten met aangeboren hartaandoeningen verder te kunnen uitbouwen in ZOL!" ■

HOST-team deelt expertise met betrekking tot infectiepreventie en -controle en antibioticabeleid

Op initiatief van de FOD Volksgezondheid werden Hospital Outbreak Support Teams opgericht met expertise in het beheer van infectie- en epidemiologische risico's. In het klinisch locoregionaal netwerk Noord-Oost Limburg werd een samenwerking opgestart tussen de ziekenhuizen ZOL en Noorderhart. Er wordt samengewerkt met zorginstellingen en zorgprofessionals uit de eerstelijnszones Noord-Limburg, Kemp en Duin en Maasland.

Bij de aanvang van de COVID-pandemie bleek dat er vanuit residentiële collectiviteiten zoals onder andere woonzorgcentra behoefte was aan ondersteuning en expertise vanuit de ziekenhuizen met betrekking tot infectiepreventie en -controle. Hier vloeiden samenwerkingsakkoorden uit voort tussen zorginstellingen en ziekenhuizen. "Met de oprichting van HOST-teams wil de FOD Volksgezondheid een verdere samenwerking tussen de ziekenhuizen onderling en met de eerstelijnszorg vorm geven en stimuleren", aldus apr. biol. Baptist Declerck die samen met dr. apr. biol. Deborah Steensels, verantwoordelijk is voor het pilootproject ZOL-Noorderhart.

Apr. biol. Baptist Declerck: "Bedoeling is ook dat de ziekenhuizen onderling samenwerken, onder andere via een wederzijdse uitwisseling van ervaring en epidemiologische data. Ook het opstarten van gezamenlijke projecten is een belangrijke doelstelling."

Transmuraal

De ziekenhuizen zullen via het HOST-team expertise rond infectiepreventie en -controle delen met residentiële instellingen en andere actoren van de eerstelijnsgezondheidszorg. Baptist Declerck: "Bedoeling is dat we advies geven bij een uitbraak van bijvoorbeeld het coronavirus, het norovirus of andere micro-organismen. Alles begint natuurlijk met een goede infectiepreventie."

Johan Brants, verpleegkundige infectiepreventie en medewerker van het HOST-team: "We willen pro-actief wer-

ken door te bevragen wat de belangrijkste noden zijn zodat we hier op kunnen inspelen. We zullen in de toekomst ook verschillende initiatieven organiseren, onder andere over het correct toepassen van handhygiëne binnen residentiële collectiviteiten. Adequate handhygiëne kan zorggerelateerde infecties immers met 40% doen dalen."

"We willen zeer laagdrempelig zijn door het organiseren van een telefonische permanentie of door ter plaatse hulp te bieden of opleiding te geven wanneer hier nood aan is. Ik hoop dat de eerste lijn snel de weg naar ons zal vinden."

Antibioticagebruik

Een andere kernopdracht van HOST is om een beter gebruik van infectiewerende middelen te promoten. Baptist Declerck: "Hiervoor willen we vanuit ons multidisciplinair ziekenhuisteam met o.a. infectiologen, klinisch biologen microbiologie en klinische ziekenhuisapothekers expertise ter beschikking stellen van de voorschrijvers. We plannen ook opleidingen over het correct gebruik van antibiotica te organiseren bij vaak voorkomend infecties, zoals bv. urineweginfecties."

"Daarnaast willen we bijdragen aan het vermijden van overmatig antibioticagebruik, zoals bij virale bovenste luchtweginfecties. Belangrijk hierbij is dat we streven naar een goede wisselwerking met de zorgprofessionals uit de eerstelijnsgezondheidszorg om na te gaan waar de pijnpunten liggen en hoe we samen een goede transmurale zorg voor de

patiënt kunnen bieden. Zo willen we onder andere via een samenwerking tussen de infectiologen, ziekenhuisapothekers, thuisverpleegkundigen en huisartsen initiatieven rond OPAT ('Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy') verder uitbouwen. Bedoeling hiervan is dat een patiënt die langdurige intraveneuze antibioticatherapie vereist, sneller uit het ziekenhuis kan ontslaan worden om in zijn vertrouwde thuissetting verder antibioticatherapie te krijgen. De verkorte ziekenhuisopnameduur kan heel wat voordelen hebben zoals een positieve impact op het welzijn van de patiënt, reductie van potentiële zorginfecties en kostenbesparend zijn voor de financiering van de gezondheidszorg."

Bestaande structuren

Baptist Declerck: "Vanuit ZOL werd door de dienst Geriatrie al zeer goed samengewerkt met de zorgcentra. Wij proberen aanvullend en ondersteunend te werken en onze plaats te zoeken binnen de bestaande structuren. Zo zal de ondersteuning van de leerzorgspecialisten van LiZa in de woonzorgcentra naar aanleiding van de coronapandemie binnenkort afgebouwd worden. Wij kunnen hun werk overnemen en verdere opleidingen voorzien."

Er zal tot slot ook samengewerkt worden met het Agentschap Zorg & Gezondheid. Zo kan er bijvoorbeeld op verzoek ondersteuning geboden worden door het HOST-team aan het Outbreak Support Team (OST) van Zorg en Gezondheid.

ORGANISATIE

Het HOST-team zal bijdragen aan de versterking van de infectiepreventie en -controle (infection prevention & control, IPC), een beter gebruik van infectiewerende middelen (antimicrobial stewardship, AMS) en de klinische farmacie in verband met infectiologie.

Het HOST-team voert de krijtlijnen uit die besproken werden op de HOST-stuurgroep en geeft achteraf feedback.

De HOST-proefprojecten verlopen in jaarlijkse fases en worden regelmatig geëvalueerd door een begeleidingscomité van de FOD.

De overkoepelende HOST-stuurgroep werd opgericht met afvaardiging vanuit de betrokken ziekenhuizen (directieleden, arts-specialisten infectiepreventie, microbiologie en infectiologie, ziekenhuisapothekers, infectiepreventie verpleegkundigen, divisie manager geriatrie), de eerstelijnszones Noord-Limburg, Kemp en Duin en Maasland en tot slot Agentschap Zorg en Gezondheid (op uitnodiging).

HOST-TEAM

Verantwoordelijken proefproject (0,5 VTE): dr. apr. biol. Deborah Steensels i.s.m. apr. biol. Baptist Declerck

HOST-coördinatoren (1 VTE): Dries Grymonpré en Thannée Vandermeulen

Verpleegkundig expert infectiepreventie en controle (1 VTE): Johan Brants

Ziekenhuisapothekers (0,5 VTE): apr. Ine Symens en apr. Sofie Heeckhout

Infectiologen: dr. Joris Meeuwissen, dr. Nele Czech

Klinisch biologen: apr. biol. Baptist Declerck, dr. apr. biol. Deborah Steensels, dr. Els Oris, dr. Kristof Bafort, apr. biol. Marc Vandeveldde, dr. Sarah Ressler



V.l.n.r. Johan Brants, Dries Grymonpré, Thannée Vandermeulen, apr. biol. Baptist Declerck, apr. Sofie Heeckhout, apr. Ine Symens, dr. apr. biol. Deborah Steensels

Opstart

Het HOST-proefproject ging recent van start maar toch werden al heel wat initiatieven genomen. Baptist Declerck: "We hebben een website over HOST Noord-Oost Limburg ontwikkeld (www.host-nol.be) om de eerstelijnsgezondheidszorg te informeren over het opzet van HOST en om informatie en initiatieven te delen rond de twee centrale thema's, nl. infectiepreventie en antimicrobial stewardship. Ook werd permanentie opgezet voor onze stakeholders en bereiden we verschillende initiatieven voor. Intussen werd het project voor-

gesteld op verschillende stuurgroepen van de eerstelijnszones en op overlegmomenten tussen de ziekenhuizen en woonzorgcentra waarmee er een samenwerkingsovereenkomst bestaat."

"Tot slot organiseren we maandelijks een stuurgroep, waarop de stakeholders van de ziekenhuizen ZOL en Noorderhart aanwezig zijn maar ook vertegenwoordigers van de betrokken eerstelijnszones omdat we het belangrijk vinden om input vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg te ontvangen." ■

CONTACT EN INFO

Er wordt een telefonische permanentie voorzien, dagelijks tussen 8 en 16 uur op het nummer 089/32 15 38. Op weekdays wordt de permanentie voorzien door de verpleegkundigen gespecialiseerd in infectiepreventie en is ondersteuning ter plaatse mogelijk. Op weekend- en feestdagen zullen de infectiologen en de klinisch biologen instaan voor de permanentie.

Voor meer informatie omtrent de werking, educatief materiaal en toekomstige initiatieven, kan u terecht op de website www.host-nol.be

Contact: tel. 089/32 15 38 of via mail (info@host-nol.be).

Onderlinge variatie in ziekenhuizen uit Euregio is rijke bron voor onderzoek naar succesvolle behandelingen

Uit de CoDap-studie* met betrekking tot Covid-19-patiënten op intensieve diensten in de Euregio blijkt dat in de twee grote Belgisch Limburgse ziekenhuizen 22 percent van de Covid-19-patiënten stierf op intensieve, terwijl dat in Nederlands Limburg 42 percent en in het universitaire ziekenhuis van Aken 44 percent was. Dat lagere sterftecijfer in België kunnen we vooral verklaren omdat Covid-19-patiënten in ons land in een vroeger stadium van de ziekte werden opgenomen op Intensieve Zorgen en bij opname dus minder ernstig ziek waren, zegt hoofdonderzoeker en anesthesist prof. dr. Dieter Mesotten.

Het Interreg Euregio Maas-Rijn project werd door de dienst Intensieve Zorgen van ZOL opgestart met ondersteuning van het Future Health Platform en de dienst Centrale Datacoördinatie om de heterogeniteit bij Covid-19-patiënten op de Intensieve Zorgen verder in kaart te brengen in de Euregio Rijn-Maas.

Binnen deze samenwerking tussen Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) Genk, het Jessa ziekenhuis Hasselt, Maastricht UMC+, Uniklinik RWTH Aachen, Groupe Santé CHC Luik en het Duitse data science bedrijf RapidMiner was er vooral aandacht voor de gehanteerde interventies en zorguitkomsten tijdens de eerste coronagolf. De resultaten werden gepubliceerd in Critical Care Medicine.

De onderzoekers vergeleken in totaal 551 Belgische, Nederlandse en Duitse Covid-19-patiënten die tijdens de eerste coronagolf – van 2 maart tot 12 augustus 2020 – werden opgenomen op een Intensieve Zorgen-unit.

Ondanks een vrij homogene populatie binnen deze Euregio, werden er toch opmerkelijke verschillen vastgesteld. "Zo liepen de behandelingen erg uiteen en zijn de zorgstelsels, ziekenhuisinfrastructuur en de criteria voor opname op de intensieve zorgen anders. Die onderlinge variatie was een rijke bron voor onderzoek naar succesvolle behandelingen", aldus prof. dr. Mesotten.

Prof. Dr. Mesotten: "In ZOL zijn we al redelijk snel in de eerste golf afgestapt van een invasieve mechanische beademing voor alle Covid-19-patiënten op Intensieve Zorgen. Uit de cijfers blijkt ook dat de Belgische patiënten in het algemeen minder snel aan de beademingsmachine werden gelegd. In Nederland daarentegen gingen enkel patiënten die beademing nodig hadden naar Intensieve. Dat is natuurlijk ook een gevolg van het aantal beschikbare intensieve bedden in Nederland. Nederland heeft met 6,4 op 100.000 inwoners immers veel minder intensieve bedden dan ons land (15,9 op 100.000). Hierdoor kunnen patiënten in een vroeger ziektestadium en dus minder ernstig ziek op de intensieve zorgen opgenomen worden."

Dit kan ook verklaren waarom niet alleen de mortaliteit maar ook de opnameduur in België korter was. "In ons land lagen Covid-19-patiënten gemiddeld 10 dagen op Intensieve Zorgen, ten opzichte van 14 dagen in Nederland en 33 dagen in Duitsland."

Ook wat betreft het toedienen van medicatie zijn er grote verschillen tussen de landen. "In België kreeg 39 procent van de intensieve Covid-19-patiënten bloed-druk ondersteunende medicatie, terwijl dat in Nederland en Duitsland respectievelijk 74 en 97 percent was. Ook dat komt omdat patiënten bij hun opname op Intensieve Zorgen minder ziek waren bij ons", aldus prof. dr. Mesotten.

"We kunnen zeker besluiten op basis van deze studie dat we het goed gedaan hebben tijdens de eerste golf in Limburg, toen we echt overspoeld werden met Covid-19-patiënten. We hebben op tijd onze capaciteit op Intensieve Zorgen kunnen verhogen, we hebben mensen snel op intensieve gekregen en ervoor gekozen om patiënten niet allemaal mechanisch te ventileren, wat achteraf een goede beslissing bleek," besluit prof. dr. Mesotten.

Ook na de coronapandemie willen de ziekenhuizen blijven samenwerken, ook voor niet-Covid-patiënten, "omdat veel geleerd kan worden uit deze vergelijkende studies". ■

**Cross-border clinical-practice-variation-based development of Covid-19 Data-driven consensus treatment guidelines and the creation of an Euregio Covid-19 data Platform to anticipate a new wave*



"Op basis van de studie kunnen we besluiten dat we het goed gedaan hebben in Limburg."

Prof. dr. Dieter Mesotten

"Als moderne radiologische dienst benaderen we de patiënt op een holistische manier"



dr. Bruno De Peuter

De dienst Medische Beeldvorming van ZOL onderging in het voorbije decennium een heuse gedaanteverwisseling. Op campus Sint-Jan is de dienst vooral uitgerust als derdelijnscentrum terwijl op de campussen Sint-Barbara, Maas en Kempen en André Dumont voornamelijk wordt ingezet op eerstelijns medische beeldvorming. Kwaliteit van zorg en patiëntervaring zijn hierbij erg belangrijk, aldus het nieuwe medisch diensthoofd dr. Bruno De Peuter.

Op 1 januari gaf dr. Martijn Grieten na 12 jaar als medisch diensthoofd de fakkel door aan dr. Bruno De Peuter. Dr. De Peuter genoot zijn opleiding aan de KU Leuven en specialiseerde zich in musculoskeletale radiologie aan het AMC in Amsterdam. Dr. De Peuter is sinds 2010 actief in ZOL.

De dienst Medische Beeldvorming groeide de afgelopen jaren exponentieel, werd grondig gerenoveerd op de campussen Sint-Jan en Sint-Barbara, kreeg een gloednieuwe infrastructuur in het Medisch Centrum André Dumont en werd uitgebreid met een volwaardige dienst op campus Maas en Kempen.

Welke plannen heeft u als nieuw medisch diensthoofd voor de dienst?

Dr. De Peuter: "Sta me toe eerst mijn voorganger dr. Martijn Grieten te bedanken. Zowel wat betreft organisatie van de dienst als infrastructuur heeft hij na twee ambtstermijnen een indrukwekkende erfenis nagelaten. Onze dienst werd op radiologisch vlak verregaand gesubspecialiseerd. Architecturaal beschikken we na diverse verbouwingen over één van de mooiste en modernste afdelingen van het land. Als 'rechterhand' heb ik ook altijd uitstekend met dr. Grieten samengewerkt. Ik wil verder bouwen op de fundamenten die hij gelegd heeft. Communicatie, transparantie en teamvorming zijn hierbij de codewoorden."

Op welke manier wil u de dienst verder profileren?

"In de loop der jaren zijn we uitgegroeid tot een groot derdelijnscentrum, samen met de verdere subspecialisatie van de medische diensten in het ziekenhuis. In de radiologie kan grosso modo een onderscheid gemaakt worden tussen de subspecialismes neuroradiologie, abdominale radiologie, senologische beeldvorming, angiografie, cardiale beeldvorming, keel-, neus-, oorradiologie, musculoskeletale beeldvorming en interventionele radiologie. In ZOL behoren alle 28 radiologen tot één van deze clusters. Iedere radioloog die bij ons start, wordt trouwens door de dienst gefinancierd om zich binnen zijn of haar subspecialisme gedurende



een bepaalde periode bij te scholen in buitenlandse of binnenlandse centra."

"De verregaande subspecialisering van de radiologen biedt tal van voordelen voor de kwaliteit van de zorg. We beschikken over uitmuntende artsen in alle subdisciplines. Ook een tweede en derde opinie kunnen wij zeer snel aanbieden. De verwijzende klinici van de verschillende medische disciplines verwachten uiterst precieze beeldvorming en wij kunnen dit leveren. De connectie tussen de radiologen en specialisten is daarom vaak zeer hecht. Voor een neurochirurg bijvoorbeeld heeft het een enorme meerwaarde om samen te kunnen werken met een neuroradioloog die dag in dag uit enkel beelden van hersenen bestudeert."

"Maar we merken ook dat door de doorgedreven uitbreiding en subspecialisatie van onze dienst de band met de huisartsen wat minder nauw geworden is. In het begin waren we

met enkele radiologen die vooral algemene radiologie deden. Nu zijn we met 28 gesubspecialiseerde artsen en dat maakt natuurlijk een groot verschil."

"We doen grote inspanningen om de band met de eerste lijn opnieuw meer aan te halen en ook voor hen een kwalitatief aanbod te voorzien. Op campus Sint-Jan zijn we voornamelijk toegespitst op derdelijns medische beeldvorming maar op onze andere campussen, die trouwens zeer goed zijn uitgerust zijn en gemakkelijk bereikbaar, zetten we vooral in op eerstelijns medische beeldvorming. Iedere ZOL-campus heeft een eigen arsenaal aan radiologische toestellen en scanners. Samen met de eigenheid van iedere campus wordt bepaald waarvoor deze worden gebruikt. (zie kader p. 17)."

"Tot slot zetten we in op een goede toegankelijkheid voor de verwijzende artsen. Onze radiologen gaan regel-

matig lezingen geven voor de huisartsen(kringen) om onze werking toe te lichten en over de samenwerking te spreken. En artsen die ons opbellen met vragen, worden zo snel mogelijk door ons geholpen."

Hoe is de werking van de dienst over de verschillende campussen georganiseerd?

"Over de vier campussen heen wordt geïntegreerd samengewerkt. De radiologen en verpleegkundigen pendelen tussen de verschillende locaties. Alle CT-, RX- en MRI-onderzoeken komen op overkoepelende lijsten terecht en worden verdeeld over de protocollerende artsen. De radioloog weet dus eigenlijk niet of hij de beelden van een patiënt uit Genk, Maaseik of Lanaken bekijkt. De hoogwaardige ZOL-zorg is met andere woorden op alle campussen gegarandeerd, mede omdat de apparatuur overal aan dezelfde hoge standaarden voldoet. Een scanner die niet meer aan de eisen beantwoordt, wordt vervangen."



Op welke manier kunnen jullie verder het verschil maken voor de patiënt?

"Als moderne radiologische dienst kunnen wij de patiënt op een holistische manier benaderen. Omdat wij gebruik maken van het volledige elektronisch dossier, zien en beoordelen wij de beeldvorming van een patiënt in een groter geheel. We werken dus op maat van iedere patiënt."

"Omdat wij de beleving van de patiënt erg belangrijk vinden, ontvangen wij iedereen in een aangenaam kader. We hebben gezorgd voor een mooie inrichting met aangepaste verlichting, ontspannende muziek en een zeer persoonlijke aanpak van onze verpleging en secretariaat."

Ook de digitalisatie van de radiologische aanvragen is iets waar u verder op wil inzetten. Hoe pakken jullie dit aan?

"De overheid legt ons op om aan 'vetting' of triage te doen. Dit wil zeggen dat we de radiologische aanvragen vooraf moeten screenen en nagaan of

AANBOD ONDERZOEKEN PER CAMPUS

MEDISCH CENTRUM ANDRÉ DUMONT

- Echografie
- RX

Dr. De Peuter: "Ons medisch centrum in Waterschei is klein, makkelijk bereikbaar en je kan er onder het gebouw parkeren. Daarom leent deze campus zich uitstekend voor snelle, kwalitatieve en dagelijkse radiologie. Patiënten met een spierscheur of buikpijn zijn hier snel geholpen in een aangenaam kader."

CAMPUS SINT-BARBARA

- Echografie
- RX
- CT

Dr. De Peuter: "Onze dienst in Lanaken werd recent volledig vernieuwd, inclusief de wachtruimte en het plaatsen van een nieuwe CT-scanner. De campus leent zich uitstekend voor huisartspathologie of beeldvorming na een consultatie ter plaatse. Er is een grote parking, de wachttijden zijn er kort en de kwaliteit van de beeldvorming is hoog."

CAMPUS MAAS EN KEMPEN

- Echografie
- RX
- CT
- MRI
- Mammografie

Dr. De Peuter: 'Met de komst van het broodnodige nieuwe 3T MRI-toestel op onze dienst in Maaseik hebben we van de gelegenheid gebruik gemaakt om ook een nieuw state-of-the-art mammo tomosynthese toestel te plaatsen om zo dezelfde kwaliteit aan te bieden als op campus St-Jan. De nieuwe 3T MRI is uitermate geschikt voor musculoskeletale en neurologische beeldvorming'

CAMPUS SINT-JAN

- Echografie
- RX
- CT
- MRI
- Mammografie
- Interventionele radiologie

Dr. De Peuter: "Het aanbod in Genk is hetzelfde als in Maaseik. Hier werkt ook het gros van de 28 radiologen, 140 verpleegkundigen en andere medewerkers. De CT- en MRI-toestellen in St-Jan zijn voorzien van alle mogelijke opties en daarom ook beter geschikt voor derdelijns en oncologische beeldvorming."



inderdaad het 'juiste' onderzoek werd aangevraagd. Dit zorgt er voor dat er geen dubbele onderzoeken meer nodig zijn en dus overbodige uitgaven voor de overheid worden vermeden. Deze aanpak komt ook de wachttijd voor de patiënt ten goede."

"Als de patiënt zijn aanvraag pas meebrengt wanneer hij al in het ziekenhuis is, kunnen we niet meer anticiperen. Vandaar dat het belangrijk is dat aanvragen digitaal gebeuren. De meerderheid van de radiologische onderzoeken worden al digitaal aangevraagd via ons elektronisch patiëntendossier HiX. Maar ik ben ambitieus

en wil gaan tot meer dan 90 percent digitale aanvragen. Tegelijk zetten we de artsen die hun aanvragen nog op papier willen doen, niet in de kou. Hier vragen we de patiënt om hun aanvraag digitaal te maken via onze nieuwe website 'radiologiezol.be'. De patiënt zal ook via deze website zijn afspraak kunnen aanvragen."

"Een heel duidelijk voorbeeld van dubbele onderzoeken kennen we bij CT en MRI. Nu worden er te veel onderzoeken van de rug en de hals gedaan op CT. Bij een digitale aanvraag kunnen we een eventueel CT-onderzoek nog tijdig omzetten

naar een MRI-onderzoek. De nieuwe MRI in Maaseik is trouwens toegekend als 'budgetneutrale' oplossing. Als de aanvragen voor CT-scan's nu niet verminderen, zullen de uitgaven voor de overheid stijgen en worden wij hiervoor uiteindelijk gepenaliseerd."

Een ander project waarin jullie al veel geïnvesteerd hebben, is de uitbouw van de interventionele radiologie?

"Inderdaad, we zijn van mening dat interventionele radiologie een belangrijke meerwaarde en zelfs van cruciaal belang is voor een derdelijnscentrum als ZOL. We hebben hier zeer veel in geïnvesteerd en beschikken over





drie gespecialiseerde artsen, nl. dr. Luc Stockx, dr. Tom De Beule en dr. Thierry Boulanger, die tot de absolute top behoren in hun discipline. Ook de andere medische diensten hebben grote investeringen gedaan om kwalitatieve, multidisciplinaire zorg te kunnen bieden voor strokepatiënten. Er is momenteel heel wat te doen rond de erkenning van strokecentra. Voorlopig is het hier nog wachten op de beslissing van de overheid."

Jullie werken met hoogtechnologische systemen. Wordt er ook al veel gebruik gemaakt van artificial intelligence?

"Vijf jaar geleden werd gezegd dat radiologen overbodig zouden worden door de opkomst van AI maar dat is natuurlijk niet zo. Integendeel, wij omarmen die techniek omdat ze een meerwaarde kan betekenen voor ons werk. We krijgen de laatste jaren heel veel aanvragen van firma's om systemen te testen. De laatste twee jaar hebben we bijvoorbeeld met een systeem gewerkt voor longembolen en bloedingen in het hoofd."

"We gaan binnenkort ook mee in een start-up voor mammografie en RX-thorax met Agfa en zullen hiervoor het referentiecentrum worden. De financiële inspanning voor onze dienst hierbij is groot maar we beseffen dat het belangrijk is om in AI te investeren. Onze bijzondere interesse gaat hierbij naar mammografie. Nu worden de mammo's door twee van onze gespecialiseerde artsen bekeken, vóór er een derde lezing gebeurt in UZ Leuven. Dit vraagt veel tijd, het AI-systeem zou er bijvoorbeeld de mammo's kunnen uithalen waarvoor die tweede lezing nodig is. Dit zou ons heel wat tijd kunnen besparen." ■

BORSTONDERZOEK: ONE STOP, ONE GO

Binnen de dienst Medische Beeldvorming is mammografie een absoluut speerpunt. 'We werken met 5 gespecialiseerde mammoradiologen en zijn uitgerust met 3 state-of-the-art tomosynthese toestellen,' verduidelijkt dr. De Peuter. Twee toestellen op campus Sint-Jan en recent ook één op campus Maas en Kempen. Op campus St-Jan gebeuren dagelijks borstonderzoeken. Op campus Maas en Kempen wordt één dag per week mammografie en echografie van de borst aangeboden en twee dagen per week screeningsmammografie.

One stop, one go: van diagnose naar therapie. We zien een mammografie niet als een geïsoleerd onderzoek, maar als een onderdeel van een zorgtraject waarbij we zo snel mogelijk tot een uitgewerkt behandelingsplan willen komen voor de patiënt. Wie een bolletje in een borst voelt, boekt een afspraak en kan meestal dezelfde dag nog naar het ziekenhuis komen. Dr. De Peuter: "Indien een biopsie nodig is, wordt deze op hetzelfde moment uitgevoerd. Indien een stereotactisch geleide vacuüm-biopsie of aanvullende MRI noodzakelijk is, wordt deze als 'dringend' ingepland. Een biopsieresultaat is binnen 2 tot 5 werkdagen gekend. Als de patiënt en de huisarts dit wensen, maken we een afspraak bij de gynaecoloog voor de verdere opvolging en behandeling. Zo zorgen we ervoor dat er geen tijd verloren gaat."

Buiklig bij wakkere baby's actief promoten

Het is hoog tijd om wakkere buikligging bij baby's meer te promoten. Dat zeggen dr. Els Bruneel, arts Neonatologie in ZOL en Chaja Devriendt, lector vroedkunde aan de UCLL Hogeschool. Het is wetenschappelijk onderbouwd dat het gecontroleerd toepassen van buiklig veel voordelen heeft voor baby's.

Tijdens het ZOL-symposium 'De magie van buiklig' op 17 november jongstleden lag de focus op het belang van buikligging voor de motorische ontwikkeling van jonge kinderen. "Er werd vroeger vaak aan jonge ouders verteld dat ze hun pasgeboren kindje niet op de buik mogen leggen omdat er dan een verhoogd risico zou zijn op wiegendood. Dat geldt inderdaad voor slapen. Maar het is wetenschappelijk bewezen dat baby's die op hun buik liggen als ze wakker zijn, zich zullen opduwen en hun hoofd draaien waardoor ze hun nek-, rug-, been- en armspieren versterken," aldus dr. Bruneel. "Dit bevordert de algemene ontwikkeling van baby's. Ze zullen sneller overgaan tot rollen en kruipen en kunnen zich sneller rechtekken."

Buikligging tijdens de wakkere uren van een baby moet meer gepromoot worden. Wanneer het gecontroleerd gebeurt, biedt het veel voordelen,

bijvoorbeeld dagelijks enkele keren een minuutje én onder toezicht.

"Door uitsluitend op de rug te liggen, krijgen baby's vaak een plat achterhoofdje of plagiocefalie," verduidelijkt Chaja Devriendt van UCLL. "We moeten opnieuw leren onze baby's te stimuleren om te bewegen. Baby's moeten elke dag vrij kunnen liggen op een speelmat om zo hun motoriek te ontwikkelen. Als je een baby enkel verhuist van de wippen naar de sitter en van de maxi cosi naar de fiets of de wagen, beweegt hij te weinig."

Ook op de dienst Materniteit willen we wakkere buikligging meer onder de aandacht brengen", aldus dr. Bruneel. "Zeker bij eerstgeborenen willen we onze kinesisten vragen om niet enkel aandacht te hebben voor de mama, maar zeker ook voor de baby."

Kinepedia - de beroepsorganisatie voor pediatrie kinesietherapie - heeft rond dit thema een project opgestart: 'de magie van buiklig; slapen op de rug, wakker op de buik'. Al te vaak meldt een mama zich bij de kinesist omdat haar kindje bepaalde motorische mijlpalen niet haalt of een afplatting heeft aan het hoofdje.

Kennis opbouwen rond het belang van buikligging gebeurt in ZOL in samenwerking met LiZa en UCLL. Studenten vroedkunde krijgen dit al mee tijdens hun opleiding. Het is belangrijk dat ook huisartsen, Kind & Gezin en thuiszorg hun rol spelen bij het creëren van awareness bij jonge ouders. ■

Meer info: www.movekids.be

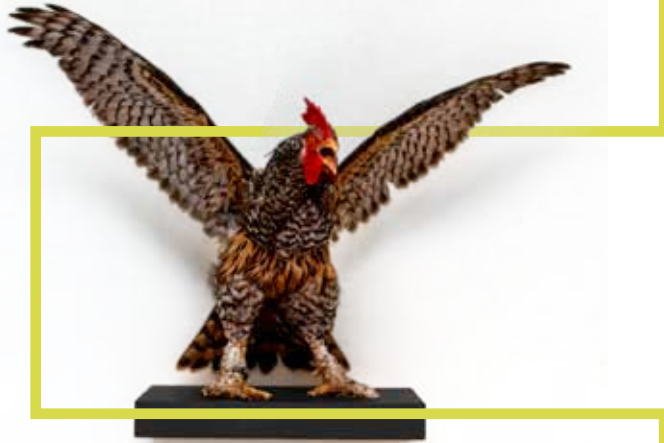


“

“Ook op de dienst Materniteit willen we wakkere buikligging meer onder de aandacht brengen”

dr. Els Bruneel, arts
Neonatologie





HET HAVIKSOOG

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



Begin december 2021 werd een review gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift 'Nature Reviews Disease Primers' met als onderwerp 'Primary and metastatic peritoneal surface malignancies'. Dit artikel is tot stand gekomen dankzij de samenwerking van oncologisch chirurgen uit Saudi Arabie, Zwitserland, Indië, België, Frankrijk, Duitsland, Australië, de Verenigde Staten en Engeland. Vanuit ZOL was abdominaal chirurg prof. dr. Kurt Van Der Speeten actief betrokken bij de uiteindelijke realisatie van dit artikel.

Nature Reviews Disease Primers behoort tot de Nature Reviews portfolio met een uitzonderlijk hoge impact factor. Elke Primer geeft een globaal overzicht van het vakgebied en overloopt grondig de belangrijkste onderzoeksvragen rond een bepaald onderwerp, in dit geval 'metastatische peritoneale kankers'. Dit is een heterogene groep peritoneale metastases van andere kwaadaardige tumoren (ovarium, pancreas, maag, darm, appendix).

De auteurs beschrijven op een zeer overzichtelijke manier de verschillende hypothesen betreffende de pathofysiologie van peritoneale kankers.

ventie technieken, inclusief chirurgische exploraties.

In het afgelopen decennium is de prognose van deze zeer ernstige maligne aandoening sterk verbeterd, niet alleen de overleving van de patient(e), maar eveneens de levenskwaliteit. Volledige cytoreductieve chirurgie gecombineerd aan peri-operatieve systemische chemotherapie kunnen in sommige geselecteerde gevallen zelfs tot genezing leiden. Intra-peritoneale chemotherapie wordt tegenwoordig eveneens beschouwd als een zeer belangrijk onderdeel van de behandeling.

De auteurs besluiten dat de belangrijkste uitdaging voor de toekomst niet alleen de ontwikkeling is van intra-peritoneale behandelingen die evenwaardig zijn aan de systemische chemotherapie, maar eveneens het onderzoek naar de meest optimale individuele behandelingsstrategie rekening houdend met de primaire tumor, de omvang van het ziektebeeld en de voorkeur van de patient(e).

Alles lijkt erop dat een gunstigere prognose in de nabije toekomst mogelijk is dankzij nieuwe evoluties in medische beeldvorming, minder invasieve chirurgie, nanomedicijnen en op maat gemaakte intraperitoneale behandelingen. ■

prof.dr. Willem Ombelet

Artikel: Nature Reviews/Disease Primers/
Article citation ID: (2021)7:91
Published online: 16 December 2021



Dr. Joeri Meyns, MKA chirurg

Navigatietechnologie doet intrede op dienst MKA

De dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde is recent in zee gegaan met X-guide, een navigatiesysteem voor het plaatsen van tandimplantaten. Deze nieuwe technologie stelt ons in staat om met een nauwkeurigheid van bijna 100% implantaten te plaatsen, zegt dr. Joeri Meyns, medisch diensthoofd MKA in ZOL.

Waarom de keuze om met een navigatiesysteem te gaan werken?

Dr. J. Meyns: "De kunst bestaat erin om een implantaat exact op de juiste positie te plaatsen. Loodrecht onder de plaats waar de tand moet komen, zodat er een perfecte match is tussen tand en implantaat. Tot voor enkele jaren gebeurde dit met de vrije hand en het timmermansoog van de specialist. Niet altijd evident, ook omdat er soms onvoldoende bot is waar het implantaat zou moeten komen."

"Met het X-guide navigatiesysteem brengen we trackers aan bij de patiënt en op onze boorapparaten. Zo zien we in 'real time' op het computerscherm waar we moeten boren om het implantaat exact op de juiste plaats in te schroeven. We maken eerst een virtuele planning met behulp van de computer, ook wel 'backward planning' genoemd. Is er geen bot aanwezig op de plaats waar het implantaat moet komen dan is er een compromis mogelijk. Het implantaat lichtjes kantelen bijvoorbeeld en dan met een tussentstuk werken."

Het systeem helpt dus om 100% nauwkeurig tewerk te gaan?

Dr. J. Meyns: "Inderdaad. Wanneer we boren kijken we naar het computerscherm, niet meer naar de patiënt. Het systeem geeft aan waar de 'bullseye' zich bevindt. Daar richten we onze boorapparatuur op en zien we in 'real time' het boortje in het bot gaan. Wanneer we diep genoeg zitten, geeft het systeem een signaal."

Wordt de X-guide bij ieder implantaat gebruikt?

Dr. J. Meyns: "Neen, toch niet. Voornamelijk bij de meer complexe casussen. Doorgaans wanneer de anatomie gewijzigd is, bijvoorbeeld bij patiënten met kanker of na traumachirurgie waarbij we stukken van de kaak hebben moeten reconstrueren. De oorspronkelijke verhoudingen zijn dan vaak helemaal weg. De X-guide helpt ons om bij deze patiënten de nieuwe anatomische situatie in beeld te brengen en de plaatsing van het implantaat exact te voorspellen. Dit verhoogt aanzienlijk de kwaliteit van de positie en de plaatsing van het implantaat."

"Ook bij zogenaamd 'immediate loading', maken we gebruik van het navigatiesysteem. Voor mensen dus die na een tandextractie - om diverse redenen - dezelfde dag nog andere tanden willen. Nog voor het trekken van de tanden bepalen we met de X-guide waar de implantaten moeten komen. De tanden worden virtueel ontworpen en in het labo aangemaakt. Alles wordt op voorhand voorbereid. Zo kunnen we onmiddellijk na het trekken van de tanden de implantaten en de nieuwe tanden plaatsen. Dit verkort de doorlooptijd tot 1 of 2 dagen."

Hebben jullie als dienst MKA het nieuwe navigatiesysteem reeds volledig onder de knie?

Dr. J. Meyns: "Het is een vrij technisch systeem. Je moet aardig wat knowhow opbouwen rond

de software van het systeem maar ook rond conebeam-technologie en inter-orale scanners. Wij in ZOL zijn er sinds begin 2020 mee aan de slag. Dr. Heijsters, dr. Beckers en ikzelf hebben er intussen samen zo'n 30 patiënten mee behandeld waardoor onze leercurve zo goed als afgerond is." ■



“

De X-guide helpt ons om bij complexe casussen de nieuwe anatomische situatie in beeld te brengen en de plaatsing van het implantaat exact te voorspellen."

dr. Joeri Meyns, medisch diensthoofd MKA in ZOL

Dienst Neonatologie introduceert de NICU-coach



Cindy Paulissen, NICU-coach

"Een buddy zijn voor ouders die een premature bevalling in het vooruitzicht hebben. Dat is de rol die ik als NICU-coach tracht in te vullen." Aan het woord is Cindy Paulissen, sinds jaar en dag vroedvrouw op de dienst Neonatologie en sinds kort ook vertrouwenspersoon voor vrouwen en hun partners die een moeilijke zwangerschap doormaken en veel kans lopen op de vroeggeboorte van hun kindje.

Cindy Paulissen: "Net zoals een oncocoach mensen begeleidt doorheen hun genezingstraject tijdens kanker, zo wil ik ouders gidsen doorheen de rollercoaster van emoties die gepaard gaat met het krijgen van een prematuurtje."

"Al 24 jaar werk ik op de dienst Neonatologie. Ik doe mijn job met hart en ziel. Wat me in de loop der jaren duidelijker werd, is dat het vangnet voor kwetsbare ouders beter kan. Een opname op onze dienst - voorzien of onverwacht, ernstig of minder ernstig - is sowieso een stresserende ervaring voor ouders. Wanneer ze geconfronteerd worden met een zwangerschap die niet loopt zoals gepland en de aanstaande moeder bijvoorbeeld wekenlang op de Maternal Intensive Care (MIC) terecht komt, wordt hun wereld helemaal overhoop gehaald. Als het over de gezondheid van hun kind gaat, is de draagkracht van ouders zeer fragiel."

"Ik merkte dat er een hiaat zit in het neonato-traject dat een koppel aflegt. Info geven en ouders opvangen en ondersteunen behoort tot onze verpleegkundige taak. Maar er ontbreekt vaak tijd om dit op een adequate manier in te vullen. Zeker wanneer het druk is of wanneer er zich veel complicaties voordoen bij een kind."

"Onze artsen en verpleegkundigen zijn top in wat ze doen maar ze zijn hoofdzakelijk gefocust op het medische en het verzorgende aspect van een opname, zeker wanneer het minder goed gaat met een baby. Ouders worden op dat vlak op onze dienst zo adequaat mogelijk begeleid en geïnformeerd. Toch merkte ik dat er nood was aan een extra dimensie. Jonge ouders blijven vaak met heel wat vragen zitten. Ik nam hen dan even apart, gaf wat extra uitleg of ik herhaalde gewoon kort wat de arts gezegd had, zodat het beter kon binnensijpelen."

"Ik merkte dat de ouders hier kracht uit putten en kreeg groen licht van mijn

diensthofd dr. Van Hoestenbergh om het concept verder uit te bouwen. Het coachingstraject wordt nu opgestart vanaf de opname op de MIC. Patiënten liggen daar soms wekenlang en er spoken duizend-en-één zaken door hun hoofd. Ze hebben nood aan uitleg over hoe de opname zal verlopen. Hoe gaat een keizersnede in zijn werk. Wat houdt een verblijf op de NICU in. Hoe werkt een couveuse, waarom gaan er alarmen af, waar dienen de katheters voor, wat is een maagsonde,... Bij mijn toelichting gebruik ik didactisch materiaal zoals een iPad of foto's en we gaan vooraf ook al een kijkje nemen op de NICU."

"Of ik niet in het vaarwater van de psycholoog kom? Integendeel, we vullen elkaar perfect aan. De psycholoog werkt therapeutisch en waakt over het mentale welzijn van de ouders. Als NICU-coach vul ik dat aan met informatie rechtstreeks vanuit het werkveld. Ik werk ook ondersteunend door tools of inzichten aan te reiken als ouders hun draagkracht op de proef gesteld wordt."

"Ouders geruststellen is belangrijk. De prikkels die van hen en de omgeving komen, zijn immers erg belangrijk voor de neurologische en mentale ontwikkeling van het kind. Ondanks dat ze uit balans zijn, moeten ouders rust vinden en dit overdragen op de baby. Bijvoorbeeld tijdens het skinnen of kangoeroeën."

"Voorlopig spreken we nog van een proefproject dat in juni 2021 werd opgestart. Ik heb binnen mijn diensttijd enkele uren per week ter beschikking om aan NICU-coaching te doen. Voor mij mag dit zeker uitgebreid worden en ik denk dat hier ook wel voldoende draagvlak voor is. Iedereen op de dienst is mee in het verhaal en overtuigd dat deze vorm van begeleiding ten goede komt aan het welzijn van de ouders en de baby. En het belangrijkste: ook de ouders zijn erg positief over de meerwaarde die ik kan bieden." ■

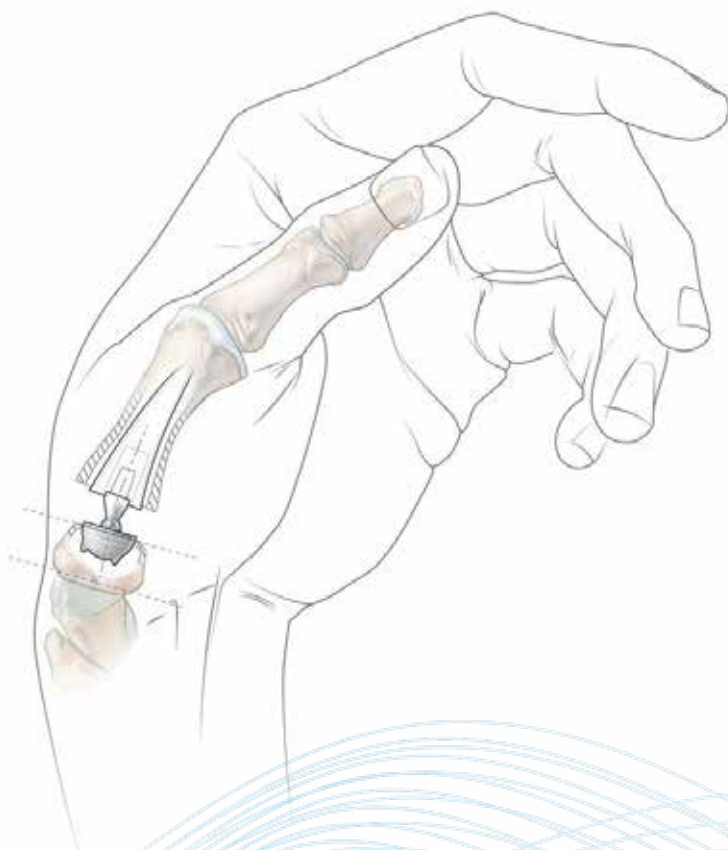
Trapeziometacarpale totale gewrichtsartroplastiek: het resultaat optimaliseren met een evidence-based chirurgische techniek

Er bestaat nog geen eensgezindheid over de beste chirurgische behandeling voor een pijnlijk, versleten duimbasisgewricht. De oudste en tot op heden meest gebruikte operatietechniek bestaat uit het verwijderen van het trapeziumbeen. Dit soort ingreep waarbij een deel van het pijnlijke gewricht wordt verwijderd, wordt 'resectie arthroplastiek' genoemd.



Orthopedisch chirurg dr. Joris Duerinckx promoveerde op 27 oktober aan de Universiteit Hasselt met het doctoraatsproefschrift 'Trapeziometacarpal total joint arthroplasty: optimizing outcome with an evidence-based surgical technique'.

Promotor: prof. dr Kristoff Corten, UHasselt
Co-promotor: prof. dr Ilse Degreef, KU Leuven



“Uit een opvolgingsstudie bleek dat een correct geplaatste duimbasisprothese een snellere revalidatie geeft dan andere operatieve technieken voor de behandeling van duimbasis artrose.”

dr. Joris Duerinckx,
orthopedisch chirurg

Ter hoogte van de meeste andere gewrichten van het menselijk lichaam werd deze behandeling ondertussen verlaten. Het vervangen van een versleten gewricht door een kunstgewricht of prothese levert daar immers betere resultaten op. De eerste ervaring met gewrichtsvervangende ter hoogte van de duimbasis dateert van bijna 50 jaar geleden.

Dankzij de inzet van vooral Franse handchirurgen werd de duimbasisprothese steeds betrouwbaarder. Dit leidde tot de ontwikkeling van een kogel-in-pan prothese die uitstekende resultaten op lange termijn kan voorleggen. In weinig ervaren handen zijn echter veel complicaties mogelijk omdat de leercurve voor deze ingreep hoog is. Het doel van de thesis was om belangrijke stappen van de operatietechniek voor de plaatsing van een prothese te standaardiseren en te kwantificeren. En zo de resultaten van deze ingreep te optimaliseren.

De meest kritische stap is de correcte plaatsing van de prothesepan in het trapeziumbot. Het onderzoek toonde aan dat de pan centraal moet worden geplaatst én evenwijdig met het proximale gewrichtsoppervlak van

het trapezium. Dit brengt de pan in lijn met het bewegingscentrum van het gewricht, wat de kans op ontwrichting van de prothese tijdens het bewegen van de duim minimaliseert. De juiste plaatsing kan tijdens de operatie met radioscopie worden gecontroleerd. Het stralingsrisico van deze nieuwe techniek is verwaarloosbaar.

Ook werd bewezen dat de prothesesteel in het metacarpaalbot van de duim zonder hard botcontact kan worden geplaatst, op voorwaarde dat de fixatie in het sponsachtige bot stabiel is. Dit verlaagt het risico op een breuk van het metacarpaalbot tijdens het inbrengen van de steel. Bovendien voorkomt het dat op termijn botverzwakking rond de steel zou optreden en vergemakkelijkt het het verwijderen van de steel, moest dit ooit nodig zijn.

Vroeger werd aangeraden om het gewrichtskapsel tijdens de operatie volledig los te maken. Dit vereenvoudigt de toegang tot het gewricht en voorkomt na de operatie dat het kapsel verkeerd zou aanspannen tijdens het bewegen van de duim. Het gevolg is wel dat de beweeglijkheid van het duimbasisgewricht vergroot, maar de mobiliteitsgrenzen van de moderne

duimprothesen worden normaal niet overschreden. De keerzijde is dat de prothese zonder omgevend kapsel gemakkelijker kan ontwrichten wanneer aan de duim wordt getrokken. Dit risico is het grootst tijdens de eerste weken na de ingreep wanneer er nog geen littekenvorming is opgetreden. Het plaatsen van een langere prothesenek kan dit opvangen, ten koste van een verlenging van de duim. De resultaten van dit onderzoek tonen aan wat de ideale balans tussen beide is.

Enkele jaren geleden werd een nieuwe generatie duimbasisprothesen geïntroduceerd. Deze hebben een grotere prothesekop met dubbele mobiliteit. Dit laat meer beweging toe en vermindert de kans op luxatie.

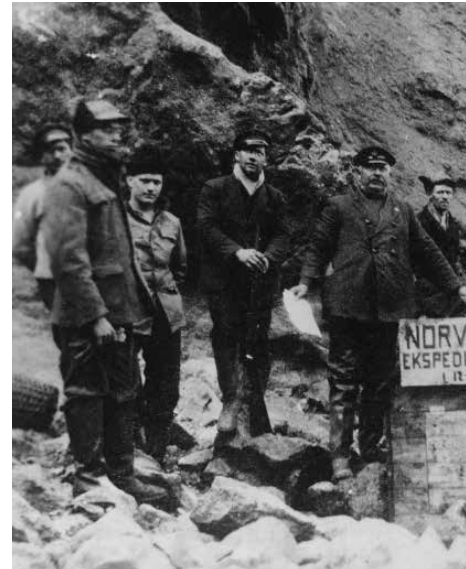
Het laatste deel van het doctoraatsonderzoek bestond uit een opvolgingsstudie van patiënten die door dr. Duerinckx in ZOL werden behandeld met een duimbasis prothese. Hieruit bleek dat een correct geplaatste duimbasisprothese een snellere revalidatie geeft dan andere operatieve technieken voor de behandeling van duimbasis artrose en dat de resultaten ook op langere termijn behouden blijven. ■



volledig witte kieuwen



Ijsvis *Pagetopsis macropterus*



expeditie Bouvet eiland 1927

BLOEDELLOZE VIS

In de biologieles leerden we dat alle vertebraten (zoogdieren, vogels, reptielen en vissen) rode bloedcellen bezitten en dat die kleur afkomstig is van het respiratoir pigment hemoglobine. Zonder dit proteïne nemen de vertebraten geen zuurstof op en is er geen leven mogelijk. En toch zwemt er in het ijswater rond Antarctica een bloedeloze vis rond.

In 1927 vertrok uit Noorwegen een schip dat koers zette naar de diepe onderkant van de wereld. Het was de bedoeling om de vlag te planten op het eiland Bouvet, gelegen iets ten noorden van Antarctica. Dit om recht te claimen op eventuele latere walvisvangst in dat stukje oceaan. Bouvet is een klein en onherbergzaam eiland dat bedekt is met ijs en sneeuw en dat geteisterd wordt door schrale winden. Na het planten van de Noorse vlag gooide de bioloog van de 'Norvegia' (Ditlef Rustad) zijn netten uit en ving een eigenaardig uitzijnde vis. Hij had grote ogen, brede vinnen en een langwerpige muil vol tanden. Net de snuit van een krokodil. Maar wat het meest opviel aan zijn 'krokodilijvis' was het bleek, haast transparant uitzicht en het ontbreken van schubben. Bij het opensnijden zag Rustad een groot wit hart, bleke bloedvaten en bloedeloze kieuwen. Verder onderzoek gebeurde toen niet.

Vijfentwintig jaar later bracht een andere bioloog, Johan Ruud, een aantal exemplaren mee en analyseerde de eigenaardige ijsvis wel. Met een spuit trok hij 'bloed' uit het hart en de grote vaten, en het bleek kleurloos. Microscopisch onderzoek wees op de totale afwezigheid van rode bloedcellen en dus van hemoglobine. Hoe kon die vis zonder dit zuurstof transporterende hemoglobine overleven? En waarom bevroor het waterige 'bloed' niet in een zee van $-1,8$ Celsius? Waarom verstijfde de vis niet tot een 'fish stick'?

Noodzaak en opportuniteit

Voor het antwoord op die vragen was het wachten op

DNA-onderzoek, 40 jaar later. Toen bleek dat één van de twee genen die normaal coderen voor het hemoglobine, volledig verdwenen was en het andere nog rudimentair aanwezig, maar affunctioneel. Normaal vernielt een vis de genetische code voor zo'n levensbelangrijk proteïne niet, dus moest er in zijn omgeving 'iets' gebeurd zijn. Iets waarop hij zich uit noodzaak heeft moeten aanpassen en daar de opportuniteit voor vond.

Uit geologisch onderzoek weten we ondertussen dat er zo'n 33 miljoen jaren geleden daar inderdaad iets gebeurd is. Door een continentale verschuiving van tektonische aardplaten werd Antarctica volledig gescheiden van het zuidelijkste punt van Zuid-Amerika. Van zodra Antarctica volledig omgeven was door de oceaan, ontwikkelden zich nieuwe stromingen en koelde het water rond Antarctica sterk af. Van 10° Celsius tot $-1,8^{\circ}$. De meeste vissoorten overleefden dit verkoelde ecosysteem niet maar één enkele soort kon zich gaandeweg aanpassen, de Notothenioidae. Onze bloedeloze ijsvis vormt daarin een kleine familie.

Hematocriet

Zoals motorolie in een auto vrij dik wordt in koude winterdagen, zo neemt ook de viscositeit van bloed toe in ijskoude wateren. Dit kleverige goedje valt dan heel moeilijk rond te pompen. Antarctische vissen omzeilden miljoenen jaren geleden dit probleem door het aantal rode bloedcellen per bloedvolume geleidelijk te reduceren. Bij de mens bedraagt



normaal bloed en ijsvisbloed

Ijsvis *chionodracorastrospinosus*

de 'hematocriet' ongeveer 45% terwijl Antarctische vissen het tot 15% verlaagden. Maar onze ijsvis trok dat tot het extreme door en elimineerde zijn hele bestand rode bloedcellen. Met die erythrocyten verdween ook alle hemoglobine uit zijn lichaam en werd de genetische code ervoor obsoleet. Het bloed van de ijsvis bevat slechts 1% cellen, allemaal witte bloedcellen. Het rode bloed werd zo kleurloos als water.

Het spreekt vanzelf dat de ijsvis een breed gamma compenserende maatregelen heeft moeten ontwikkelen om zonder het zuurstofdragend hemoglobine in leven te blijven. Gelukkig heeft koud water een grotere oplosbaarheid voor zuurstof dan warm water. De koude oceaan rond Antarctica is bijzonder zuurstofrijk. Dus kwam het erop aan om zoveel mogelijk zuurstof rechtstreeks uit het water op te nemen. Vandaar zijn vrij groot kieuwoppervlak en zijn dunne schubbenloze huid. Onder dat vel ligt een groot vertakkend netwerk van uitzonderlijk brede capillairen die ook veel zuurstof kunnen opnemen. Het schubbenloos vel maakt de vis bovendien min of meer transparant.

Door de dunne schedelhuid kan men bijvoorbeeld de hersenen zien liggen en zelfs het verloop van de oogzenuwen. Verdere adaptaties om het gemis aan rode bloedcellen te compenseren zijn een relatief groot hart, een vrij groot

bloedvolume en een wat lager basaal metabolisme. De ijsvis moet zich dus tevreden stellen met een wat minder vinnig leven.

Antivries

Op winterse dagen doen automobilisten antivries in de wagen om het water in de motor en de radiator niet te laten bevriezen. Ook de ijsvis kan niet zonder antivries-proteïnen. Omdat gewone vissen geen antivries bezitten moet de ijsvis in de loop van zijn evolutie ergens dat antivries-proteïne 'uitgevonden' hebben. Maar hoe? Dat ontdekten Arthur DeVries (nou ja) en zijn collega's van de universiteit van Illinois rond 1960. In plaats van het antivries van nul af aan te maken (een gloednieuw proteïne te ontwerpen) heeft de ijsvis een bestaand verteilingsproteïne simpelweg verbouwd tot antivries. Het is een mooi voorbeeld van hoe de Darwinistische evolutie werkt via DNA-mutaties en 'trial and error' met zijn genetisch materiaal.

Dat is zondermeer een sterk staaltje engineering. Op winterse dagen nemen wij allerlei maatregelen om de wagen tegen de kou te beschermen. Maar de ijsvis heeft het voor elkaar gekregen zijn organisme te veranderen 'terwijl die wagen aan het rijden was'. Hij vond een nieuw antivries uit, verwisselde de olie (bloed) door iets minder viskeus, vergrootte de benzinepomp (hart) en gooide onderweg een paar onderdelen

overboord. Zelfs belangrijke onderdelen (zoals hemoglobine) die in iedere gewone vis voorhanden waren in de vorige 500 miljoen jaren.

Enkele ijsvissen hebben zelfs nog meer onderdelen weggegooid, zoals het myoglobine. Dit is ook een zuurstofbindend proteïne dat in de spieren aanwezig is en ter plaatse voor zuurstof zorgt bij inspanning. Of bij de hartslag. Vandaar dat de hartspier van ijsvissen zo krijtwit is in plaats van rozerood bij andere vertebraten. DNA-analyse toont ook hier aan dat de genetische code voor het myoglobine gemuteerd is en obsoleet.

Conclusie

De ijsvis heeft het voor elkaar gekregen om tijdens zijn evolutie (en al zwemmend) zijn organisme aan te passen aan de sterk veranderende leefomstandigheden. Zo toont hij aan dat, als een species een weg vindt om daarin te overleven, er genen geboren worden en genen afsterven. En van die wonderbare evolutie is het DNA de forensische getuigenis. ■

Dr. Johan Van Robays

Patholoog-anatoom



NIEUWE ZOL ARTSEN

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



DR. HELEEN CYPERS
Reumatologie

Dr. Heleen Cypers behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2010. Haar specialisatie interne geneeskunde volgde ze in AZ Damiaan Oostende en AZ Sint-Lucas Gent (2010-2012). Haar verdere specialisatie reumatologie volmaakte ze in UZ Gent (2016-2018).

Daarnaast promoveerde dr. Cypers in 2016 aan de Universiteit Gent met het doctoraatsonderzoek 'De rol van darmontsteking bij het ontstaan, de opvolging en de uitkomst van spondyloarthritis' onder leiding van prof. dr. Elewaut en prof. dr. Filip Van den Bosch.

Dr. Cypers werkte tot 2020 als reumatoloog in GZA Sint-Augustinus en Sint-Vincentius, Antwerpen. In ZOL is ze actief op de dienst Reumatologie. Ze legt zich toe op algemene reumatologie en heeft een bijzondere interesse in chronische inflammatoire artritis zoals reumatoïde artritis, spondyloarthritis en psoriasisarthritis.



DR. WOUTER HEMELEERS
medische beeldvorming

Dr. Wouter Hemeleers behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2016. Zijn specialistenopleiding radiologie volgde hij in ZOL Genk en UZ Leuven (2016-2021). In 2020 behaalde hij het European Diploma in Radiology (EDiR).

In ZOL is dr. Hemeleers actief op de dienst Medische Beeldvorming. Hij heeft bijzondere interesse in abdominale, musculoskeletale en cardiovasculaire radiologie.

Dr. Hemeleers werkt ook in het Heilig Hartziekenhuis, Mol.



DR. THIBAUT PETIT
Cardiologie

Dr. Thibault Petit behaalde zijn diploma geneeskunde in 2011, met grote onderscheiding. Zijn specialistenopleiding inwendige geneeskunde volgde hij in AZ Groeninge Kortrijk en ZOL Genk (2011-2013), waarna hij zijn opleiding Cardiologie volbracht in UZ Leuven en ZOL Genk (2015-2018).

Van 2013 tot 2015 deed dr. Petit wetenschappelijk onderzoek rond inspanningsfysiologie bij hartfalen met bewaarde ejectiefraction, onder leiding van prof. dr. Janssens voor het departement Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven.

Dr. Petit werkte als fellow hartfalen/cardiale revalidatie in het Jessaziekenhuis, Hasselt (2018-2019) en als fellow congenitale cardiologie bij volwassenen in de Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, Verenigd Koninkrijk (2020-2021).

In ZOL werkt dr. Petit op de afdeling Cardiologie. Zijn bijzondere interesse gaat uit naar de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met aangeboren hartaandoeningen.

Dr. Petit werkt ook drie halve dagen per week op de dienst 'Congenitale en Structurele Cardiologie voor volwassenen' in UZ Leuven.





DR. BRAM SCIOT

Hematologie

Dr. Bram Sciot behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2015. Zijn specialistenopleiding interne geneeskunde volgde hij in UZ Leuven, ZNA Stuivenberg Antwerpen en AZ Sint-Dimpna Geel (2015-2019). Zijn verdere specialisatie hematologie volmaakte hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Peter Vandenberghe (2019-2021).

In ZOL werkt dr. Sciot op de dienst Hematologie. Hij zal zich voornamelijk toeleveren op de diagnostiek en behandeling van lymfomen, multipel myeloom en stollings- en hemostaseproblemen.

Dr. Sciot is ook actief in het Jessa Ziekenhuis, Hasselt.



PROF. DR. BEN SPRANGERS

nefrologie

Prof. dr. Ben Sprangers behaalde zijn artsdiploma in 2001 aan de KU Leuven. De specialistenopleiding interne geneeskunde en nefrologie voltooide hij aan de KU Leuven. Zijn promotieonderzoek deed prof. Sprangers in het laboratorium voor experimentele transplantatie (Biomedische Wetenschappen KU Leuven, 2010, onder leiding van prof. dr. An Billiau en prof. dr. Mark Waer). In 2008-2009 was hij doctoraal klinisch onderzoeker aan het Columbia Center for Glomerular Diseases (prof. Jerry Appel) en van 2010-2012 postdoctoraal onderzoekswetenschapper aan het Columbia Center for Translational Immunology (prof. Megan Sykes). In juli 2012 werd prof. dr. Sprangers klinisch stafid van de afdeling nefrologie en klinisch onderzoeker in het laboratorium voor moleculaire immunologie in de KU Leuven.

Prof. Sprangers behaalde de masteropleiding 'Ziekenhuisbeleid en -management' (KU Leuven, 2005) en de 'Master in Public Health' (London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK, 2014). Vervolgens behaalde hij de 'TRIUM Executive MBA' (London School of Economics, New York University and HEC Paris, 2016) en volgde hij de opleiding 'Management en leadership voor Artsen' (KU Leuven en UGent; 2021).

In ZOL zal prof. dr. Sprangers actief zijn op de dienst Nefrologie vanaf zomer 2022. Zijn bijzondere interesses zijn glomerulonefritis, systeemziekten en niertransplantatie.

MET PENSIOEN



DR. GRIET VERMEULEN
anesthesie

Dr. Griet Vermeulen behaalde haar diploma geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel in 2012. Haar specialistenopleiding anesthesie volgde ze in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen onder leiding van prof. dr. Marcel Vercauteren. Aansluitend behaalde ze een bijzondere beroepsbekwaamheid Intensieve Zorgen. Parallel volgde dr. Vermeulen de opleiding militaire geneeskunde.

Dr. Vermeulen is actief als militair anesthesist en intensivist in het brandwondecentrum van het Militair Hospitaal Koningin Astrid in Neder-Over-Heembeek. Ook wordt ze ingezet voor extra-territoriale activiteiten, voornamelijk gekaderd binnen het Special Operations Surgical Team. Als adviserend, militair arts is dr. Vermeulen actief voor het Special Operation Regiment, voornamelijk binnen de Special Forces Group.

Dr. Vermeulen heeft de graad van Medisch Commandant.

In ZOL is dr. Vermeulen actief op de dienst Intensieve Zorgen, in het Operatiekwartier en op de opnameraadpleging Anesthesie.



DR. LILIANE KERKHOFS
dermatoloog

Na haar studies geneeskunde aan de KU Leuven van 1969 tot 1976 volgde dr. Liliane Kerkhofs haar opleiding tot dermatoloog in het UZ Leuven van 1976 tot 1981 op de dienst van prof. dr. Hugo Degreef.

Sinds 1982 werkt ze als dermatoloog in een privépraktijk in Genk en sinds 1984 verbonden aan het André Dumont ziekenhuis in Waterschei, dat in 1998 samen met het Sint-Jansziekenhuis en het Sint-Barbara ziekenhuis opgenomen werd in het Ziekenhuis Oost-Limburg.

Dr. Kerkhofs koos van in het begin voor een samenwerkingsverband met collegae dermatologen om de dienst op de verschillende campussen mogelijk te maken en te diversifiëren. Sinds 2003 is haar raadpleging in het ziekenhuis verhuisd van campus André-Dumont naar campus Sint-Jan. Zij was jarenlang diensthoofd en gaf in 2015 de fakkel door aan collega dr. An Vandepitte.

Dr. Kerkhofs heeft aandacht voor een brede waaier van de klinische dermatologie met bijzondere interesse voor contactallergie, dermatologische heelkunde (goed- en kwaadaardige huidtumoren) en wondzorg.

Haar patiënten en collega's kennen haar als een warme, betrokken, precieze en competente persoon en wensen haar van harte het allerbeste toe en danken haar "voor 40 jaar topdermatologie".

Dr. Ombelet gehuldigd als erelid van de BSRM

Op het 46ste congres van de Belgian Society of Reproductive Medicine (BSRM) in La Hulpe op 26 november, werd IVF-arts dr. Willem Ombelet gehuldigd als erelid van deze vereniging.

In een inleidende speech schetste zijn collega dr. Rudi Campo op een overzichtelijke manier de carrière van dr. Ombelet en zijn impact op het (inter)nationale infertiliteitsgebeuren.

In zijn voordracht gaf dr. Ombelet een overzicht van het verleden, het heden en zijn visie op de toekomst van de reproductieve geneeskunde. Cruciaal in zijn lezing was de aandacht voor het vermijden van complicaties, inclusief meerlingen, het niet te snel gebruiken van IVF en aanverwante technieken en

het waarborgen van de toegankelijkheid. "Infertiliteitsbehandelingen moeten veilig en betaalbaar blijven. We moeten ons hoeden voor commercialisatie waarbij de patiënt en/of het koppel de speelbal wordt van een toenemende agressiviteit waarmee medische en niet-medische onbewezen technieken en behandelingen via sociale media schaamteloos worden aangeprezen."

Tot slot benadrukte dr. Ombelet dat slechts een klein percentage van de wereldbevolking toegang heeft tot fertiliteitstechnieken. "We moeten blijven streven naar goedkopere, effectieve en veilige methodes, zowel wat betreft diagnose als behandeling, gekoppeld aan een effectieve familieplanning en betere moederzorg". ■



Dr. Willem Ombelet en dr. Rudi Campo

Save the dates

**SYMPOSIA
2022 | 23**

SYMPOSIUM RESPIRATOIRE REVALIDATIE

Datum: zaterdag, 19 maart 2022 – 08.30 tot 12.30 uur

Locatie: Genk, Thorpark

SYMPOSIUM CARDIOLOGIE 2022

Datum: zaterdag, 26 maart 2022 – 9 tot 12.30 uur

Locatie: Genk, Thorpark

URGENTIESYMPOSIUM | RAMPEN VEREISEN DISCIPLINE(S)

Datum: dinsdag, 29 maart 2022 - 18 tot 21.30 uur

Locatie: Nog niet gekend

VOORSTELLING GENDERKLINIEK ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG

Datum: zaterdag, 7 mei 2022 - 9 tot 12 uur

Locatie: ZOL, Sint-Jan, Aula (G -1.10)

Meer info: www.zol.be/professionals/symposia

Save the dates

Meer info: www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad

WETENSCHAPPELIJKE RAAD
PROGRAMMA
2022 | 23

De lezingen vinden plaats in de aula van ZOL,
campus Sint-Jan Genk, tenzij anders vermeld.

Alle lezingen die in de aula van ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden. Meer info en de registratie-link vindt u op www.zol.be in de rubriek 'professionals/wetenschappelijke raad'.

Woensdag 16 februari 2022	MIC – NIC symposium 19 - 21.30 uur <i>Inhoudelijk coördinatoren: dr. C. Van Holsbeke (Gynaecologie - Verloskunde ZOL) en dr. C. Theyskens (Neonatologie ZOL)</i>
Donderdag 24 februari 2022	Multidisciplinaire aanpak in het slaapcentrum: what's in a name? 20.30 - 22.30 uur <i>Inhoudelijk coördinator: dr. S. Klerkx (Pneumologie ZOL)</i>
Zaterdag 19 maart 2022	ENDOCRINO@ZOL 2022: 'Endocrinologie in beweging' Locatie: Thor Central / Thorpark Genk 19 - 21.30 uur <i>Inhoudelijk coördinator dr. Y. Kockaerts (Endocrinologie ZOL)</i>
Donderdag 28 april 2022	Preventie van vasculaire aandoeningen en screening 20.30 - 22.30 uur <i>Inhoudelijk coördinator: dr. G. Lauwers (Thoracovasculaire heelkunde ZOL)</i>
Donderdag 19 mei 2022	Hoofd en aangezichtspijn... Breinbrekers? 20.30 - 22.30 uur <i>Inhoudelijk coördinator: dr. K. Buyse (Anesthesie – Pijntherapie ZOL)</i>
Donderdag 23 juni 2022	Penicilline allergie en het belang van een correcte diagnose en aanpak 20.30 - 22.30 <i>Inhoudelijk coördinator: dr. N. Czech (Geriatric ZOL)</i>

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** Jurgen Ritzen, dr. Johan Van Robays, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Derize Boshoff, dr. Thibault Petit, apr. biol. Baptist Declerck, dr. Joris Duerinckx. ■ **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 ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Michiel Malchair, Luc Borgers, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Imapictures, Dissectiekamer: @PhotoStraka ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, 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 20 nr. 82 • januari • februari • maart • 2022



Partners in zorg

In ZOL is een 'gentle sectio' de standaard procedure voor alle keizersnedes, behalve bij urgenties of complicaties. "Hierbij willen we de natuurlijke bevalling zoveel als mogelijk nabootsen en ruim contact toelaten tussen de ouders en hun baby. We vinden het heel belangrijk dat koppels samen kunnen genieten van de geboorte van hun kindje. De partner blijft gedurende het hele traject aanwezig", verduidelijkt gynaecoloog dr. Caroline Van Holsbeke.

"Vroeger werd de buik van de moeder afgeschermd met een groene operatiedoek. Bij een 'gentle sectio' zetten we hier ook plastic voor. We halen het groene doek weg van zodra de

baby geboren wordt zodat de ouders alles kunnen meevolgen. We laten de geboorte ook niet te snel gaan om de baby de tijd te geven om zich aan te passen aan leven buiten de baarmoeder en om zijn bloedsomloop en ademhaling rustig op gang te laten komen. Nadien wordt de baby in dezelfde ruimte door de kinderarts nagekeken en wordt huid op huid contact met de ouders mogelijk gemaakt. Dit is immers belangrijk voor een goede hechting. Intussen kan de baby op zoek gaan naar de eerste borstvoeding."

Het zontje van Angela Manuelli en haar partner werd zopas geboren via een 'gentle sectio'. "Vooraf heeft dr. Van Holsbeke ons foto's laten zien van een

Bekijk hier de video over 'gentle sectio'



'gentle sectio' en uitleg gegeven over het verloop, wat heel geruststellend was en onze stress voor de ingreep wegnam. Alleen voor de ruggenprik was ik wat bang."

"Wij vonden het heel speciaal dat we ons baby'tje tijdens de keizersnede zagen geboren worden. Ik kan moeilijk beschrijven wat dit met je doet. Mijn eerste kindje is geboren met een spoedkeizersnede na 24 uur arbeid. Dat heeft voor lange tijd een grote impact op mij gehad. De 'gentle sectio' daarentegen hebben mijn partner en ik op een rustige en zeer aangename manier ervaren, wat naar mijn gevoel zeker ook goed is voor de baby-moeder relatie." ■