

HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • juni 2018

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienens vzw

V.U.: dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

**Voorkeurslocatie
nieuwe
ziekenhuiscampus
bekend**

pag. 4-5

**Zorgaanbod
plastische
heelkunde**

pag. 6

**Re-Fit na
borstkanker**

pag. 7

**Transmuraal
zorgpad
rugpijn**

pag. 12-13

Inhoud

- 4-5** Oostelijke groene site is voorkeurslocatie voor nieuwe ziekenhuiscampus Tienen
- 6** Chirurgisch herstel en reconstructie bij uiteenlopende pathologie
- 7** Re-Fit na borstkanker
- 8-9** Start Vesalius PET-CT-centrum in Bonheiden
- 10** Kan KIK de standaard worden voor ongecompliceerde bevallingen?
- 11** Opvolging bariatrische patiënt met diabetes
- 12-13** Evidence based aanpak van de zorg voor rugaandoeningen
- 14-15** Endovasculaire techniek ter behandeling van aneurysmata
- 15** Oproepnummer 1733 voor arts met wachtdienst
- 16-17** Kort Nieuws
- 18** Wetenschappelijke publicaties
- 24** Nieuwe artsen

COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofredactie: dr. Ann Cornelis

Eindredactie: Karla Venken

Redactieraad:

dr. Ann Cornelis - dr. Luc Belmans -
dr. Philippe Borreman - dr. Hans
Struyven - dr. Frederik Temmerman -
Karla Venken

Vormgeving: Liebens Reclame

Foto's: Heidi Rombouts, Shutterstock

Druk: Drukkerij Trudo

Verantwoordelijke uitgever:

dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 -
3300 Tienen

Redactieadres:

hartslag@rztienen.be



Dr. Luc Belmans

hoofdarts

Veelbelovend 2018

“Zijn de ziekenhuizen ziek?” is een van de krantenkoppen die krachtig samenvat waar de sector momenteel mee kampt. Burn-out bij ziekenhuismedewerkers is een gegeven dat we niet naast ons kunnen neerleggen. Af en toe wordt zelfs het woord epidemie in de mond genomen. Het tekort aan verpleegkundigen stelt de consequenties alleen maar scherper. Ondanks de grote accreditatiegolf zijn er signalen dat de kwaliteit van zorg eronder lijdt. Nu benoemt men het als *collateral damage* van de besparingen in de zorgsector. Hoge kwaliteitseisen, minder zorgverleners en meer patiënten: hoe lang zullen we nog spreken van een evenwicht? Met doemdenken lost deze immense uitdaging zich natuurlijk niet op. Op korte termijn zijn er twee evoluties die de nood kunnen lenigen: samenwerking en verdere informatisering. RZ Heilig Hart Tienen zet in op beide.

Het ziekenhuisnetwerk Oost-Vlaams-Brabant verzamelde zijn gelederen op 24 februari 2018 voor het eerste netwerksymposium. Bestuursleden, directies, artsen en diensthoofden van de vier ziekenhuizen werden uitgenodigd om kennis te nemen van het meest recente gedachtengoed rond onze netwerkvorming. Naast een uiteenzetting over de do's en dont's bij het vormen van netwerken gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en buitenlandse ervaringen, werd de meerwaarde van ziekenhuisnetwerken toegelicht vanuit het standpunt van verschillende stakeholders.

Gebruik van eenzelfde elektronisch patiëntendossier is een voorwaarde om succesvol samen te werken in netwerkverband en komt de patiënt ten goede. Dit ligt dan ook mee aan de basis van onze beslissing om na bijna twintig jaar af te stappen van het eigen ontwikkelde EPD en over te gaan naar het Nexuzhealth-platform dat door de ons omringende ziekenhuizen wordt gebruikt.

Door netwerking kunnen we ons zorgaanbod verder uitbreiden. In samenwerking met UZ Leuven organiseren we raadplegingen hematologie in Tienen. Zoals u verder in deze Hartslag kunt lezen, is ook een samenwerking opgezet voor raadplegingen en ingrepen plastische heelkunde, zowel in Tienen als in Aarschot. Een doelstelling is om reconstructieve borstchirurgie te kunnen aanbieden, een essentieel onderdeel van het zorgprogramma borstkanker. In dit nummer kunt u ook kennismaken met het herstelprogramma voor borstkankerpatiënten.

Ook buiten het Oost-Vlaams-Brabantse netwerk worden duurzame samenwerkingsverbanden gesmeed die meerwaarde creëren voor onze patiënten. Onder de vleugels van het Vesalius Oncologisch Netwerk, waartoe ook RZ Tienen behoort, is er eind vorig jaar een PET-CT geïnstalleerd in het Imeldaziekenhuis van Bonheiden. Onze twee nuclearisten en een radioloog dragen hieraan bij zodat we dit onderzoek aan ons diagnostisch aanbod kunnen toevoegen.

In dit nummer ook twee mooie voorbeelden van sterkere transmurale samenwerking met de eerste lijn: de projecten Kort in Kraamkliniek (KIK) en het centrale oproepnummer 1733 voor medische hulp. En ook binnen onze muren wordt constructief en multidisciplinair samengewerkt voor betere zorg, zoals de nieuwe opvolgraadpleging voor bariatrische patiënten met diabetes illustreert.

Het voorjaar bracht voor ons ziekenhuis ook het vooruitzicht op een nieuwe grote 'werf', na ons accrediteringstraject van de voorbije jaren. Zoals u al in de pers kon vernemen, is de voorkeurslocatie voor onze nieuwe campus bekend. Een toelichting bij dit locatieonderzoek wilden we u niet onthouden.

HEBT U VRAGEN OF OPMERKINGEN?

Uw suggesties of vragen aan het ziekenhuis, en opmerkingen over een hospitalisatie of ander patiëntencontact, zijn welkom op het e-mailadres huisarts@drztienen.be.



Dr. Hans Struyven

algemeen directeur

Oostelijke groene site is voorkeurslocatie voor nieuwe ziekenhuiscampus Tienen

De Stad Tienen en de Provincie Vlaams-Brabant hebben zich in het voorjaar uitgesproken over een geschikte locatie voor een nieuwe ziekenhuiscampus in Tienen. Een terrein gelegen aan de oostkant van de Tiense vesten is na de studie van het bureau BUUR door provincie, stad en ziekenhuis als voorkeurslocatie aangeduid.

In het traject naar een nieuw ziekenhuis is het bepalen van een locatie uiteraard een essentieel element. Hoofdrospelers bij deze zoektocht zijn de Provincie Vlaams-Brabant en de Stad Tienen. Zij sloten op 26 september 2016 een samenwerkingsovereenkomst voor een dienstenopdracht voor ontwerpend onderzoek naar een locatie voor het nieuwe ziekenhuis. Er werd een onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking gestart en vijf stedenbouwkundige bureaus werden aangeschreven. Op 21 maart 2017 werd de opdracht aan het Leuvense stedenbouwkundig bureau BUUR toegekend.

VIER MOGELIJKE SITES

In het onderzoek werden vier locaties in Tienen geëvalueerd: een site aan de Westelijke Ring, de huidige Campus St.-Jan van RZ Heilig Hart Tienen, de stationsomgeving ten zuiden van de sporen en een site aan de oostkant van de vesten, grenzend aan de Feed Food Health-campus ('de boomgaard'). Deze sites waren voorafgaand geselecteerd door de Stad Tienen en de Provincie Vlaams-Brabant op basis van voorgaande onderzoeken, zoals het 'Herlocalisatieonderzoek Regionaal

Ziekenhuis Heilig Hart Tienen' uit 2012, en van inzichten uit studies zoals 'Stadskernversterking Tienen' van BUUR en Value Partners uit 2016.

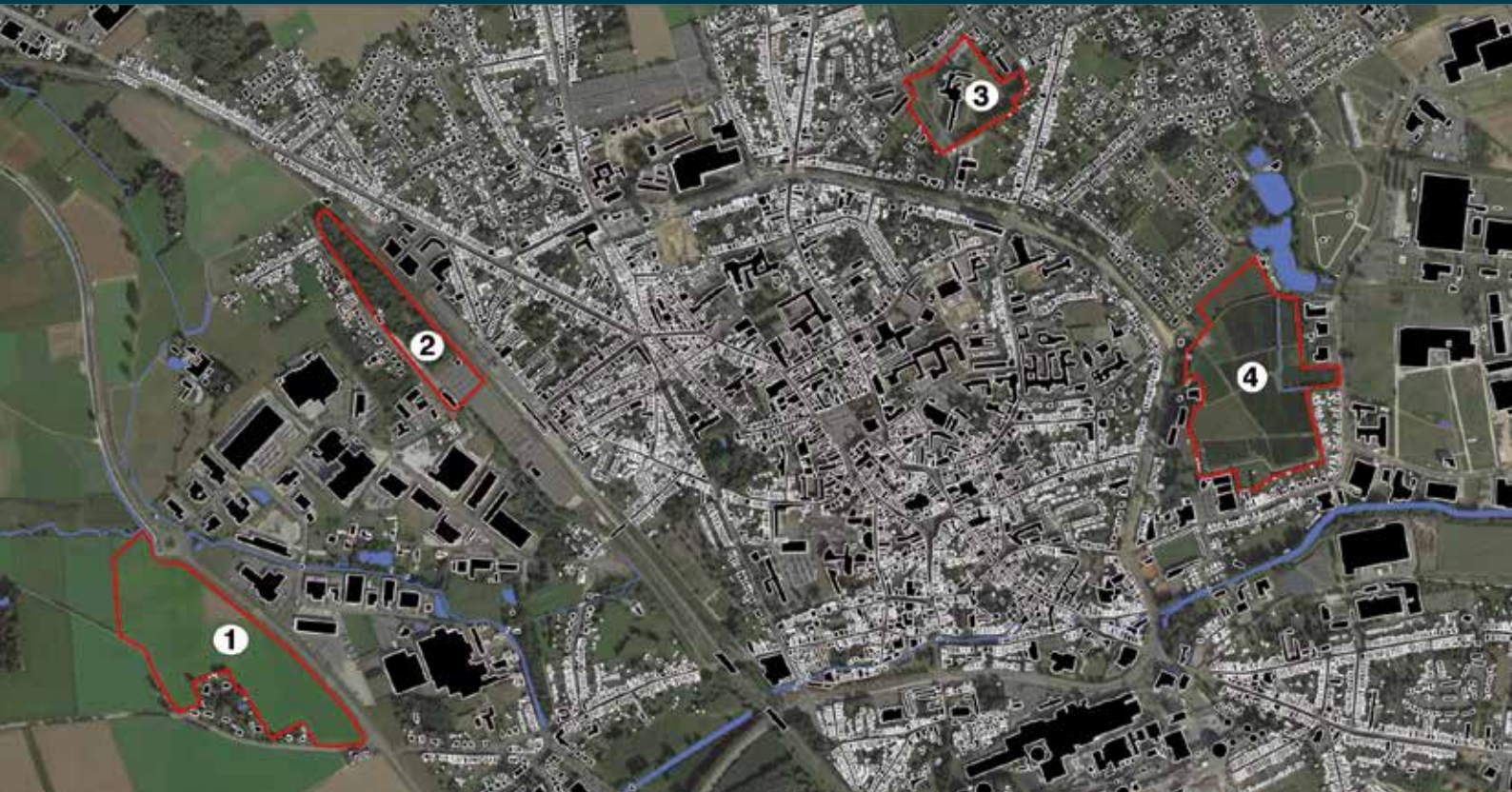
Het zijn vier (rand)stedelijke sites met voldoende relatie tot de stadskern. Dit is belangrijk omdat het regionaal opererende ziekenhuis altijd al een belangrijke rol gespeeld heeft als aantrekkingspool voor bezoekers naar de stadskern, maar ook vanuit mobiliteitsoogpunt (nabijheid voor patiënten en bezoekers uit het centrum, bereikbaarheid met het openbaar vervoer).

STRATEGISCH EN GROEN

In zijn multicriteria-analyse evalueerde het studiebureau BUUR drie grote blokken: werking ziekenhuis, ontwikkelingsproces en relatie met de omgeving. De site aan de Feed Food Health-campus (FFH) werd als voorkeurslocatie gekozen, maar uit de studie blijkt dat andere sites een mogelijk alternatief blijven.

De inplanting van het nieuwe ziekenhuis op de site FFH combineert een strategische ligging langsheen de nieuwe groene oostwestas van de





Sites die in de studie werden opgenomen:

1. Westelijke Ring, 2. stationsomgeving, 3. Campus St.-Jan, 4. Feed Food Health-campus



De voorkeurslocatie combineert een strategische ligging langs de nieuwe groene oostwestas van de Tiense stadskernversterking met de nabijheid van een *healing environment*: het groene recreatiedomein Viander en de aangrenzende boomgaard.

stadskernversterking van Tienen met de aanwezigheid van een prachtige *healing environment* door de ligging onmiddellijk langs de groene omgeving van het recreatiedomein Viander en de boomgaard. Het ziekenhuis kan hierbij uitgebouwd worden als een stapsteen tussen de stadskern van Tienen en de Feed Food Health-campus.

VERVOLGTRAJECT

Een vervolgtraject moet de haalbaarheid en ontwikkelingskansen van deze site verder onderzoeken. Dit traject heeft als doel om het planningsproces en alle stakeholders in kaart te brengen en concrete stappen te zetten om de ontwikkeling van het ziekenhuis daadwerkelijk mogelijk te maken.

Met de eigenaars van de gronden wordt overleg gestart ter voorbereiding van verwerving van de gronden. Verder onderzoek naar de waterproblematiek op deze site wordt gepland in overleg met Aquafin, Infrac, stad en provincie. Studie van de mobiliteit, met

mogelijkheden van openbaar vervoer naar de nieuwe ziekenhuiscampus en ontsluiting voor auto- en vrachtverkeer, verloopt in samenwerking met de Vlaamse diensten Mobiliteit en Openbare Werken en Agentschap Wegen en Verkeer. Uiteraard volgt ook uitvoerig contact en communicatie met de omwonenden.

In tweede instantie zijn dan het milieueffectenrapport (MER) en een aanpassing van het ruimtelijk uitvoeringsplan (RUP) aan de orde. Zo hopen we de site eind 2020 bouwklaar te hebben met alle vergunningen.

REGIONALE ZORGSTRATEGIE

Ondertussen werken de vier ziekenhuizen van het netwerk Oost-Vlaams-Brabant verder aan de optimale zorgplanning voor de regio in een gezamenlijk regionaal zorgstrategisch plan. De invulling van het nieuwbouwziekenhuis in Tienen maakt onderdeel uit van dit plan.



Dr. Thomas Nevens

Chirurgisch herstel en reconstructie bij uiteenlopende pathologie

Sinds kort biedt RZ Heilig Hart Tienen opnieuw raadplegingen plastische heelkunde aan in zijn medische centra in Tienen en Aarschot. Meteen wordt ook een breed gamma aan chirurgische behandelingen in huis mogelijk.

RZ Heilig Hart Tienen sloot najaar 2017 een overeenkomst met UZ Leuven voor samenwerking op het vlak van plastische heelkunde. Naast medisch staf lid Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde in UZ Leuven is dr. Thomas Nevens sinds januari ook verbonden arts in het Tiense ziekenhuis.

'THUIS' IN HELE LICHAAM

Plastische en reconstructieve chirurgie is een discipline die zijn wortels heeft in de oudheid. Majeure ontwikkelingen ontstonden echter pas naar aanleiding van beide wereldoorlogen, waar heel wat militairen vaak zeer mutilerende verwondingen opliepen die chirurgisch herstel vereisten. Als plastisch chirurg hoor je op vele plaatsen in het lichaam 'thuis' te zijn. Zo staan we bijvoorbeeld in voor behandelingen van uitgebreide wonden in zowel het hoofdhalsg gebied als aan de borst en de onderbenen.

Hierbij werken we met veel verschillende disciplines samen: met de gynaecologen voor borstreconstructies, met orthopedisten voor weke-delenchirurgie van de onderste ledematen na bijvoorbeeld zware ongevallen of infecties, maar evengoed met de neus-keel-oorartsen of de mond-kaak-aangezichtschirurgen voor aangezichtsreconstructies. Deze multidisciplinaire samenwerking maakt ons werk erg boeiend en divers.

BORSTRECONSTRUCTIE MET EIGEN WEEFSEL

Op de dienst Plastische Heelkunde



in Tienen kunnen patiënten dan ook voor uiteenlopende pathologie terecht. Het doel is om een breed gamma aan behandelingen aan te bieden die voorheen nog niet beschikbaar waren in RZ Tienen. Borstchirurgie wordt gepland in nauwe samenwerking met de dienst Gynaecologie. Hierbij staan wij in voor borstreconstructies met eigen weefsel of met een prothese na borstkanker, alsook de esthetische borstchirurgie (borstverkleining, borstvergroting of borstliftning).

Verder helpen wij ook vaak patiënten na bariatrische heelkunde voor de

zogenaamde *body contouring* ingrepen, als oplossing voor een overschot aan laxe huid. Voorbeelden hiervan zijn een buikwandcorrectie en arm- of dijlift. Daarnaast is er het chirurgisch herstel na een behandeling van huidkanker, zeker wanneer dit in het aangezicht voorkomt en er een lokale weefselplastie nodig is.

Patiënten kunnen tot slot ook bij ons terecht voor de correctie van afstaande oren (otoplastie) en esthetische behandelingen van het aangezicht zoals een ooglidcorrectie, facelift en behandelingen met Botox® of filler.

Re-Fit na borstkanker

RZ Heilig Hart Tienen is van start gegaan met een specifiek revalidatieprogramma voor vrouwen in de herstelperiode na borstkanker. Het fitness- en bewegingsprogramma kwam er op vraag van de artsen fysische geneeskunde en de gynaecologen, om de levenskwaliteit van deze patiëntengroep na behandeling te verbeteren.

Het voornaamste doel is een positieve invloed uit te oefenen op de gezondheid en te komen tot een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Na het voltooien van de kankerbehandeling (bestraling, chemotherapie) is het voor veel borstkankerpatiënten moeilijk om een nieuw evenwicht te vinden in hun leven. We sporen hen via het Re-Fitprogramma aan te bewegen en actief te zijn. Hierdoor voelen mensen zich sneller beter en hebben ze meer energie om hun leven weer op te pikken. Bijkomend voordeel is het contact met andere borstkankerpatiënten na hun behandeling.

WAT IS HET RE-FIT PROGRAMMA?

Het programma loopt over een periode van ongeveer vier maanden. De trainingssessies gebeuren twee maal per week in groep, op dinsdag en donderdag. Elke sessie start met een opwarming van alle spiergroepen. Nadien wordt er getraind op toestellen en met gewichtjes. Ook buikspieroefeningen, ademhalings-oefeningen en evenwichtsoefeningen komen regelmatig aan bod. Om af te ronden wordt er gewerkt op stretching.

Het programma is zo opgebouwd dat elke deelnemer op haar eigen tempo en niveau kan oefenen. Op elk moment kunnen er nieuwe patiënten bij de groep aansluiten. De patiënt moet vooraf op afspraak gaan bij de arts fysische geneeskunde. Die beoordeelt of de patiënt in aanmerking komt voor het oefenprogramma en volgt het medisch dossier op. Onze kinesitherapeuten begeleiden alle trainingen.

Naast het verbeteren van de fysieke uithouding en de positieve effecten van

de groepsbeleving, heeft het Re-Fit oefenprogramma ook een gunstig effect op vermoeidheid en futloosheid.

STRIJD TEGEN BIJWERKINGEN

Veel mensen hebben na de behandeling moeite om hun leven weer op te pakken. Ook het nemen van antihormonale therapie kan voor bijwerkingen zorgen. Zo zien we vooral gewrichtskrampen, vapers en vermoeidheid, maar soms kan dit ook gepaard gaan met depressieve gevoelens en problemen in de relatie en rond seksualiteit. In de toekomst zal er voor deze problemen extra aandacht zijn. Er zullen lezingen en interactieve sessies georganiseerd worden, waarbij ook het psychosociale luik aan bod komt.

Door het Re-Fit programma worden patiënten geholpen om hun lichaam en geest opnieuw beter te leren aanvoelen en zo de strijd tegen de bijwerkingen aan te gaan. Dit zal leiden tot een betere levenskwaliteit.



Dr. Lotte Claes

gynaecoloog



Kristel Theys

kinesitherapeut





Dr. Raf Verscuren

diensthofd,
PET-consulent UZ Leuven

Start Vesalius PET-CT-centrum in Bonheiden

Het oncologisch netwerk Vesalius heeft een tweede PET-CT-centrum geopend, in Bonheiden. Zo kan een vlotte toegang tot deze diagnostische techniek zonder lange wachtlijsten gegarandeerd blijven voor de kankerpatiënten in onze zorgregio's. Onze dienst Nucleaire Geneeskunde was nauw betrokken bij de voorbereidingen.



Dr. Lieselot Brepoels

Naast de regionale ziekenhuisnetwerken die stilaan vorm krijgen, zijn er ook supraregionale samenwerkingen tussen ziekenhuizen. Een voorbeeld hiervan is het Vesalius Oncologisch Netwerk. Daarin werken acht ziekenhuizen samen aan uniforme kwaliteitsstandaarden voor de oncologische zorg: UZ Leuven, Heilig Hart Leuven, RZ Heilig Hart Tienen, AZ Diest, AZ Jan Portaels (Vilvoorde), AZ Sint-Maarten (Mechelen), Imeldaziekenhuis (Bonheiden) en H.-Hartziekenhuis Lier. Om aan de diagnostische zorgvraag in deze ruime regio te kunnen voldoen, werd naast het PET-CT-centrum van UZ Leuven recent een tweede PET-CT-centrum geopend met standplaats in Bonheiden. Nuclearisten en radiologen van de deelnemende ziekenhuizen verzorgen mee de medische omkadering in dit nieuwe centrum.

APARTE ENTITEIT

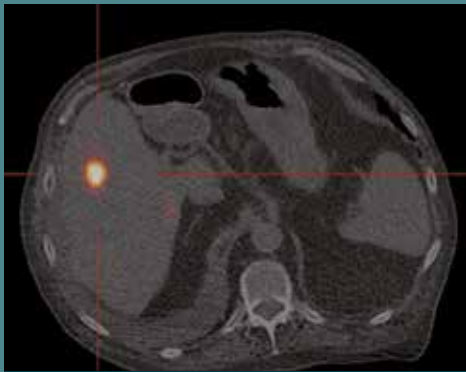
Een nieuw PET-CT-centrum opstarten in een regionaal ziekenhuis bleek geen sinecure. Het betreft immers een totaal nieuw soort afdeling, waarmee voorheen nog geen ervaring was. De voorbereiding heeft meerdere jaren geduurd, niet het minst door de langdurige erkennings- en vergunningsprocedure bij de overheid. Daarnaast moesten er veel technische en praktische aspecten

worden aangepakt en de samenwerking met alle partners gestroomlijnd.

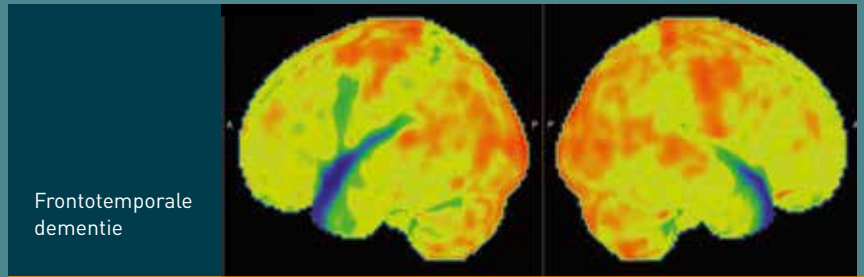
In januari 2018 kon het PET-CT-centrum in Bonheiden officieel zijn deuren openen. De afdeling is gehuisvest in een apart gebouw met een aparte ingang en parking op de site van het Imeldaziekenhuis. Zo is het ook vlot toegankelijk voor patiënten die niet met het ziekenhuis vertrouwd zijn. Voor de PET-CT-scanner zelf werd geïnvesteerd in een topmodel van de firma Siemens met state-of-the-art-PET-detectoren en een snelle hogekwaliteits-CT-scanner. Hierdoor kunnen de scantijd van het onderzoek en de stralingsdosis voor de patiënt gevoelig worden ingeperkt.

ONCOLOGISCHE INDICATIES

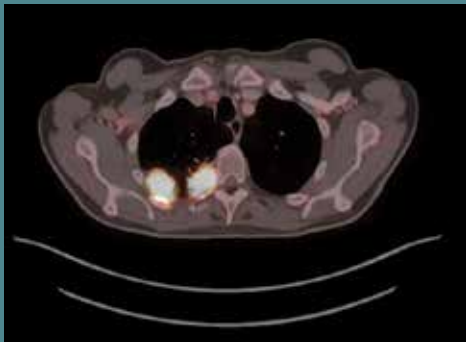
De indicaties voor een PET-scan situeren zich vooral op het oncologische vlak. Het meest gebruikte tracerproduct is fluorodeoxyglucose (FDG), een radioactieve vorm van glucose. Aangezien de meeste tumoren veel suiker verbruiken om te groeien, kunnen die goed in beeld worden gebracht met deze radioactieve suiker. Eventuele metastasen op afstand of laattijdige recidieven, waar ze zich ook mogen bevinden, kunnen met een whole-body-PET-beeld dan ook goed worden opgespoord. Er zijn echter ook



Levermetastase van coloncarcinoom



Frontotemporale dementie



Longtumor



Longtumor



Vasculitis van aorta, aa. subclaviae en carotides

tumoren die weinig suiker verbruiken. Dit zijn typisch de traaggroeiende en veelal goed gedifferentieerde kankers, zoals neuro-endocriene tumoren of prostaatcarcinomen. Voor dit type tumoren wordt een andere tracer gebruikt, bv. PSMA of dotatate.

INFLAMMATOIRE INDICATIES

Behalve voor oncologische indicaties, wordt FDG-PET ook regelmatig gebruikt bij koorts of inflammatie van ongekende oorsprong. Inflammatoire processen verbruiken immers ook veel energie en zullen daardoor eveneens zichtbaar worden met FDG-PET. Ten slotte is FDG-PET ook geschikt bij de vroegdetectie van neurodegeneratieve afwijkingen in de hersenen (Alzheimer, frontotemporale dementie, Lewy-Body-dementie ...). Aangezien de hersenen obligaat glucose gebruiken, zullen ze de radioactieve suiker gretig opnemen. Dit maakt FDG-PET uitermate bruikbaar om vroege veranderingen in het hersenmetabolisme op te sporen.

DOORVERWIJZING

In het Vesalius PET-CT-centrum in Bonheiden gebeuren op dit ogenblik onderzoeken met FDG als tracer, wat dus de overgrote meerderheid van de indicaties omvat. De andere radioactieve tracers kunnen om praktische redenen enkel gebruikt worden vlakbij een productiefaciliteit, zoals dat het geval is voor het PET-centrum van UZ Leuven. Het radioactieve verval gaat immers te snel om ze nog te kunnen transporteren naar andere PET-centra.

Voor onze patiënten in Tienen en Aarschot bekijken we telkens individueel in welk PET-CT-centrum (Leuven of Bonheiden) ze het best terecht kunnen voor hun specifieke aandoening en vraagstelling, mede afhankelijk van beschikbaarheid van tracer, mobiliteit, wachtlijsten en dringendheid van het onderzoek. Verwijzers kunnen bij vragen over PET of over de PET-centra altijd terecht bij onze nuclearisten.

www.rztiene.be/nucleairegeneeskunde
www.petctcentrumvesalius.be





Dr. Caroline Buyck

pediater

Kan KIK de standaard worden voor ongecompliceerde bevallingen?

Zoals u in de vorige editie van Hartslag kon lezen, nemen we deel aan het KIK-proefproject van minister Maggie De Block. KIK staat voor Kort In Kraamkliniek en loopt in verschillende ziekenhuizen om na te gaan of moeders met hun baby's na een ongecompliceerde bevalling veilig vroeger naar huis kunnen. Momenteel verlaten zes op de tien moeders vervroegd onze Materniteit.

Concreet betekent het verkort ziekenhuisverblijf dat moeders na een vaginale bevalling na twee nachten worden ontslagen. Bij een eerste kind is dat na drie nachten. Bij een sectio wordt het ontslag voorzien na 4 nachten kraamverblijf. Dit is dus minstens een dag eerder dan vroeger het geval was. Onze gynaecologen, vroedvrouwen en pediaters hanteren hetzelfde protocol als in de Leuvense ziekenhuizen (UZ Leuven en RZ Heilig Hart Hart Leuven).

CRITERIA

Opdat dit verkort verblijf veilig kan verlopen voor moeder en baby, zijn er enkele exclusie- en ontslagcriteria. Mogelijke redenen voor exclusie zijn: vooraf bestaande medische pathologie bij moeder die extra toezicht vereist of voor verwickelingen kan zorgen, gecompliceerde zwangerschap, meerlingzwangerschap, psychologische, sociale of financiële kwetsbaarheid, verslavingsproblematiek bij de ouders en niet-instemming van de ouders. Redenen waarom de baby langer opgenomen moet blijven, kunnen zijn: icterus met nood aan fototherapie, voedingsmoeilijkheden, overmatig gewichtsverlies, aangeboren afwijkingen, prematuriteit.

Belangrijk voor ontslag is dat goede omkadering en vroedvrouwkundige zorg aan huis gepland zijn. Voor

de baby wordt standaard ook een zevendedagsonderzoek gepland. Dit kan gebeuren door de kinderarts of door de huisarts. Er werd een opleiding voorzien voor huisartsen die dit onderzoek van de baby op zich willen nemen (*zie kader*).

STERKE SAMENWERKING EERSTE LIJN

Voor de start van het KIK-project was er bij de betrokken zorgverleners in het ziekenhuis wel wat ongerustheid over de veiligheid. We kunnen ondertussen terugblikken op ruim een half jaar

ervaring en dan blijkt het vervroegd ontslag goed mee te vallen en onder veilige omstandigheden te kunnen gebeuren, vooral door een goede en aangename samenwerking met de eerste lijn: vroedvrouwen en huisartsen.

Vanuit pediatrisch standpunt zien we wel enkele heropnames van de baby, voornamelijk voor fototherapie of door voedings- of gewichtsproblemen. Ook is de werkdruk wat toegenomen omdat mama's met hun baby nu gemiddeld



minder lang op de materniteit verblijven en er daardoor meer zorgen, uitleg en onderzoeken op kortere tijd moeten worden geregeld.

Afwachten of dit verkort verblijf standaard zal worden geïmplementeerd in de perinatale zorg. Bij het ter perse gaan van Hartslag was er nog geen uitsluitel over de verlenging van het KIK-proefproject. Samen met de Leuvense ziekenhuizen, die een jaar eerder van start gingen met het verkort verblijf, willen wij op basis van de positieve ervaringen alvast verder met de KIK-protocollen.

ZEVENDEDAGSONDERZOEK DOOR HUISARTS

Het zevendedagsonderzoek van de baby is een belangrijk controle-onderzoek. Het betreft een uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek waarbij gekeken wordt naar o.a. gewichtsevolutie, voeding, slaap, diurese, stoelgang, icterus, maar ook aangeboren afwijkingen zoals coarctatio. Er wordt tevens nagegaan of de Guthrietest werd afgenomen en de vitamines correct zijn gestart.

Het zevendedagsonderzoek kan door de kinderarts of huisarts gebeuren. Voor de huisartsen werd hierover een opleiding voorzien. Huisartsen die eerder al deelnamen aan het theoretische gedeelte (e-learningmodule van UZ Leuven) kunnen nog tot eind juni bij ons terecht voor het praktische gedeelte. Daarin volgt u een zaalronde op onze materniteit met de kinderartsen en kunt u zo het klinisch onderzoek van de neonat opfrissen. Graag vooraf een afspraak maken via onze materniteit op (t) 016 80 99 17. De opleiding loopt nog tot en met vrijdag 29 juni, telkens om 9 uur op weekdagen.

Opvolging bariatrische patiënt met diabetes



Dr. Ivan Kerschaever

abdominaal chirurg

Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 is de impact van weight loss surgery indrukwekkend. Het diabetesteam wordt nauw betrokken bij de postoperatieve opvolging.

'Na regen komt zonneschijn'. Dit adagium wordt steevast aangestipt in het woordenboek van menig bariatrisch patiënt. De vermageringsingreep betekent vaak het begin van een nieuw psychosociaal en professioneel hoofdstuk.

THERAPEUTISCH TRAJECT

De gastric bypass wordt al vele jaren beschouwd als de standaard. Een goed resultaat wordt voorafgegaan door een goede voorbereiding, de juiste procedure en een naadloze postoperatieve opvolging. Het therapeutisch traject stopt namelijk niet na de chirurgie. Patiënten moeten hun levensstijl adequaat aanpassen en hebben nood aan een goede biochemische opvolging. Op minstens jaarlijkse basis worden verschillende bloedwaarden gecontroleerd.

Dit nazicht verschilt afhankelijk van het type ingreep. Indien het volume van de maag wordt verkleind (restrictief zoals bij een vertical banded gastroplastie, sleeve gastrectomie of gastric bypass), moet voornamelijk de waarde van ijzer en vitamine B12 bijkomend bepaald worden los van de klassieke standaardbloedafname. Wanneer de dunne darm betrokken wordt bij de ingreep (malabsorptief zoals bij een gastric bypass of biliopancreatische diversie), dan worden ook de waarden van de vetoplosbare vitamines en foliumzuur, calcium, selenium en zink bekeken.

REMISSIE

Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 is de impact van weight loss surgery indrukwekkend. We zien na enkele weken al een afname van medicatienood, en stabilisatie tot vaak volledige remissie van de glucose-intolerantie. Als kanttekening moeten we wel vermelden dat dit effect na verloop van jaren niet altijd volledig blijvend is. Omdat er potentieel ook episodes van hypoglycemie op de loer liggen, worden er frequent controles voorzien om het medicatievoorschrift zo nodig aan te passen. Het effect van een gastric bypass op diabetes mellitus type 2 kan deels voorspeld worden aan de hand van verschillende parameters, waaronder leeftijd, BMI, C-peptide en duur van de ziekte.

CONTROLES

Praktisch wordt voor diabetespatiënten een controle bij het diabetesteam onmiddellijk postoperatief voorzien, en zo nodig bij de endocrinoloog na twee weken. Klassieke chirurgische controle vindt plaats na vier weken, de opvolgraadpleging bij de diëtist na zes weken.

Tussentijds nazicht vindt plaats bij de huisarts, die in het verder bariatrisch traject een sleutelrol zal blijven spelen. Want hoezeer er ook gehamerd wordt op het belang van de jaarlijkse bloedafname, sommige asymptomatische patiënten bieden zich na de chirurgie nooit meer aan voor controle.



Dr. Patrick Van Schaeybroeck

diensthofd, voorzitter
Spine Society of Belgium

Mede namens dr. Hisco Robijn (Orthopedie), dr. Pieter Geens (Fysische Geneeskunde) en dr. Roel Mestrum (Anesthesie-Algologie)

Rugproblemen zijn een van de belangrijkste aandoeningen in de westerse samenleving, en ook een van de belangrijkste uitgavenposten in de gezondheidszorg. Dan spreken we nog niet over de kost door ziekteverzuim, voor paramedische behandelingen zoals kinesithérapie, osteopathie, chiropraxie, acupunctuur en voor diverse hulpmiddelen (corsetten, matrassen ...). Het is dan te begrijpen dat er ook in de media veel aandacht gaat naar rugproblemen. Hierbij haalt men de erg verschillende oorzaken en pathologieën vaak door elkaar.

De aanpak van eenzelfde probleem kan erg verschillen naargelang de 'ingangspoort' waar de patiënt met zijn rugprobleem aanklopt, maar ook in functie van het extramurale zorgaanbod. Bovendien blijken er ook veel regionale praktijkvariëaties te zijn. Om te komen tot een meer gestandaardiseerde zorg, ontwikkelden de *Spine Society Belgium* en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) samen een zorgpad.

EERSTE EN TWEEDE LIJN

Sleutelementen in dit transmurale zorgpad zijn een vroegtijdige evaluatie van risicofactoren, niet alleen de

Evidence based aanpak van de zorg voor rugaandoeningen

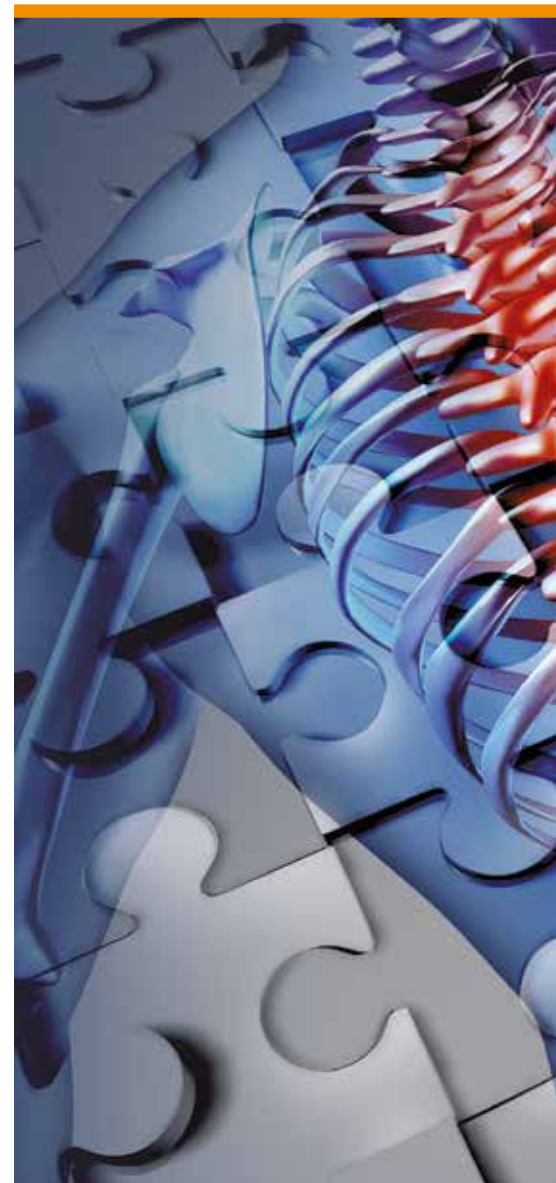
De *Spine Society of Belgium* heeft samen met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een transmuraal zorgpad voor lage rugpijn en radiculaire pijn uitgeschreven. Specialisten van RZ Tienen hebben hier actief aan meegewerkt. Dit klinisch pad is gedragen door alle actoren in het domein en is een primeur in Europa.

klassieke neurologische (rode vlaggen), maar ook de psychologische (gele vlaggen). In de meeste gevallen is er geen reden voor vroegtijdige beeldvorming. In het bijzonder vermijdt men zeker potentieel schadelijke beeldvormingstechnieken (röntgenstraling). Onnodige en inefficiënte medicamenteuze behandelingen, infiltraties en chirurgische behandelingen worden ook vermeden.

Bij lage rugpijn of nekpijn is beweging, activatie, snelle arbeidsintegratie, fysiotherapie en een algologische aanpak in de chronische fase essentieel. De rol van de chirurg is beperkt tot uitzonderingssituaties. De evolutie naar chroniciteit moeten we waar mogelijk vermijden. Bij radiculaire pijn (met zenuwuitstraling) kan de chirurg na een poging tot conservatief beleid (fysiotherapie, eventueel infiltraties) een sleutelrol spelen.

RAPPORT EN ONLINE TOOL

De klinische richtlijn die door het KCE in mei 2017 werd gepubliceerd, vormde de basis voor het uitkiezen van de soorten interventies die in het zorgpad worden aangeboden. Voor meer informatie over zowel de richtlijnen



als het zorgpad verwijzen we naar de website van het KCE. Het zorgpad is beschikbaar in de vorm van een rapport (KCE Reports 295A, 2017) maar ook als een interactieve, gebruiksvriendelijke online tool.

SPINE UNIT

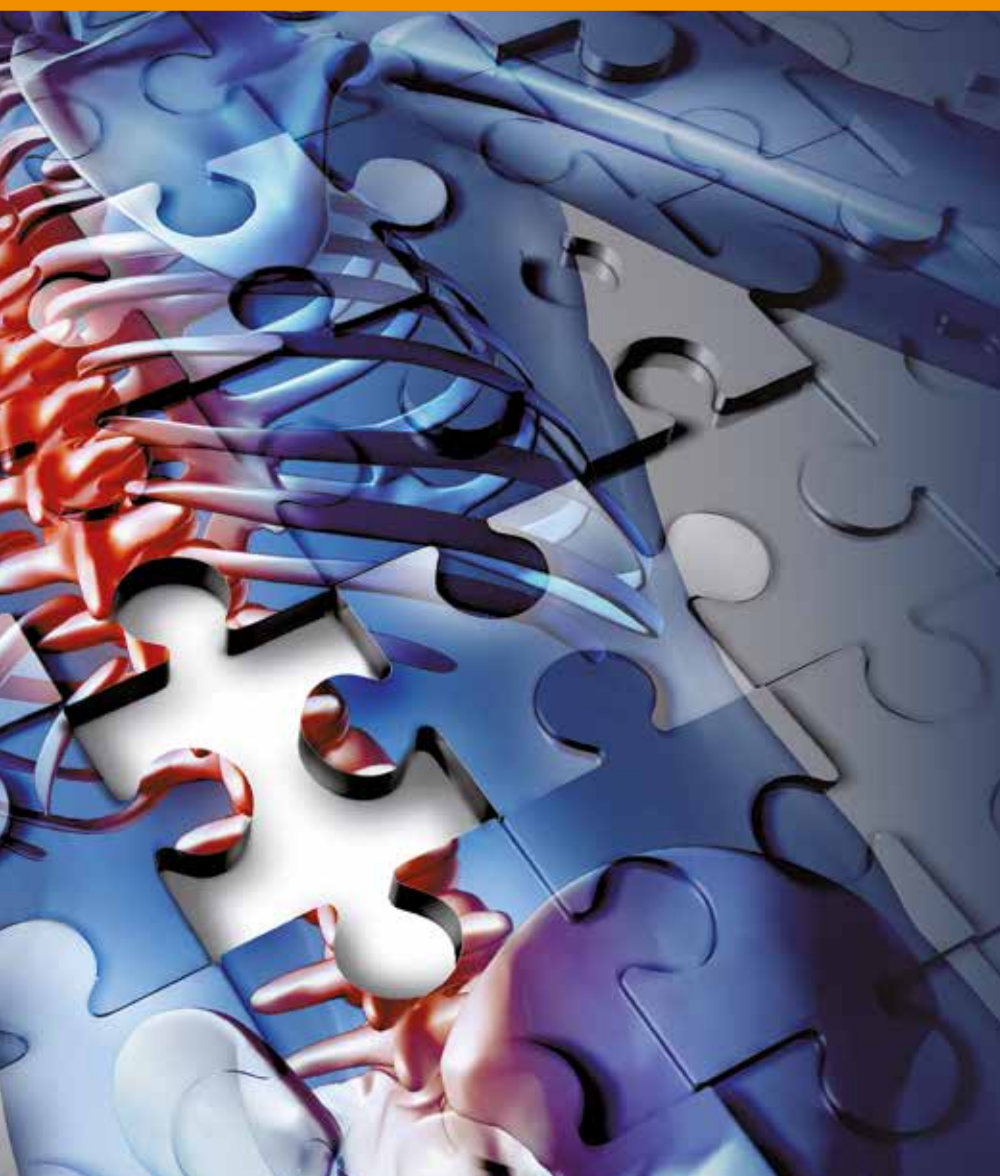
Ziekenhuizen nemen via de (verplichte) organisatie van spine units het voortouw in de evidence based aanpak van rugproblemen door interdisciplinair overleg, uniforme behandelingschema's en opvolging van de resultaten van behandelingen. In RZ Heilig Hart Tienen bespreken de neurochirurgen,

orthopedisch chirurgen, specialisten fysische geneeskunde en revalidatie en anesthesist-algologen al op regelmatige basis samen moeilijke rugproblemen. De huisarts kan hiervoor verwijzen via een van deze artsen. In de toekomst komt er ook meer overleg met bedrijfsartsen en de adviserende artsen van de ziekenfondsen.

CORRECTE INFORMATIE

Al deze initiatieven moeten de kwaliteit van de zorg verbeteren, werkverlet verminderen, kosten voor de patiënt en de maatschappij beperken en niet-wetenschappelijke behandelingen

bannen. Samen met huisartsen moeten we de patiënten correct informeren over hun aandoening en over de zin en onzin van sommige behandelingen en hulpmiddelen. Belangrijk is ook de aandoening te dedramatiseren zodat patiënten niet door angst in een chronische (deels psychologische) problematiek terechtkomen.



PRIMEUR

Het Belgische zorgpad voor lage ruggijn en radicaire pijn is het eerste nationaal zorgpad in Europa dat werd ontwikkeld in samenwerking met alle betrokken zorgdisciplines en ook patiënten, die via focusgroepen bij het project werden betrokken. Het is ook de eerste keer dat een zorgpad zich richt tot alle betrokken zorgverleners, zowel de acute als de chronische fase omvat, en zowel lumbale als radicaire pijn bespreekt. De keerzijde is dat het resultaat onvermijdelijk vrij complex is geworden. Daarom ontwikkelden het KCE en de *Spine Society of Belgium* een interactieve elektronische tool voor pc of tablet. Een videotutorial maakt de zorgverlener snel wegwijs. Aan eHealth en de belangrijkste producenten van medische software is gevraagd om een link naar deze tool in hun software op te nemen opdat zoveel mogelijk zorgverleners er gebruik van kunnen maken.

www.spinesociety.be
www.kce.fgov.be/nl/



Dr. Koen Keirse

Endovasculaire techniek ter behandeling van aneurysmata

Het regionaal vaatcentrum Tienen heeft ruime ervaring opgebouwd met een minimaal invasief alternatief voor de klassieke broekoperatie in de behandeling van een abdominaal aorta aneurysma (AAA): endovasculaire exclusie met behulp van een endoprothese. Vandaag kan bijna 90 procent van de AAA's endovasculair behandeld worden.

Een aneurysma wordt gedefinieerd als een verdubbeling van de normale aortadiameter. De incidentie bedraagt voor 50-65 jarigen en voor > 65 jarigen respectievelijk 3% en 5-8%. Het komt viermaal frequenter voor bij mannen. Het AAA vertegenwoordigt 80% van alle aneurysmata. (Fig. 1)



Fig. 1 Normale infrarenale aorta (links) en infrarenaal abdominaal aorta aneurysma (AAA, rechts)

Indien de diameter van het AAA meer dan 5 cm bedraagt, is er een inherent gevaar van ruptuur. Het jaarlijkse risico op ruptuur van 6% stijgt bij verdere toename van de dwarse diameter exponentieel. Behalve de maximale dwarse diameter zijn ook COPD en nicotine-abusus risicofactoren voor ruptuur. Een preventief herstel is aan te raden omdat de mortaliteit van ruptuur meer dan 50% is. Het AAA is momenteel de twaalfde doodsoorzaak in westerse landen.

SCREENING

Meestal is een AAA asymptomatisch tot zijn ruptuur. Zeldzaam is er embolisatie naar distaal vanuit het AAA (blue toe-

syndroom) of ruggpijn. Een screening onder de risicopopulatie is absoluut aangewezen met een klinisch onderzoek en een echografie abdomen. Verdere diagnostische op puntstelling met de moderne angio-CT (1 mm coupes) maakt een arteriografie overbodig. (Fig. 2)

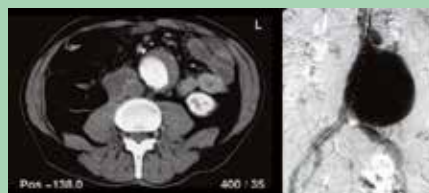


Fig. 2: CT-beeld van AAA (links) en peroperatieve angiografie van AAA (rechts)

KLASSIEKE BEHANDELING

Voor het endovasculaire tijdperk werden alle patiënten geopereerd via laparotomie om een broek of aortobifemorale greffe in te hechten ter vervanging van de aneurysmatisch gedilateerde aorta. (Fig. 3) Dergelijke ingreep heeft nog altijd een mortaliteit van 4-10%, een hospitalisatie van tien dagen en een revalidatie van twee maanden als consequentie.



Fig. 3: Chirurgische procedure: 1. aneurysmazak openen, 2. greffe vasthechten, 3. aneurysmazak dichtplooiën

RESULTATEN ENDOVASCULAIRE TECHNIEK

Dankzij een endovasculaire revolutie met ontwikkeling van eerste- tot ondertussen vierdegeneratie-endoprothesen, kan momenteel bijna 90% van alle AAA's ook endovasculair behandeld worden. De endovasculaire procedure heeft slechts een mortaliteit van 1-3% en vraagt een hospitalisatie van twee dagen en een revalidatie van twee weken. Steeds vaker wordt de procedure onder lokale anesthesie uitgevoerd met enkel een percutane acces. Ook na deze endoprothese blijft heelkundig herstel met verwijderen aneurysma nog altijd een optie.

De op puntstelling met angio-CT laat ons toe de patiënten die in aanmerking komen voor endoprothese te selecteren (o.a. voldoende lengte infrarenale nek, geen overdreven angulatie van het AAA en iliacale assen of excessieve calcificaties of thrombus van de nek). Er is enkel terugbetaling door het Riziv onder bepaalde voorwaarden (symptomatisch AAA, diameter van 5.5 cm of meer; een saculair aneurysma, iliaacaal aneurysma van 3 cm of meer; ..) en in bepaalde daartoe door het Riziv goedgekeurde centra, waaronder ook ons ziekenhuis.

PROCEDURE

De endoprothese zelf bestaat uit een broek die via percutane weg via de liezen onder fluoroscopie infrarenaal geplaatst wordt. Vervolgens worden via de twee iliacale vaten bijkomende pootjes geplaatst die de prothese verlengen tot in de iliacale vaten. (Fig. 4 & 5) Postoperatief worden de patiënten jaarlijks gevolgd met ambulante CT-angio om eventuele lekkage (endoleak) op te sporen. Deze endoleaks kunnen momenteel in de meerderheid van de gevallen eveneens endovasculair behandeld worden.



Fig. 4: Endovasculaire procedure, voorbeelden van endoprothese (bifurcatie, contralateraal, iliacale extensie)

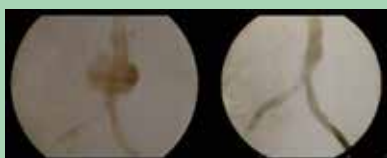


Fig. 5: Preoperatieve angiografie van AAA (links) en endoprothese aorta abdominalis

Ons team heeft een uitgebreide ervaring met het plaatsen van een endoprothese, met de eerste plaatsing in 1996 in het Imeldaziekenhuis (Bonheiden). Voornamelijk bij een geruptureerd aneurysma hebben we een veel betere overleving vastgesteld. Sinds de eerste plaatsing, in april 2010, werden in het operatiekwartier van Tienen ondertussen al meer dan 120 patiënten met deze minimaal invasieve techniek geholpen.

Oproepnummer 1733 voor arts met wachtdienst



Dr. Tine Crits

diensthoofd

Als allereerste proefproject ging regio Tienen in oktober vorig jaar van start met het eenvormig oproepnummer 1733. Sinds januari geldt dit nieuwe nummer ook voor regio Oost-Brabant. Binnen afzienbare tijd zal 1733 over het volledige Belgische grondgebied gebruikt worden.

De wachtpostregio Tienen omvat de gemeenten Tienen, Hoegaarden, Glabbeek, Boutersem, Linter, Zoutleeuw, Geetbets en Kortenaken. De wachtpostpostregio Oost-Brabant betreft Leuven, Herent, Lubbeek, Holsbeek, Rotselaar, Haacht, Kortenberg, Boortmeerbeek en hun deelgemeenten.

CENTRALE OPERATOR

Het nummer 1733 moeten mensen bellen tijdens de uren waarop ze hun huisarts niet kunnen bereiken (tussen 19.00 en 08.00 uur, tijdens het weekend en op brug- en feestdagen). Een operator in de alarmcentrale zal zo snel mogelijk de oproep beantwoorden, gegevens vragen en een oplossing voorstellen om de patiënt op een adequate manier verder te helpen. Afhankelijk van de ernst van het probleem kan hij de patiënt doorverwijzen naar de huisartsenwachtpost (Gilainstraat 116 in Tienen), een arts langs laten komen of een ambulance of zo nodig een MUG sturen.

PROTOCOL

De operator werkt volgens uitgebalanceerde protocollen, die huisartsen en urgentieartsen uit onze regio samen

weloverwogen hebben opgesteld. Via dit eenvoudige oproepnummer wordt dan ook getracht elkeen de juiste zorg op de juiste plaats en op de meest efficiënte manier aan te bieden.

“Dringende medische zorg nodig tijdens weekends, brug- en feestdagen? Bel eerst 1733. Een operator zal u vragen stellen die uitwijzen waar u het best verder geholpen wordt.” Dit is de centrale boodschap die via folders en affiches in onder meer huisartsenpraktijken, wachtposten, ziekenhuizen en stadsdiensten werd verspreid. We hopen dat vele patiënten ondertussen de weg naar het nummer gevonden hebben. Bevindingen van huisartsen, spoeddiensten en patiënten worden meegenomen in de evaluatie van het proefproject.





Stijn Broos

analist-programmeur

Patiënten kunnen afspraken voortaan ook online maken

Via onze nieuwe website, die eind maart gelanceerd werd, kunnen patiënten voortaan ook online afspraken maken bij een specialist in ons ziekenhuis.

In navolging van het afsprakenplatform in ons huisartsenpakket Artemis, gingen onze diensten ICT en Administratie eind 2017 van start met een project om ook patiënten zelf online afspraken te laten maken. Het patiëntenafsprakenplatform werd in samenwerking met de dienst Communicatie ontwikkeld met eenvoud en gebruiksgemak hoog in het vaandel. Een eerste versie werd in gebruik genomen door ons personeel en de specialisten zelf en met hun feedback werd de online tool bijgesteld.

AFSPRAAKHERINNERING

Wanneer de patiënt zichzelf (of de persoon waarvoor hij een afspraak maakt, bv. kind) heeft geïdentificeerd

met naam, rijksregisternummer, telefoonnummer en mailadres, kan hij een specialist op naam of discipline opzoeken. Nadien kan hij enkele voorkeuren aanduiden zoals datum, tijdstip en plaats (campus) en op basis daarvan krijgt hij een lijst met vrije afspraakmomenten. De patiënt selecteert de gewenste afspraak, geeft de reden op en bevestigt dan finaal de afspraak. Als de patiënt een e-mailadres ingevuld heeft bij zijn registratie, wordt een afspraakbevestiging via mail verstuurd en ontvangt hij daags voor de afspraak ook nog een herinnering. Het eventueel aanpassen of annuleren van afspraken gebeurt zoals vanouds telefonisch via het secretariaat.

ONLINE AFSPRAKENMODULE VOOR HUISARTSEN

Huisartsen kunnen al sinds oktober 2017 online een afspraak maken voor hun patiënt, zoals u in onze vorige Hartslag kon lezen. Die mogelijkheid bieden we via ons extranet voor huisartsen, Artemis, dat toegang geeft tot het patiëntendossier. Enige voorwaarde is dat de patiënt geregistreerd is in ons ziekenhuis en dus een medisch dossier heeft. Bij de online afsprakenmodule voor patiënten (via de website) geldt deze voorwaarde niet.

Naar een nieuw elektronisch patiëntendossier

RZ Heilig Hart Tienen gaat scheep met een externe partner voor een toekomstgericht nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD). Netwerking tussen zorginstellingen en met de eerste lijn, gegevensuitwisseling tussen e-gezondheidsdiensten, integratie van toepassingen voor patiënten en telezorg zijn enkele functionele redenen die een schaalvergroting in de ontwikkeling vergen. De *Belgian Meaningful Use Criteria* (BMUC) die de overheid heeft opgesteld voor het geïntegreerd patiëntendossier zijn eveneens een richtsnoer. De nieuwe Europese privacywetgeving (GDPR) vraagt dan weer een grote inzet in beveiliging van het EPD-pakket. Na een procedure van openbare aanbesteding ging de opdracht naar het bedrijf Nexushealth, dat het klinisch werkstation (KWS, UZ Leuven) zal implementeren. Dit betekent dat de vier ziekenhuizen van ons netwerk Oost-Vlaams-Brabant hetzelfde softwarepakket zullen gebruiken, wat de samenwerking verder zal bevorderen. Een gedeeld dossier vereenvoudigt de uitwisseling van medische gegevens en verleent onze zorgverstrekkers direct toegang tot de historische gegevens van patiënten die in andere Nexuzhealth ziekenhuizen aanwezig zijn. Het kan bijvoorbeeld ook transmurale zorgpaden faciliteren. De analyse voor het nieuwe EPD start begin juni. Het project wordt gefaseerd uitgerold vanaf september 2018 en loopt over vier jaar.



Afscheid van dr. Paul de Bondt

Voor anesthesist dr. Paul De Bondt viel het einde van 2017 samen met het einde van zijn carrière in ons ziekenhuis. Sinds 1980 was hij een vaste waarde in het almaar groeiende team van Anesthesie en heeft hij mee nieuwe ontwikkelingen in verdoving en pijnbestrijding ingang doen vinden. Op 19 februari organiseerde de dienst Anesthesie en het OK-team een afscheidsviering om hun dan oud-collega uitgebreid en met ludieke tussenkomsten in de bloemetjes te zetten. Gastspreker was dr. Dirk Vlasselaers van UZ Leuven. Tijdens de feestelijke receptie konden de aanwezigen een polaroidfoto laten nemen en die met een persoonlijke boodschap in een fraai gastenboek kleven.



Rechtzetting

In onze vorige editie van Hartslag stelden we Hospice De Klaproos voor, het nieuwe zorginitiatief voor palliatieve patiënten van Woonzorgcentrum Huize Nazareth in samenwerking met RZ Heilig Hart Tienen, HAZOH en Panal. De coördinatie is in handen van Lucretia Verbert en niet van dr. Michel Reniers, zoals het artikel verkeerdelijk vermeldde. Dr. Reniers is als arts wel lid van het Hospice-team, samen met dr. Jeroen Van Den Brandt. Onze excuses voor de vergissing.

Bijscholing heekunde @ the movies

Onze abdominaal chirurgen organiseerden op 8 februari een bijscholing over colorectale chirurgie voor de verpleegkundigen van de verpleegafdeling en het operatiekwartier, in de UGC-cinema in Aarschot. Er werd gesproken over stomazorg, over nieuwe technieken zoals transanale rectumchirurgie, en over complicaties en hoe deze te detecteren en te behandelen.

Als afsluiter presenteerden de artsen de database van alle electieve en urgente colorectale ingrepen met anastomose in de periode 2015-2017. Er gebeurden 310 resecties van colon of rectum met lage 90 dagenmortaliteit van 0.3%. Een anastomoselek kwam voor bij 4.8% van de patiënten, een frequentie die overeenkomt met de literatuur, die spreekt van 2 tot 7%. In drie van deze gevallen moest een tijdelijk stoma aangelegd worden.

De avond werd afgesloten met een avant-première van de film *Home Again* en een drink.



Wetenschappelijke publicaties

Anesthesie

Pain Pract. 2018 Jan 18.

Does the use of epiduroscopic lysis of adhesions reduce the need for spinal cord stimulation in failed back surgery syndrome? A short-term pilot study

Tuijp S, Van Zundert J, De Vooght P, Puylaert M, Mestrum R, Heylen R, Vanelderen P

ABSTRACT

Background and Aims

Persistent low back pain after initially successful surgery that is not attributed to structural deficits is called failed back surgery syndrome (FBSS). When conservative and minimal invasive therapy fail, the recommended treatment is spinal cord stimulation (SCS). Because epidural fibrosis can be a contributing factor in the majority of FBSS patients, lumbosacral epiduroscopic lysis of adhesions may be considered as a less invasive alternative treatment option. We hypothesized that the use of epiduroscopic lysis of adhesions could reduce the need for SCS.

Methods

A pilot study was performed in 35 consecutive patients with FBSS who underwent epiduroscopic lysis of adhesions. SCS was considered if epiduroscopic lysis of adhesions gave less than 50% global perceived effect (GPE) improvement after 15 months of follow-up. The GPE was measured 1 week and 6 months after the procedure.

Results

Over a period of 69 months, 35 patients were included. After 15 months of follow-up, 43% of patients required SCS. Eight of the 15 patients who reported no short-term improvement needed SCS; those patients had severe epidural fibrosis. One week after epiduroscopic lysis of adhesions, 34%, 23%, and 43% of patients reported GPE

improvement of > 50%, 20% to 50%, and < 20%, respectively. After 6 months, 5 patients were lost to follow-up, and 30%, 17%, and 16% of patients reported improvement of > 50%, 20% to 50%, and < 20%, respectively.

Conclusions

In this pilot study we observed a reduced need for SCS when lumbosacral epiduroscopic lysis of adhesions was used for patients with FBSS and magnetic resonance imaging-proven adhesions. These observations justify the evaluation of both treatment options in a prospective observational trial.

Posterpresentatie op het 9th World Congress of the World Institute of Pain (WIP - 2018 in Dublin, Ireland (May 9-12, 2018))

Effectiveness of ultrasound guided pulsed radiofrequency treatment of the suprascapular nerve for chronic shoulder pain

Vander Cruyssen P, Vanneste T, Mestrum R, Van Lantschoot A, Van Zundert J

ABSTRACT

Introduction

Shoulder pain is a common musculoskeletal problem. 1 The suprascapular nerve (SSN) embraces the predominant sensory innervation of the shoulder (up to 70%), making this nerve an interesting target in treating shoulder pain. 2 Pulsed radiofrequency (PRF), a minimal neurodestructive treatment, of peripheral nerves is reported to provide pain relief and no major complications. 3

Objectives

The aim of this retrospective analysis was to evaluate in a single center the effectiveness of ultrasound guided (USG) PRF of the SSN.

Methods

We retrospectively collected demographic data, global perceived effect (GPE) and complications after 6 weeks from the patient

records from May 2012 until August 2017. Patients with chronic shoulder pain who received an USG PRF of the SSN according to the modified technique of Harmon as recommended by Peng and Narouze⁴ were included. PRF was performed during 240 seconds at 20ms pulse width and 45V, not exceeding 42°C.

Results

At six weeks, a significant pain reduction defined as a GPE of 50% or more was observed in 17 out of 26 patients treated with USG PRF of the SSN.

A two-week neuropathic pain in one patient was the only complication described.

Conclusions

In our retrospective evaluation, we found a GPE of more than 50% at six weeks in 65% of the cases with only one minor transient complication noted.

Ultrasound guided PRF of the suprascapular nerve may be a possible new treatment modality for chronic shoulder pain, as recently reported in the literature, but further research is needed to demonstrate long-term outcome.

Gynaecologie

Infect Dis Obstet Gynecol. 2017;2017:3058569.

Genital tract infections in an isolated community: 100 women of the Príncipe Island

Vieira-Baptista P, Grinceviciene S, Bellen G, Sousa C, Saldanha C, Broeck DV, Bogers JP, Donders G

ABSTRACT

Objective

To characterize the vaginal microbiome and the rate of sexually transmitted infections (STIs) in the women of Príncipe (São Tomé and Príncipe).

Methods

Cross-sectional study of 100 consecutive women, invited for a free appointment and cervical cancer screening. A vaginal slide (wet mount microscopy) and a cervical sample (ThinPrep®) (Pap test, high risk human papillomavirus [HR-HPV], N. gonorrhoea [NG], T. vaginalis [TV], and C. trachomatis [CT]) were obtained.

Results

TV, NG, CT, and HIV were found in 8.0%, 2.0%, 3.0%, and 2.0%, respectively, and were more prevalent in younger women. HR-HPV was positive in 36.7%; 2 were positive for HPV18, but none for HPV16. Coinfection of HPV with other STIs was 8.3%. Prevalence of abnormal vaginal flora (AVF) was 82.5%, mostly bacterial vaginosis (BV) 54.6%, and moderate/severe aerobic vaginitis (msAV) 25.8%. HR-HPV was not related to BV ($p = 0.67$). The association of abnormal Pap test with msAV was not significant ($p = 0.08$).

Conclusion

The prevalence of NG, CT, TV, and HR-HPV was according to expected, while that of HR-AVF was higher. The surprisingly low prevalence of HPV16 and HPV18 must be considered in the design of programs for prevention and vaccination; this setting can be useful as a model for postvaccination scenarios.

Gynecol Obstet Invest. 2017, Vol.82(6), pp.607-616.

Role of molecular biology in diagnosis and characterization of vulvo-vaginitis in clinical practice

Donders G, Ravel J, Vitali B, Netea MG, Salumets A, Unemo M

ABSTRACT

The diagnosis of vulvo-vaginal complaints has always been enigmatic in obstetrics and gynecology. Patients with clear, pathognomonic symptoms end up with a proper diagnosis and treatment most of the time, but unfortunately we are now living in a world where women reach out to the Internet and readily get all information as to which disease their symptoms correspond to and also find the appropriate treatment "over-the-counter." Because of this trend, we as specialists are increasingly confronted with patients with complex and combined conditions. At the same time, extremely sensitive and accurate diagnostic tools are now being developed at a rapid pace, allowing the physicians to diagnose vulvo-vaginal disease with a substantially increased precision. Moreover, many of these molecular biology (MB)-based tests have become so common and affordable that self-sampling and self-testing are no longer utopia. On the other hand, too much information that is too readily available and that is too affordable also encompasses pitfalls, leading to gross overtreatment and psychological burden. As experienced caregivers, we should supervise these evolutions, define their place and proper use as diagnostic tools, utilize their potential as ad hoc tools to follow-up treatment efficacy and guide how such tools can be used for responsible self-testing. In the present paper, responding to the need for appropriate, quality assured and accessible

tests for vulvo-vaginitis and the huge potential delivered by the rapidly developing MB methods, we recommend the need for a broad and regular discussion forum, composed of both clinical and technical experts and opinion makers, in order to match the needs with the huge opportunities and ideally combine the initiatives and forces into the same direction. This forum should then translate conceived strategies into regularly updated, evidence-based national and international guidelines.

Int J STD AIDS. 2017 Dec;28(14):1366-1379.

2017 European guidelines for the management of genital herpes

Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, Geretti A, Nilsen A, Lautenschlager S, Green J, Donders G, et al.

ABSTRACT

Genital herpes is one of the commonest sexually transmitted infections worldwide. Using the best available evidence, this guideline recommends strategies for diagnosis, management, and follow-up of the condition as well as for minimising transmission. Early recognition and initiation of therapy is key and may reduce the duration of illness or avoid hospitalisation with complications, including urinary retention, meningism, or severe systemic illness. The guideline covers a range of common clinical scenarios, such as recurrent genital herpes, infection during pregnancy, and co-infection with human immunodeficiency virus

J Med Microbiol. 2017;66(8):1217-24.

Treatment failure of bacterial vaginosis is not associated with higher loads of *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis*

Ferreira CST, Donders G, Parada C, Tristao ADR, Fernandes T, da Silva MG, Marconi C.

ABSTRACT

Purpose

Cervicovaginal *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis* are strongly associated with bacterial vaginosis (BV) and are the main components of vaginal biofilms. The low efficacy of BV treatment with metronidazole may be due to the presence of such biofilms. Thus, the aim of this study was to compare the pretreatment cervicovaginal loads of *A. vaginae* and *G. vaginalis* for women who restored normal flora and those who persisted with BV after a full course of oral metronidazole.

Methodology

In this cross-sectional study, 309 reproductive-aged women were recruited in a primary health care service in Botucatu, Brazil. Cervicovaginal samples were tested

for genital tract infections, microscopic classification of local microbiota and molecular quantification of *A. vaginae* and *G. vaginalis*.

Results

All the participants with concurrent cervicovaginal infections ($n=64$) were excluded. A total of 84 out of 245 (34.3%) women had BV at enrolment and 43 (51.2%) of them completed the treatment and returned for follow-up. Evaluation of the vaginal microbiota at follow-up showed that 29 (67.4%) women restored normal vaginal flora, while 14 (32.6%) still had BV. The pretreatment loads of *G. vaginalis* were lower in women with treatment failure ($P=0.001$) compared to those who successfully restored normal flora. The loads of *A. vaginae* did not differ between the groups.

Conclusion

Although *G. vaginalis* produces several virulence factors and its loads correlate positively with those of *A. vaginae*, higher cervicovaginal quantities of these bacteria are not associated with treatment failure of BV after oral metronidazole.

Res Microbiol. 2017 Nov-Dec;168(9-10):845-858.

Aerobic vaginitis: no longer a stranger

Donders G, Bellen G, Grinceviciene S, Ruban K, Vieira-Baptista P

ABSTRACT

Aerobic vaginitis (AV) is the name given in 2002 to a vaginal infectious entity which was not recognized as such before. It is characterized by abnormal (dysbiotic) vaginal microflora containing aerobic, enteric bacteria, variable levels of vaginal inflammation and deficient epithelial maturation. Although AV and bacterial vaginosis (BV) share some characteristics, such as a diminished number or absence of lactobacilli, increased discharge (fishy smelling in BV, while in severe forms of AV, a foul, rather rotten smell may be present) and increased pH (often more pronounced in AV), there are also striking differences between the two. There is no inflammation in women with BV, whereas the vagina of women with AV often appears red and edematous, and may even display small erosions or ulcerations. The color of the discharge in BV is usually whitish or gray and of a watery consistency, whereas in AV it is yellow to green and rather thick and mucoid. Women with BV do not have dyspareunia, while some women with severe AV do. Finally, the microscopic appearance differs in various aspects, such as the presence of leucocytes and parabasal or immature epithelial cells in AV and the absence of the granular aspect of the microflora, typical of BV. Despite all these differences, the distinction between AV and BV was not recognized in many

former studies, leading to incomplete and imprecise diagnostic workouts and erroneous management of patients in both clinical and research settings. The prevalence of AV ranges between 7 and 12%, and is therefore less prevalent than BV.

Although still largely undiagnosed, many researchers and clinicians increasingly take it into account as a cause of symptomatic vaginitis. AV can co-occur with other entities, such as BV and candidiasis. It can be associated with dyspareunia, sexually transmitted infections (such as human papilloma virus, human immunodeficiency virus, *Trichomonas vaginalis* and *Chlamydia trachomatis*), chorio-amnionitis, fetal infection, preterm birth and cervical dysplasia. Many other possible pathological associations are currently under investigation. The diagnosis of AV is made using wet mount microscopy, ideally using phase contrast. An AV score is calculated, according to: lactobacillary grade, presence of inflammation, proportion of toxic leucocytes, characteristics of the microflora and presence of immature epithelial cells. To circumvent the hurdle of microscopic investigation, some groups have begun to develop nucleic-acid-based and enzymatic diagnostic tests, but the detailed information obtained with phase contrast microscopy is irreplaceable. The best treatment is not yet fully determined, but it must be tailored according to the microscopic findings and the patient's needs. There is a role for local estrogen therapy, corticosteroids, antimicrobials and probiotics. Further research will reveal more precise data on diagnosis, pathogenesis, management and prevention.

Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2017 Apr;36(4):731-738.

Improvement of abnormal vaginal flora in Ugandan women by self-testing and short use of intravaginal antimicrobials

Donders G, Bellen G, Donders F, Pinget J, Vandeveldel I, Michiels T, et al.

ABSTRACT

The vaginal composition of African women is more often lactobacillus-deficient compared to that of women from other areas around the world. Lactobacillus-deficient microflora is a known risk factor for serious health problems, such as preterm birth, cervix cancer, and entrapment of human immunodeficiency virus (HIV) and other sexually transmitted infections (STIs). The aim of this study was to assess the effect of local vaginal antibiotic or antiseptic treatment on abnormal vaginal flora (AVF), aerobic vaginitis (AV), and bacterial vaginosis (BV) among women in rural, semi-urban, and urban areas in Uganda, as compared to placebo. In a double-blind, placebo-

controlled, randomized trial, 300 women presenting for outpatient routine, follow-up, or medical care at Mulago Hospital in Kampala, Uganda, were enrolled to receive 6 days of treatment with vaginal rifaximin (RFX), dequalinium chloride (DQC), or placebo if they had an increased vaginal pH of >4.5 as determined by self-testing. At initial visit and at control visit after 4 weeks, a smear was taken for blinded wet mount microscopy to determine AVF, BV, AV, and *Candida* severity scores. As compared to placebo, both RFX or DQC treatments dramatically diminished BV prevalence and severity from the initial to follow-up visit: the BV score declined from 2.5 to 1.6 ($p < 0.0001$) and from 2.5 to 1.9 ($p < 0.0001$), respectively. Similarly, strong improvements in the AV score were seen in both treatment regimens: moderate and severe AV declined from AV scores of 6.3 to 3.6 ($p = 0.003$) and from 6.6 to 4.1 ($p < 0.004$), respectively. Also, women with AVF (decreased or absent lactobacilli) showed similar improvements when compared with placebo. Women with normal flora and *Candida* at the initial visit showed less *Candida* after 4 weeks in the group treated with DQC ($p = 0.014$). Even after a short duration of intravaginal treatment with local non-absorbable antiseptics or antibiotics produced significant, lasting improvements in the vaginal microbiome composition of women with disturbed vaginal microflora. As African women have high prevalences of BV, AV, and AVF, this approach could improve their odds to prevent health-compromising complications. Further studies assessing direct health outcomes are needed to substantiate this

Mycoses. 2017 Aug;60(8):546-551.

Non-response to fluconazole maintenance treatment (ReCiDiF regimen) for recurrent vulvovaginal candidosis is not related to impaired glucose metabolism

Grinceviciene S, Bellen G, Ruban K, Donders G

ABSTRACT

Is non-response to maintenance treatment for recurrent vulvovaginal candidosis (RCVV) related to the impaired glucose metabolism? In the ReCiDiF trial, women with RCV were given a degressive regimen with fluconazole according to their clinical, microscopic and mycologic response. Data obtained from optimal, suboptimal and non-reponding patients were used for secondary analysis of medical history, physical status and family history for potential glucose impairment. Results were presented in means and percentages. Pearson chi-square, Fisher exact, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Spearman's correlation coefficient was calculated. $P < .05$ were interpreted as statistically significant. Sociodemographic characteristics and family and personal

history of diabetes were not different between optimal, suboptimal and non-responders. The average HbA1c concentration was $5.1 \pm 0.3\%$ in optimal, $5.0 \pm 0.4\%$ in sub-optimal, and $5.1 \pm 0.3\%$ in non-responding patients ($P = 1.0$). There are no statistical differences between optimal, sub-optimal and non-respondents to treatment in all deciles of HbA1c among patients with recurrent candidosis ($P = 1.0$). There was no difference among groups in fasting glucose concentration, nor after 30 min, 60 min or 120 min during the oral glucose tolerance test (OGTT) ($P = .6$). Area under the OGTT curve did not differ within groups ($P = .8$), nor was the deviation from the normal cut-off value any different ($P = .8$). Glucose concentration in vaginal rinsing fluid showed no correlation with responsiveness to treatment ($P = .7$). Glucose metabolism, BMI, personal or family history of diabetes are not related to non-response to maintenance treatment with fluconazole for patients with RVVC.

Am J Reprod Immunol. 2018 Apr;79(4):e12811.

Is non-response to fluconazole maintenance therapy for recurrent *Candida* vaginitis related to sensitization to atopic reactions?

Donders G, Grinceviciene S, Bellen G, Jaeger M, Ten Oever J, Netea MG

ABSTRACT

Problem

Is sensitization to atopic reaction related to treatment response of recurrent *Candida* vulvovaginal (RVVC)?

Method of the study

Analysis of ReCiDiF trial data of optimal (OR) and non-responders (NR) to fluconazole maintenance treatment, to explore medical history, physical status, family history, and vaginal immune response for potential sensitization to atopic reaction.

Results

Sociodemographic characteristics of 33 NR women were not different from 38 OR. NR had received higher number of different treatments (mean difference 1.6 different treatments [95% CI: 0.20-2.97], $P = .03$) and had more episodes of disease ($P < .05$). Multivariate regression analysis showed that family history of atopy (OR: 4.9, CI 95%: 1.1-22.2), duration of symptoms (OR: 1.2, CI 95%: 1.02-1.5), and vulvar excoriation (OR: 3.6, CI 95%: 1.4-9.3) were related to non-response. Vulvar excoriation at entry was the only statistically significant predictive factor for non-response in multivariate analysis with specificity 77.8% and sensitivity 51.6%.

Conclusion

Women with RVVC with vulvar excoriation, longer duration of disease, and family history of atopic disease are at increased risk not to respond to maintenance fluconazole treatment.

Mycoses. 2017 Feb;60(2):70-72.

Candida vulvovaginitis: A store with a butterfly and a show window

Donders G, Sobel JD

ABSTRACT

Although being an utterly frequent, non-mortal, yet distressing disease, and despite good knowledge of the pathogenesis and the availability of specific and safe treatment, vulvovaginal *Candida* (VVC) infection remains one of the most enigmatic problems for both physicians and patients. Good treatment requires a proper diagnosis. Too many caregivers (and patients treating themselves) react too simple-minded on the symptoms of VVC and treat VVC where they see it on the vulva. In this opinion paper, we plea for a thorough examination of women with VVC, especially in those women who suffer from recurrent disease since a long time, sometimes decades, which necessitates intensive examination of the vaginal flora, as this is invariably the reservoir for relapses and recurrent vulvitis. Examination of such complicated cases requires experienced clinical judgement, expertise bedside phase contrast microscopy of fresh vaginal fluid, classical cultures on Sabouroud medium and, if still unresolved, repetitive cultures taken by the patient herself at moments of symptoms, and/or nuclear acid amplification techniques to detect *Candida* genes in the vaginal fluid. Even if only vulvitis is evident, thorough expert examination of vaginal fluid is obligatory to diagnose VVC

Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2017 Jan;36(1):43-48.

Influence of contraceptive choice on vaginal bacterial and fungal microflora

Donders G, Bellen G, Janssens D, Van Bulck B, Hinoul P, Verguts J

ABSTRACT

The influence of contraception on vaginal microflora can have a major impact on the risk of developing acute or recurrent vaginal infections, but also may influence the risk of acquiring sexually transmissible infections (STI) such as HIV. A cohort of 248 women presenting for levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) insertion or reinsertion were stratified according to their current contraceptive method. Information concerning their menstrual pattern and data about the medical history were collected. The composition of their vaginal microflora was studied by detailed phase contrast microscopy of fresh vaginal fluid, and aerobic cultures were taken to detect enteric bacterial growth and fungal colonisation. LNG-IUS and progesterone-only-pill (POP) users had significantly lower blood loss ($p < 0.001$) than other women. Regardless of

the type of contraception used, all women reported similar rates of symptomatic lower genital tract infection during the preceding year. Women using combined oral contraception (COC) and long-term LNG-IUS had the same bacterial composition of vaginal microflora as non-contraceptive users, even when infections were combined. Both hormonal and non-hormonal intrauterine device users had an increased tendency to have more vaginal colonisation with *Candida*. Women on POPs or subcutaneous implants had a tendency towards increased vaginal atrophy, but had a lower *Candida* carriage rate compared to IUCD users (LNG-IUS and Copper-IUCD, $p = 0.037$). Women with an increased risk of acquiring STIs or recurrent BV could benefit from LNG-IUS or COC due to a well-preserved vaginal bacterial flora. Women with a susceptibility for RWVC should prefer POPs, and avoid intrauterine contraception.

J Med Microbiol. 2017 Aug 4.

Seroprevalence of anti-Chlamydia trachomatis IgM in neonatal respiratory tract infections in Hungary

Balla E, Donders G, Petrovay F, Urban E

ABSTRACT

Purpose

To determine the seroprevalence of specific IgM indicative of respiratory tract infection (RTI) due to *Chlamydia trachomatis* (CT) among symptomatic infants.

Methodology

A descriptive study was conducted on young infants up to 5 months old at the Bacterial Sexually Transmitted Infections Reference Laboratory, National Centre for Epidemiology, Budapest, covering the period 2008-2016. Serum samples from infants suffering from RTIs were screened with a micro-immunofluorescence test (Focus, Cypress, USA) for the presence of anti-*Chlamydia trachomatis*-specific IgM. A parallel *Bordetella pertussis* screening was performed by an indirect immunofluorescence test (Euroimmun, Lübeck, Germany) that detected specific IgM.

Results

The CT-specific serum IgM was highly reactive in 50 (19.1%) of the 262 neonates with RTIs, while all proved negative for *Bordetella pertussis*-specific IgM.

Conclusion

Vertically transmitted *C. trachomatis* must be regarded as a common pathogen among symptomatic neonates with RTIs in Hungary. Routine screening and treatment of pregnant women could be one option to help prevent these conditions. Focused laboratory testing based on raised clinical awareness should enable early diagnosis and appropriate therapy for symptomatic infants.

J Med Microbiol. 2017 Jul;66(7):915-918

Distribution of Chlamydia trachomatis genotypes in neonatal conjunctivitis in Hungary

Balla E, Petrovay F, Erdosi T, Balazs A, Henczko J, Urban E, Donders G

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the frequency and age distribution of different *Chlamydia trachomatis* (CT) genotypes causing ophthalmia neonatorum (ON) in Hungary. Using CT specific PCR, we tested 76 conjunctival samples from symptomatic infants up to 3 months old in the National Centre for Epidemiology, Budapest between 2008 and 2016. CT tested positive in 30 of 76 conjunctival samples (39.5%). The sequencing of the positive samples was successful in every case but one, and resulted in 48% dominance for genotype E (14/29), followed by 24% for genotype G (7/29), 10% for J (3/29), 6.9% for K and F (2/29), and 3.4% for H (1/29). CT must still be regarded as a common pathogen causing ON in Hungary. Routine screening and treatment of pregnant women can be recommended to prevent these conditions. Chronic ON cases can be reduced by early diagnosis. Further research is needed to explain the dominance of genotypes E and G.

J Perinat Med. 2017 Jul 26;45(5):505-515.

Mycoplasma/Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen

Donders G, Ruban K, Bellen G, Petricevic L

ABSTRACT

Mycoplasmata have been linked to pregnancy complications and neonatal risk. While formerly a limited number of species could be discovered by cultures, molecular biology nowadays discovers both lower quantities and more diverse species, making us realize that mycoplasmata are ubiquitous in the vaginal milieu and do not always pose a danger for pregnant women. As the meaning of mycoplasmata in pregnancy is not clear to many clinicians, we summarized the current knowledge about the meaning of different kinds of mycoplasmata in pregnancy and discuss the potential benefits and disadvantages of treatment. Currently, there is no general rule to screen and treat for mycoplasmata in pregnancy. New techniques seem to indicate that *Ureaplasma parvum* (Up), which now can be distinguished from *U. urealyticum*, may pose an increased risk for preterm birth and bronchopulmonary disease in the preterm neonate. *Mycoplasma hominis* (Mh) is related to early miscarriages and midtrimester abortions, especially in the presence of abnormal vaginal flora. *Mycoplasma genitalium* (Mg) is now recognized as a sexually transmitted infection

(STI) that is involved in the causation of cervicitis, pelvic inflammatory disease (PID) in non-pregnant, and preterm birth and miscarriages in pregnant women, irrespective of the presence of concurrent other STIs, like Chlamydia or gonorrhoea. Proper studies to test for efficacy and improved pregnancy outcome are scarce and inconclusive. Azythromycin is the standard treatment now, although, for Mg, this may not be sufficient. The role of clarithromycin in clinical practice still has to be established. There is a stringent need for new studies based on molecular diagnostic techniques and randomized treatment protocols with promising and safe antimicrobials

J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017 Dec;38(4):256-259.

Women without vulvodynia can have a positive 'Q-tip test': a cross sectional study

Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Donders G

ABSTRACT

Background

Vulvodynia is a frequently missed pathology, often confused with vaginismus. The Q-tip test (QTT) is fundamental for the diagnosis; however, there is lack of data about its performance in asymptomatic women.

Objective

This study intended to evaluate the QTT for painful vestibular spots in asymptomatic women.

Methods

Q-tips were gently pressed at different areas of the vulvar vestibule to obtain a 0-10 score representing the pain felt. This was performed in 267 consecutive patients presenting to the gynecology outpatient clinic for reasons other than vulvovaginal complaints. A questionnaire was done to evaluate the possibility of unrecognized vulvodynia.

Results

Out of the 267 women, 18 (6.7%) fitted the diagnosis of vulvodynia and were excluded from the analysis. Of the remaining 249, 41 (16.5%) had a positive QTT. We could not find differences in the sexual activity rate between women with and without a positive QTT. No demographic differences could be found between the two groups. Only depression was more common in women with a positive QTT [31.7% (13/41) versus 10.8% (21/208), $p=.001$].

Conclusions

Asymptomatic women can have painful vestibular spots in the absence of vulvodynia. A positive QTT cannot be considered equivalent to vulvodynia, highlighting the need for extensive workup of these women before that diagnosis can be assumed.

Int Urogynecol J. 2017 May;28(5):675-679.

Deconstructing the genitourinary syndrome of menopause

Vieira-Baptista P, Marchitelli C, Haefner HK, Donders G, Perez-Lopez F

ABSTRACT

The concept of genitourinary syndrome of menopause (GSM) was recently introduced and has been gaining widespread use. While some justifications for its introduction are straightforward, others may be questionable. Numerous unspecific symptoms and signs were included in the definition of the syndrome, but the minimum number required for diagnosis was not established. While the GSM definition is designed to facilitate identifying vulvovaginal and urinary estrogen-deprivation-associated symptoms and signs, several concerns have evolved: (1) the syndrome may result in the underdiagnosis of vulvar and urinary pathology; and (2) serious conditions (e.g., high-grade squamous intraepithelial lesions of the vulva or vulvar intraepithelial neoplasia, differentiated type) may be missed while others may not receive appropriate treatment (e.g., lichen sclerosis, overactive bladder). In addition, the transformation of urogenital symptoms and signs into a syndrome may create an iatrogenization of menopause, which, consequently, can lead to demand for (and offer of) a panacea of treatments. This can be detrimental to the care of women who require focused therapy rather than global treatment addressing a variety of genitourinary conditions, not all of which even require any form of intervention. Women's needs may be better served by having a more precise urogenital diagnosis.

Neuro-chirurgie

Eur Spine J. 2018 Jan;27(1):76-82.

Cross-cultural adaptation and validation of the Dutch version of the core outcome measures index for low back pain

Van Lerbeirghe J, Van Lerbeirghe J, Van Schaeybroeck P, Robijn H, Rasschaert R, Sys J, Parlevliet T, Hallaert G, Van Wambeke P, Depreitere B

ABSTRACT

Purpose

The core outcome measures index (COMI) is a validated multidimensional instrument for assessing patient-reported outcome in patients with back problems. The aim of the present study is to translate the COMI into Dutch and validate it for use in native Dutch speakers with low back pain.

Methods

The COMI was translated into Dutch following established guidelines and avoiding region-specific terminology. A total of 89 Dutch-speaking patients with low back pain were recruited from 8 centers, located in the Dutch-speaking part of Belgium. Patients completed a questionnaire booklet including the validated Dutch version of the Roland Morris disability questionnaire, EQ-5D, the WHOQoL-Bref, the Numeric Rating Scale (NRS) for pain, and the Dutch translation of the COMI. Two weeks later, patients completed the Dutch COMI translation again, with a transition scale assessing changes in their condition.

Results

The patterns of correlations between the individual COMI items and the validated reference questionnaires were comparable to those reported for other validated language versions of the COMI. The intraclass correlation for the COMI summary score was 0.90 (95% CI 0.84-0.94). It was 0.75 and 0.70 for the back and leg pain score, respectively. The minimum detectable change for the COMI summary score was 1.74. No significant differences were observed between repeated scores of individual COMI items or for the summary score.

Conclusion

The reproducibility of the Dutch translation of the COMI is comparable to that of other validated spine outcome measures. The COMI items correlate well with the established item-specific scores. The Dutch translation of the COMI, validated by this work, is a reliable and valuable tool for spine centers treating Dutch-speaking patients and can be used in registries and outcome studies.

Orthopedie

Hand Surg Rehabil. 2018 Mar 19.

Ultrasonographic evaluation of the distance between the flexor pollicis longus tendon and volar prominence of the plate as a function of volar plate positioning and pronator quadratus repair - A cadaver study
Goorens CK, Van Royen K, Grijseels S, Provyn S, De Mey J, Scheerlinck T, Goubau JF

ABSTRACT

Flexor tendon injury after volar plating of distal radius fractures is due to friction against the plate. To assess this risk, the distance between the flexor pollicis longus (FPL) and the volar prominence of the plate was measured with ultrasonography under various conditions: a standard plate fixed proximal or distal to the watershed line and a low-profile volar rim plate, with and without transection of the pronator quadratus (PQ). Distance from the FPL to the volar prominence of the plate decreased significantly when the PQ was cut and when a standard plate was placed distal to the watershed line, with the tendon often bulging over the plate. No statistical difference was measured between a volar rim plate and a standard plate distal to the watershed line. Our results confirm the importance of positioning the volar plate proximal to the watershed line and of repairing the PQ.

Plastische Heelkunde

Cornea. 2018 Mar 13.

Use of the masquerade flap in ablepharon-macrostomia syndrome: a case report
Hollanders K, Casteels I, Vandelanotte S, Reyniers R, Segers K, Nevens T, Mombaerts I

ABSTRACT

Purpose

To report a case of ablepharon-macrostomia syndrome and surgical treatment options.

Methods

Case report and literature review.

Results

A prematurely born male baby presented with severe ablepharon, hypertelorism, macrostomia, low-set dysplastic ears, broad nasal bridge, coarse and redundant body skin, absent scalp and body hair, lax abdominal wall, absent nipples, camptodactyly, and ambiguous genitalia. Despite intensive ocular lubrication, severe exposure keratopathy developed within the first days after birth. The eyes were closed using masquerade flaps for 6 weeks. In a secondary procedure at the adjusted age of 3 weeks, the flaps were partially divided, and visual input and development were successfully achieved, while maintaining corneal protection.

Conclusions

We present a rare case of a prematurely born infant with a severe phenotype of ablepharon-macrostomia syndrome, surgically treated with masquerade flaps to preserve corneal health and allow bilateral visual input.

Vaatheelkunde

Future Cardiol. 2018 Apr 10.

Eluvia drug-eluting vascular stent system for the treatment of symptomatic femoropopliteal lesions

Müller-Hülsbeck S, Hopf-Jensen S, Keirse K, Zeller T, Schroë H, Diaz-Cartelle J, Gray WA

ABSTRACT

Endovascular options are increasingly recognized as primary treatments for lower extremity peripheral arterial disease inadequately responsive to noninvasive therapy. Options include balloon angioplasty and stent implantation, and newer technologies incorporate drug coatings to prevent restenosis and reduce the need for reintervention. The Eluvia drug-eluting vascular stent system (Boston Scientific, MA, USA) was designed with a biocompatible fluoropolymer coating to allow for drug elution over time. Initial clinical results demonstrate promising efficacy in terms of sustained femoropopliteal artery patency along with a good safety profile. This review summarizes the existing clinical literature on treatment of femoropopliteal artery lesions with Eluvia, and outlines the continuing research program.

Nieuwe artsen



Symposia 2018: save the date

Onze materniteit bestaat 80 jaar en viert dit op dinsdag 18 september met een wetenschappelijk avondsymposium in CC De Kruisboog in Tienen.

Woensdagavond 3 oktober gaan de urologen van RZ Heilig Hart Tienen en AZ Diest dieper in op enkele pathologieën die ze als speerpunten van de urologische zorg in de regio samen willen aanpakken, zoals onder meer bekkenbodemp Problemen.

Zaterdag 1 december bent in van harte welkom in CC De Kruisboog voor een ochtendsymposium rond vroegtijdige zorgplanning. Verwijzers ontvangen tijdig een persoonlijke uitnodiging per post.



RADIOLOGIE
Dr. Kristin Suetens

De medische staf radiologie gaat de zomervakantie in met een nieuwe collega. Op 1 juli start dr. Kristin Suetens op onze dienst Radiologie op Campus Mariëndal. Zij studeerde vorig jaar af als algemeen radioloog aan de KU Leuven, na assistentschappen in UZ Brussel, UZ Leuven en Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL, Genk), en behaalde ook het *European Diploma in Radiology* (EDiR). Dr. Suetens was tot eind 2017 resident radioloog in ZOL en nadien tijdelijk aan de slag in H. Hartziekenhuis Mol. Zij heeft bijzondere interesse in musculoskeletale beeldvorming en mammografie en zal voornamelijk in deze domeinen actief zijn.



NEUROLOGIE
Dr. Paul Vanooteghem

Ook onze neurologen verwelkomen in juli een nieuw staf lid. Dr. Paul Vanooteghem kreeg zijn opleiding in de geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich in de neurologie in AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en UZ Leuven. Tijdens zijn laatste opleidingsjaar (1992-1993) lag de focus op gerontopsychiatrie. Hij was werkzaam als neuroloog in AZ Diest en sinds 1995 ook in het gerontopsychiatrisch diagnosecentrum De Veste van de zorgcampus Sint-Annendael Grauwzusters in Diest. Zijn expertise op dat gebied is een meerwaarde voor onze geheugenkliniek.