

# HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • juli 2020

**rz** **tienen**

regionaal ziekenhuis  
heilig hart tienen vzw



## Coronacrisis **Artsen getuigen**

<b>3</b>	Voorwoord
<b>4-5</b>	Dr. Anneleen Peeters – Pneumoloog RZ Tienen
<b>6</b>	Ine Tombeur - Voorzitter eerstelijnszone Zuidoost Hageland
<b>7</b>	Cécile Verbeke - Stafmedewerker vermaatschappelijkte ouderenzorg & coördinator schakelzorgcentrum Zuidoost Hageland
<b>8-9</b>	Dr. Heidi Delrue – Intensivist RZ Tienen
<b>10-11</b>	Dr. Linda De Smet – Huisarts & CRA Ad Interim
<b>12</b>	Dr. Reinhilde Reybrouck – Ziekenhuishygiënist RZ Tienen
<b>13</b>	Dr. Tine Crits – diensthoofd spoedgevallen RZ Tienen
<b>14-15</b>	Dr. Jeroen van den Brandt – Voorzitter HAZOH Huisartsenkring Zuidoost Hageland
<b>16</b>	Dr. Vincent Bogaert - CRA Betze Rust
<b>17-26</b>	Wetenschappelijke publicaties
<b>27</b>	Nieuwe artsen
<b>28</b>	COVID-19 in RZ Tienen: een overzicht

## COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

**Hoofdredactie:** dr. Ann Cornelis

**Eindredactie:** Merlijn Moonen

**Redactieraad:**

dr. Ann Cornelis - dr. Philippe Borreman

dr. Frank Martens - dr. Hans Struyven

dr. Frederik Temmerman - Merlijn Moonen

**Vormgeving:** Liebens Reclame

**Foto's:** Heidi Rombouts, Merlijn Moonen, Studiovision

**Druk:** Drukkerij Trudo

**Verantwoordelijke uitgever:**

dr. Frank Martens,

Kliniekstraat 45 - 3300 Tienen

**Redactieadres:**

hartslag@rztienen.be



Dr. Hans Struyven

Algemeen directeur

Op 14 maart werd de eerste Corona-patiënt gehospitaliseerd in RZ Tienen.

Er volgden tot heden 150 andere patiënten.

Het virus kreeg het ziekenhuis, maar ook de ganse wereld in zijn greep.

Maar toch mogen we fier vertellen dat RZ Tienen de controle behield, dankzij een goede voorbereiding, maar voorname-lijk dankzij een enorme inzet van de medewerkers en artsen, een geweldige samenwerking binnen het ziekenhuis maar ook over de muren heen met de huisartsen, de huisartsen-wachtposten, de woonzorgcentra, de collega's van Alexianen Zorggroep Tienen, de eerstelijnszone, de thuisverpleging, het lokale bestuur en de welzijnswerkers.

Op 28 februari hadden we onze eerste vergadering van de task force, die wekenlang dagelijks samenkwam om de acties te coördineren.

De Covid-patiënten kregen de juiste zorg met dat VIP-sausje, waar RZ Tienen zo goed in is: heel persoonlijke service naar patiënten en familie toe en dit zowel op de intensieve als de niet-intensieve Covid-afdelingen.

In de samenwerking met de eerstelijns en onze partner in de geestelijke gezondheidszorg Alexianen Zorggroep Tienen en het lokale bestuur werd een structuur uitgebouwd, die ons niet alleen deed dromen van een 'geïntegreerde zorgzone', maar die ook een voorbeeld werd in de sector voor een nieuwe soort van samenwerking, die de toekomst zal uitmaken van de gezondheidszorg 2.0.

Een andere uitdaging was en blijft de opvang van de non-Covid zorg op een kwalitatieve manier. Ook hier zagen we die onvermoeibare inzet van medewerkers in soms heel moeilijke omstandigheden.

In de snelle, continue omschakeling zagen we die enorme flexibiliteit en die geweldige teamspirit, die bij elk van ons onwisbare impressies opwekte van een intense tijd, maar een tijd waarin we allen voelden waarom we voor die job of roeping in de zorg kozen.

De medewerkers en artsen verdienen dan ook dat respect dat ditmaal heel erg uitgesproken door de burger werd betoond.

We hopen natuurlijk dat zo een grote omschakeling in de toekomst niet meer nodig zal zijn, maar we bereiden ons voor op wat gaat komen in aanmerking nemend alle 'lessons learned' uit de afgelopen periode.

In dit nummer van Hartslag leest u persoonlijke getuigenissen van heel wat medewerkers en artsen uit verschillende diensten, maar ook van collega's van buiten de muren van het ziekenhuis.

Ze zullen u meenemen doorheen die intense periode, elk vanuit hun persoonlijke situatie en gevoelswereld.

Ik wens u veel leesgenot, maar vooraf wil ik nog een welgemeende dankjewel zeggen aan éénieder die onze patiënten en de patiënten van buiten het ziekenhuis afgelopen maanden mee begeleid en geholpen heeft.

## 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](mailto:huisarts@drztienen.be).

“Er was vaak een gevoel van machteloosheid, omdat de therapeutische opties beperkt bleken te zijn”

**DR. ANNELEEN**



Mijn collega's pneumologen en ik werden tijdens de coronacrisis uit onze comfortzone gehaald. We kregen massaal telefoontjes van bange patiënten, artsen en bezorgde families. Vrienden vroegen onze mening over dit nieuwe ziektebeeld tijdens zoomsessies. Helaas moesten wij het antwoord vaak schuldig blijven.

De eerste weken maakten we in het ziekenhuis onderlinge afspraken en richtlijnen zodat het beleid uniform was op alle covid-afdelingen en bij alle covid-artsen. Nooit eerder werden er zoveel publicaties of podcasts op de wereld afgevuurd, de één al wat meer wetenschappelijk onderbouwd dan de andere. Vergaderen was dagelijkse kost. Onze mailbox pulde uit met updates en dagelijks nieuwe richtlijnen. Zo kregen we bijvoorbeeld elk uur een mail met het aantal aanwezige Covid-patiënten op elke zaal.

Ik voelde me zeker geen held, maar eerder een hardwerkende matroos op een schip onder leiding van een goed geolied team. De directie koos de route, en ik vertrouwde erop dat het goed was. Samen zouden we wel door de storm varen. Helaas was er toch ook vaak een gevoel van machteloosheid, aangezien de therapeutische opties beperkt bleken te zijn. Er was ook de angst om zelf ziek te worden onderweg. Bij het openen van de één na de andere CT-scan kreeg ik toch een beklijvend gevoel. Dat stomme beest zit echt overal. Toch maar mijn koorts nog eens meten eenmaal thuis.

Sommige patiënten waren ernstig ziek, maar zaten anderzijds wel rustig te eten, zonder zuurstofmasker en met zeer lage zuurstofsaturatie. Patiënten verdragen deze gevaarlijke hypoxie wonderlijk, alsof dat Covid-beest ook hun hersenen lamlegt, de 'happy hypoxia'. De schade aan de longen kan aanzienlijk zijn en we weten momenteel nog niet hoe deze letsels in de toekomst zullen recupereren. Antwoorden op deze vragen zullen we de komende maanden hopelijk krijgen. Momenteel hebben we al enkele patiënten teruggezien (met ook verblijf op intensieve zorgen) die het thuis gelukkig goed doen.

Er was ook bezorgdheid over andere non-covid pathologie. Waar waren alle andere patiënten met ernstige ziektebeelden zoals COPD, pneumonie, pancreatitis, milde of zelfs ernstige hartinfarcten? Helaas werden tijdens de afgelopen weken toch enkele zeer vergevorderde tumoren vastgesteld bij jonge patiënten. Zouden deze sneller ontdekt zijn in non-covid tijden? De vraag wordt terecht gesteld.

Toch waren er ook positieve aspecten: het was hartverwarmend om te zien hoe hulp uit onverwachte hoek verscheen. Aanvankelijk kregen we een gezond fruitje, daarna een minder gezonde pizza, maar al snel werden de manden op de verpleegposten vooral gevuld met massaal veel chocolade (die de Hema en Leonidas niet meer aan de man konden brengen).

Er waren ook leuke babbels met de spoedartsen in de keuken (tijdens het therapeutisch afwassen van borden en bestek). We leerden elkaar in het ziekenhuis beter kennen en vormden nieuwe teams met een internist en chirurg op elke covid-afdeling. We hebben veel van elkaar kunnen bijleren. Er was ook onrechtstreekse hulp van collega's. Internisten deden extra inslapende wachten. Anderen bemanden triageposten of leerden te intuberen op intensieve zorgen. Gelukkig is het nooit zover moeten komen en konden we de instroom van de patiënten steeds overzien en opvangen. Momenteel kunnen de meeste patiënten terug naar huis, een schakelcentrum of een woonzorgcentrum.

De schrik zit er wel in en we blijven voorzichtig de maatregelen volgen, hoewel samen een pintje drinken of een glas bubbels heffen met het hele team zeker deugd zou doen op een warme zomeravond.



Ik ben schepen van mensen in Tienen en sinds eind december 2019 voorzitter van de zorgraad ELZOH. Dat is de eerstelijnszone Zuidoost Hageland. In de zorgraad zetelen vier clusters: gezondheid, welzijn, PZON (personen met een zorg – of ondersteuningsnood) en lokale besturen. De zorgraad was een nieuw gegeven voor me en ik zag het voorzitterschap dat ik eind december opnam als een enorme uitdaging, maar ook een uitdaging waar ik me nog zou moeten inwerken en het netwerk verkennen.

En toen kwam Covid en word je overstelpt met de meest diverse vragen uit een sector waar je je nog volop aan het inwerken bent. Vragen over beschermingsmateriaal voor bijvoorbeeld thuisverpleegkundigen, personeelsuitval in de woonzorgcentra, kwetsbare mensen die het thuis met de kinderen niet meer gebolwerkt krijgen, ... Vragen waar je een oplossing voor zoekt, vragen die je dag én nacht (is me nog nooit overkomen) bezighouden, vragen die je ook persoonlijk raken en je vastgrijpen. Zo veel vragen die er bovenop je werk als schepen bijkomen.

Maar dan merk je dat je absoluut niet alleen staat. Vanuit verschillende sectoren wordt er aan hetzelfde zeel getrokken, er wordt over de muurtjes heen gekeken en ik voelde dat we samen Covid aanpakten, elk vanuit zijn discipline maar met hetzelfde doel: 'dat verdomde virus klein krijgen'. Het was een intense periode met veel overleg en terugkoppeling naar de zorgraad. Een periode waarin ik zeer veel mensen heb leren kennen voor wie mijn respect enorm gegroeid is. Mensen in een directiefunctie, maar ook mensen op het veld, zoals thuisverpleegkundigen, huisartsen, ...

Ik merkte ook dat Covid ons bijna wekelijks op een andere manier bezighield. De ene week waren we bezig met beschermingsmateriaal, dan kwamen de triageposten, de skillslabs, het schakelzorgcentrum en toen Covid in de ziekenhuizen onder controle was, was het alle hens aan dek in de woonzorgcentra. Nu nog zijn we bezig met de psychosociale impact en trekken we lessen uit de afgelopen periode voor mocht er een tweede golf komen. De samenwerking in onze regio was enorm verbindend; een zeer goede samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijnszone, iedereen nam zijn taak en verantwoordelijkheid op waar hij kon. Tegelijkertijd zijn we een vooruitstrevende regio; niets weerhield ons om een nauw contact te houden met het Agentschap Zorg en Gezondheid en onze bezorgdheden, maar vooral ook onze goede voorbeelden door te geven. Deze goede samenwerking zal ook resulteren in het opstellen van een noodplan. Dan komt het stadsbestuur er ook bij kijken, maar deze samenwerking zat ook goed.

Voor mij was het een enorm intense periode, een periode waar ik op enkele maanden geleerd heb wat ik dacht te leren op enkele jaren. Een periode waarin de appreciatie voor veel mensen enorm gegroeid is, maar ook een periode waarin heel belangrijke fundamenten gelegd zijn voor een degelijke en kwaliteitsvolle zorg, maar ook voor welzijn in onze regio.

“Ik werd overstelpt met vragen uit een sector waarin ik me nog volop aan het inwerken was”



## CECILE VERBEKE

STAFMEDEWERKER VERMAATSCHAPPELIJKE OUDERENZORG & COÖRDINATOR SCHAKELZORGCENTRUM ZUIDOOST HAGELAND

In het kader van de covidcrisis werden er door de overheid nieuwe initiatieven in het leven geroepen. De schakelzorgcentra waren hier één van.

Schakelzorgcentra bieden een oplossing voor mensen die medisch gezien het ziekenhuis mogen verlaten, maar die (dikwijls om sociale en medische redenen) nog niet naar huis kunnen. Denk bijvoorbeeld aan mensen voor wie de continuïteit van zorg of een aangepaste woonomgeving nog niet geregeld is. Tegelijk zijn ze nuttig om de instroom in het ziekenhuis te beperken tot mensen die complexe zorg nodig hebben. Schakelzorgcentra kunnen daarom ook medisch toezicht bieden voor mensen die besmet zijn met Covid-19, niet thuis kunnen blijven, maar nog niet meteen naar het ziekenhuis moeten.

Na de vraag van de overheid ging het schakelzorgcentrum Zuidoost Hageland op 8 april van start. Als coördinator van dit centrum kwam ik voor verschillende uitdagingen te staan: het was bijvoorbeeld moeilijk om in te schatten hoeveel patiënten naar het centrum zouden komen, en dus ook hoeveel medewerkers er nodig waren. We zorgden voor 20 bedden voor Covid-positieve patiënten bij de Alexianen Zorggroep Tienen en 10 bedden voor Covid-negatieve patiënten in de Villa Domein 't Park in Landen. De stromen van positieve en negatieve patiënten moesten immers strikt gescheiden blijven.

Schakelzorgcentra zijn een heel nieuw gegeven. In geen tijd moesten ze operationeel zijn. Zorgverleners met verschillende achtergronden werden

plots samengezet en moesten in enkele dagen tijd een hecht team vormen. Gelukkig was er veel bereidwilligheid om aan dit project mee te werken. We stelden een team samen uit artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, maatschappelijk werkers, kinesisten, een psychotherapeut, logistieke medewerkers en onderhoudsmedewerkers vanuit verschillende organisaties, zelfstandigen en vrijwilligers. De samenwerking verliep heel vlot en de voorziene capaciteit bleek voldoende. Ik denk dat het centrum zeker een meerwaarde was voor de patiënten, maar ook een positieve impact heeft gehad op de samenwerking tussen verschillende professionele partners. Opeens hebben we heel snel kunnen schakelen, en uit die samenwerking kunnen we zeker lessen meenemen naar de toekomst.

Eens de druk op de ziekenhuizen minder was en nadat de laatste patiënt ontslagen was, sloot het schakelzorgcentrum op woensdag 20 mei zijn deuren.

“Het schakelzorgcentrum heeft een positieve impact gehad op de samenwerking tussen verschillende partners”

'Denk jij dat het tot bij ons zou kunnen komen? Dat is toch precies geen gewone griep he? Heb je die cijfers gezien, die recent in dat Duits artikel gepubliceerd werden?' Het was zaterdag 1 maart, dr. Vanhee en ik waren in de keuken van intensieve zorgen tijdens een wacht-dienst aan het mijmeren over Covid-19. Onze interesse werd gewekt door de eerste besmettingen in Europa. Op dat ogenblik was het RZ Tienen klaar om in geval van nood 1 kritiek zieke Covid-patiënt op te vangen op intensieve zorgen, in afwachting van een transfer naar 1 van de 2 nationale referentiecentra voor kritiek zieke Covid-patiënten.

Dat we 2 maanden later, opgelucht, de laatste van meer dan 20 kritiek zieke Covid-patiënten vanop intensieve zorgen zouden ontslaan naar de afdeling, kon niemand op dat ogenblik vermoeden. Dat alle Belgische ziekenhuizen zich schrap zouden moeten zetten om de Corona-pandemie samen te trotseren, was toen nog ondenkbaar. Het ging allemaal razendsnel. Op 5 maart waren we nog aan het lachen met de eerste Coronamopjes die via social media verspreid werden, exact een week later rolden de eerste protocollen voor de aanpak van Covid-pathologie in alle ernst uit onze printer. Italië had ons wakker geschud: Covid-19 was uitermate besmettelijk, agressief, ook jonge gezonde patiënten werden getroffen en velen hadden intensieve zorgen en beademing nodig... bij onze zuiderburen was er een schrijnend tekort aan ziekenhuisbedden, personeel en beademingsmachines. Er lagen patiënten in zuurstofnood op de gang. Er werd noodgedwongen een leeftijds-grens getrokken wie wel en wie niet meer verzorgd kon worden.

Deze tsunami kwam onze richting uit en verplichtte ons tot actie over te gaan: in een mum van tijd werden zo veel mogelijk ziekenhuisbedden leeggemaakt en kregen afdelingen een nieuwe bestemming. De capaciteit van onze intensieve zorgen werd verdubbeld. De reguliere afdeling intensieve zorgen werd

een cohort-afdeling waar we 8 patiënten konden opvangen, de ontwaakzaal van het operatiekwartier Mariëndal werd een pop-up intensieve dienst voor 4 niet besmette patiënten. Vele handen werkten samen om dit te doen slagen. Het EK voetbal werd dit jaar dan wel geannuleerd, maar het 'tous ensemble'-gevoel was er zeker wel.

Een aantal verpleegkundigen van het operatiekwartier en sommige andere afdelingen werden op het intensieve strijdveld gevraagd zodat we dit dubbel aantal patiënten konden verzorgen. Zoiets is niet evident, maar we zagen wel een opvallend vlotte omschakeling dankzij de oprechte motivatie van al die helpende handen en de inzet van onze vaste verpleegkundigen om hun ervaring te delen. De dienst anesthesie maakte aan de hand van beschikbare literatuur protocollen op voor dit nieuwe ziektebeeld. Medicatie-sjablonen, labo-panels, checklists werden geïmplementeerd. Er rolde een werkschema uit waarbij naast de intensivisten, iedere dag minstens 2 anesthesisten 24u aanwezig waren in het ziekenhuis om permanentie te voorzien voor de intensieve diensten.

De collega's anesthesie van Aarschot en veel artsen van andere disciplines boden hun hulp aan en verdiepten zich met overgave in de wereld van de intensieve zorgen om in geval van nood hun steentje bij te kunnen dragen. We wisten immers niet wat ons exact te wachten stond. Zouden we handen tekort komen? Wie zou de dienst anesthesie beademen, mocht die integraal onderuit gaan? In kleine klasjes werd een beademings-



cursus gegeven door dr. Mestrum. Dr. Teugels bracht een intubatiepop mee en dr. De Caluwé (cardiologie St-Trudo) deelde haar 'intensieve zorgen voor dummies'-lessen.

Onze hoofdverpleegkundige en de dienst ziekenhuishygiëne staken de koppen bijeen om een efficiënte en veilige cohort-afdeling tot stand te brengen. Dankzij duidelijke instructies, correcte afspraken en duidelijke markeringen (groene en rode lijnen op de grond,

“De omschakeling naar dubbel zoveel intensieve bedden was niet evident, maar we waren al snel een geoliede machine”





stopborden, boodschappen op A4...) zag iedereen waar de vuile en propere zones zich bevonden en hoe de werking ineen zat. De soldaten van de vuile zone werden altijd volledig getooid in een strijdpak met schorten, maskers, brillen, helmen, handschoenen. Veilig aan- en uitkleden werd gedrild. Aan het front was er altijd minstens 1 iemand aanwezig, hetzij druk in de weer, hetzij standby in de 'loungestoelen'. In de propere zone idem.

Er was veel te doen om de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit leefde bij het begin van de crisis sterk onder alle zorgverstrekkers. Om het verbruik van FFP2-maskers te temperen, werden deze maskers aan de ingang van de afdeling in gepersonaliseerde nierbekkens bewaard, tesamen gestapeld op een tafel. Deze manier van werken voelde zeker in het begin nogal onwennig en vuil aan. We graptten vaak over een 'Corona-kwekerij', wanneer we 's ochtends op zoek gingen naar ons eigen doosje...toch werd niemand ziek.

Op 18 maart werd de eerste Covid-patiënt opgenomen, die had zo'n hoge zuurstofnood dat toediening via masker

niet meer voldoende was. Op intensieve zorgen kunnen we via High Flow Nasal Oxygen Therapy (Optiflow) en via intubatie en kunstmatige ventilatie hogere zuurstofconcentraties toedienen en de ademhaling beter ondersteunen en monitoren dan op een gewone afdeling. Ook andere falende organen (vb hart, nieren, hersenen) kunnen gemonitord en ondersteund worden. Kritiek zieke Covid-patiënten hadden in eerste instantie ademhalingsmoeilijkheden, vaak in combinatie met andere falende organen en een opvallende neiging tot vorming van bloedklonters. Sommige van onze opgenomen patiënten konden we helpen met Optiflow, bij anderen konden we een intubatie met kunstmatige ventilatie niet afwenden. Een deel daarvan had het zo moeilijk dat we ze regelmatig in buiklig moesten beademen. De eerste keer gebeurde dit heel voorzichtig met ons protocol in de hand, stapje voor stapje, aarzelend zoekend naar de beste manier om dit te doen. Na enkele weken waren we een geoliede machine.

Het waren zeer intense weken voor iedereen op de afdeling: nieuwe pathologie, de angst om zelf besmet te

worden, werken op onbekend terrein, volledig ingepakt zijn, bezorgde familieleden aan de telefoon. Maar elke patiënt die we konden ontslaan naar de gewone afdeling, de dankbaarheid die we voelden van patiënten en hun familie, lieve woorden, een doos heerlijke eclairs of zelfgebakken wafeltjes, het deed iedereen ontzettend deugd.

Nu de eerste piek voorbij is, hebben we de ruimte om terug te blikken op een intensieve periode. Wat we ons vooral zullen blijven herinneren, is de veralgemeende inzet en de ziekenhuisbrede vlotte samenwerking. Hierdoor leerden veel medewerkers elkaar op een andere manier kennen: een blauwdruk voor de toekomst.



**DR. LINDA**

Als huisarts werden onze activiteiten tijdens de lockdown initieel beperkt tot essentiële zorg. Alle chronische niet-urgente contacten werden uitgesteld. Er kwam dus tijd vrij, en we konden ons vrijwillig aanbieden om te helpen in de triagepost, het schakelcentrum of de woonzorgcentra waar we de CRA (coördinerende raadgevende artsen) hulp konden bieden waar nodig.

Het is zo dat ik, samen met mijn collega Tine Avermaete, op 9 april gevraagd werd om het woonzorgcentrum 'De Gouden Jaren' een hand toe te steken. Er leek ogenschijnlijk een grote besmettingsgraad te verwachten. De CRA had vijf hoestendepatiënten getest en deze bleken allemaal Covid-19 positief. In overleg met het Agentschap Zorg en Gezondheid, RZ Tienen, de huisartsenkring HAZOH en de directie werd er besloten om alle bewoners en personeelsleden te testen. Dit zou ons toelaten een cohortafdeling met besmette personen te maken zodat deze gescheiden verzorgd konden worden van gezonde bewoners. Het hele paasweekend namen we wissers af. Al snel bleek onze grootste vrees werkelijkheid: naarmate de testresultaten binnenkwamen bleek ongeveer drie kwart van de bewoners en twee derde van het personeel positief. Tot overmaat van ramp viel de CRA de volgende dag uit met 39°C koorts. Het bleek om een ernstige Covid- besmetting te gaan die zelfs een maand hospitalisatie vereiste. (Gelukkig is onze collega heden ten dage opnieuw alive and kicking!)

De cohortafdeling, die zich initieel op de benedenverdieping bevond en bestond uit zes kamers plus een afgespannen eetzaal waar nog eens acht bedden stonden, bleek al snel onvoldoende. Gelukkig mochten wij vier patiënten die meer zorg nodig hadden doorverwijzen naar het schakelzorgcentrum en konden vier andere patiënten terecht in het

ziekenhuis. Toch bleef de balans zwaar. Het werden lange dagen om bewoners en hun hele huisraad, tot klein meubilair toe, te verhuizen. Hun bezittingen werden in plastic zakken gedaan en verhuisd naar andere kamers, samen met bed en matras. Dit was toch heel anders dan cohorteren in een ziekenhuis: je verhuist alles wat de bewoners de laatste jaren op hun kamer vergaard hebben. We kregen gelukkig veel hulp van buiten: er kwam zorg- en poetspersoneel van het ziekenhuis en andere rustoorden. Ook het Wit-Gele Kruis, zelfstandige verpleegkundigen, stadspersoneel en een derde arts Robbert Struyven (zoon van) en een stagiaire Sien schoten ons ter hulp.

De isolatiemaatregelen leverden schrijnende taferelen op. Bewoners zagen niets dan mannen en vrouwen ingepakt in schorten, mondmaskers, faceshields en handschoenen. De mensen waren ongelukkig, angstig en stelden zich vragen over de toekomst en hun eigen gezondheid. Uiteindelijk leverde het virus een centrum met 10 negatieve bewoners in druppelcontactislatie op hun kamer op, de rest was allemaal besmet.

Naast de praktische organisatie ging onze hoofdtaak natuurlijk naar het verzorgen van de patiënten. Het werd à la guerre comme à la guerre. We probeerden zeer kort op de bal te spelen door mee briefings van het zorgpersoneel te volgen, regelmatig de patiënten

te zien en zelfs mee in de zorg te staan. Mijn collega en ik hebben gedurende een weekend mee de mensen gewassen en eten gegeven om zo het personeelstekort wat op te vangen. Dit had ik nog nooit gedaan! Wij gingen te rade bij onze collega in een andere woonzorgcentrum, kregen raad van de geneesheren in het ziekenhuis, gaven zuurstof, subcutane infusen (waar ik vroeger nooit in geloofde) enzovoort.

Uiteindelijk is onze eindbalans nog meegevallen, buiten de zeven spijtige overlijdens die we jammer genoeg niet hebben kunnen vermijden. Vandaag zijn alle bewoners uit isolatie en is niemand is nog ziek. Iedereen is terug op zijn of haar eigen kamer en kan opnieuw een eigen huisarts ontvangen. En de CRA-arts neemt zijn functie terug op: onze taak als interim-CRA zit erop.

Dr. Ann Cornelis vroeg mij dit artikel te schrijven en te vertellen wat dit alles met mij gedaan heeft als mens en arts. Nu ik erop terugkijk weet ik dat dit mij zowel als arts maar vooral als mens verrijkt heeft. Het heeft mij als solo-arts geleerd om samen te werken met collega's en zorgpersoneel. Ik doe namelijk al mijn hele carrière mijn eigen zin en neem mijn eigen beslissingen. Nu had ik voor het eerst collega's die mij in raad en daad bijstonden. Ik heb fijne mensen leren kennen. Ik leerde dat oude mensen toch nog zeer flexibel kunnen zijn en alles - zij het wel met lede ogen - gedwee ondergingen. Ik heb diep respect gekregen voor al het zorgpersoneel en hun betrokkenheid met de bewoners. Ik ondervond een fijne samenwerking met ons lokaal ziekenhuis. Wij konden op hen rekenen voor personeel, zuurstof, schorten, gouden raad en nog veel meer.

En tot slot weet ik nu ook wat een bedbad, een intiem toilet en een 'lavabo' is! Aan al het zorgpersoneel: mijn diepste respect! Volhouden hé, want wij zijn er nog niet maar we zijn wel goed bezig!

---


“Drie kwart van de bewoners en twee derde van het personeel testte positief”



“ER WAS ELKE DAG IETS NIEUWS OM ONS ZORGEN OVER TE MAKEN”

**DR. REINHILDE REYBROUCK**

ZIEKENHUISHYGIËNIST RZ TIENEN



Bij de organisatie van de coronamaatregelen in ons ziekenhuis kwamen heel wat uitdagingen kijken. Het begon reeds in de krokusvakantie met een inventarisatie van onze PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen) en het veiligstellen van onze voorraad maskers.

Dan kwamen de berichten over de eerste gevallen in België. Bij het begin van de crisis was de kennis over het virus nog in volle evolutie en de richtlijnen dus ook. Dat vroeg een grote flexibiliteit van alle betrokkenen. Het opstellen, aanpassen, verspreiden en toepassen van de wisselende maatregelen verliep niet altijd optimaal maar gelukkig konden we rekenen op het begrip en de enorme inzet van alle geledingen in het ziekenhuis. Het tekort aan maskers en schorten, het oprichten van een cohortafdeling, het opsplitsen van spoed en intensieve, het verplaatsen van personeel, de vragen van de schoonmaak, de huisartsen en de rusthuizen: het werd een rollercoaster met elke dag iets nieuws om ons zorgen over te maken. Soms was er een andere visie maar altijd goede bedoelingen en samen hebben we de crisis doorstaan.

Geen betere multi-disciplinaire teambuilding mogelijk, al mag er voor de volgende keer toch liever een meer ontspannende activiteit op het programma gezet worden.

Wie had op 26 februari gedacht dat we drie maanden later nog steeds in de ban zouden zijn van Covid-19. 26 februari is de dag dat Reinhilde Reybrouck, Frank Martens en ik, toen nog in een klein comité, het eerste Covid-19 overleg gehouden hebben. Het ging er allemaal een beetje lacherig aan toe, toch vertrouwden we de terugkeer van al de skiërs niet helemaal. De eerste plannen werden gemaakt, de eerste acties werden ondernomen.

Een week later was ons Covid-19 clubje al uitgebreid en werden de eerste screenings georganiseerd. Niet veel later werd de cohortafdeling geopend, ICU ontdebeld en de hele werking van het ziekenhuis veranderd.

Dit alles moet ik eigenlijk niet vertellen, want dat weten jullie, jullie waren er immers bij.

Waar ik het even over zou willen hebben zijn de mensen tijdens de pandemie.

Een collega diensthoofd dat ik heb leren kennen als een fantastische vrouw, grappig en altijd rustig. Die rust bewonder ik echt. En kan ik nog veel van leren.

De verpleging van het MCA, gedropt op een dienst Spoedgevallen, in onzekere omstandigheden. Maar ze hebben dat hier fantastisch gedaan. Ook alle andere verpleging trouwens die plots iets anders moest doen dan wat ze gewoon zijn.

De mensen van de schoonmaak, altijd bereid om snel de boxen op spoed te komen poetsen, ook tijdens de nacht zodat de volgende patiënt kon geholpen worden.

De mensen van de technische dienst/administratie die onze wilde plannen steeds weer uitvoerden.

De collega artsen die op spoed, ITE zijn komen helpen, helemaal uit hun comfortzone. Maar wel leergierig en bereid te helpen met wat ze konden. Heb zelfs de adjunct-hoofdarts leren intuberen. Misschien heeft iedereen nu wat minder schrik voor de MUG-achterwacht?

De medewerkers van Spoed die nog meer dan anders hun fantastische zelf waren.

Het zijn dus vooral de mooie mensen die ik me zal herinneren en niet de stress of de drukte, want na een paar keer goed slapen is dat alweer vergeten.



“Ik zal me vooral de mooie mensen herinneren, niet de stress en de drukte”

**DR. TINE CRITS**

DIENSTHOOFD SPOEDGEVALLEN RZ TIENEN

'Samen Sterk' waren geen loze woorden in Zuidoost Hageland.

Het was verbazend en ontroerend dat iedereen uit onze regio zo vanzelfsprekend de handen in elkaar heeft geslagen om de coronacrisis het hoofd te bieden.

Het begon al bij de opstart van de triagepost voor het ziekenhuis. Met veel energie hebben collega's van de kring draaiboeken en nieuwsbrieven in elkaar gebokst om iedereen mee te krijgen met de vele nieuwe richtlijnen. Collega's huisartsen boden zich talrijk aan om shiften te draaien in de triage. Verpleging van Spoed hielp ons met de intake van de patiënten en toen zij het te druk hadden, hielpen de kinesitherapeuten en thuisverpleegkundigen ons uit de brand. Huisartsen mochten zich omkleden op Spoedgevallen en kregen daar hun beschermingsmateriaal. Er was een goede dialoog tussen Spoedgevallen, huisartsen en onze coördinatoren Margo en Hanan.

Toen we als kring en CRA (Coördinerend en Raadgevend Arts van een woonzorgcentrum) merkten dat corona het hardste toesloeg in onze rusthuizen hebben we samen met dr. Anne Beyen en dr. Hans Struyven gezocht naar oplossingen en ondersteuning. In 18 instellingen uit de omgeving waren er samen 1196 bedden waarvan er uiteindelijk 260 voor isolatie gebruikt werden. Voor de WZC's bleek dit een even ingewikkelde transitie als het uitbreiden van covid-afdelingen in een algemeen ziekenhuis. Onmisbaar hierbij bleek de ziekenhuishygiënist van RZ Tienen, Anita Truyens die vele van onze instellingen bezocht en concreet advies gaf. Hetzelfde RZ Tienen en verschillende gemeenten uit Zuidoost Hageland hielpen de instellingen om hun afdelingen te verbouwen. Verpleging uit het ziekenhuis en Alexianen Zorggroep Tienen (her)vormden een soms uitgeput team tot een nieuw samengesteld gezin dat de coronapandemie met een tweede of derde adem het hoofd kon bieden. Huisartsen uit de regio vormden tandems met CRA's of staken een hand toe bij het wisselen. Onze Geriater Anne Beyen kwam mee toeren bij zwaar aangedane WZC's om de CRA bij te staan met de zorgplanning.

## “Het delen van competenties en personeel binnen ons netwerk is van onschatbare waarde gebleken”

### DR. JEROEN VAN

Dr. Hans Struyven en ikzelf hielden een dagelijkse belronde waarbij we directies en CRA's van de verschillende instellingen bevroegen over hun noden. Alle schotten vielen weg om de instellingen bij te staan.

Het oprichten van een totaal nieuwe afdeling, namelijk ons schakelzorgcentrum (ZSC) in een leegstaande afdeling van de Broeders Alexianen, was een krachtige joined effort. We waren de tweede in Vlaanderen en de eerste die zich specifiek richtte op de nood van WZC's. Huisartsen en specialisten, psychiatisch- en thuisverpleegkundigen en maatschappelijk werkers van alle zuilen stonden zij aan zij. Wederom een nieuw samengesteld team die door hun drive twee en een halve week na de beslissing om te starten kwalitatief hoogstaande opvang voor onze patiënten kon leveren.

Snel schakelen op elk niveau was nodig. Om adequaat te reageren werd er een crisiscel opgericht. Dr. Hans Struyven, Gust Rector, Burgemeester Katrien Partyka, ikzelf en Ine Tombeur als voorzitter van ELZOH (Eerstelijnszone Zuidoost Hageland) beten de spits af. Alle acties werden hier in gang gezet. Naast bovenstaande onder andere:

- Centraal materiaalbeheer via brandweer Tienen en contactpersonen per beroepsgroep.
- Psychologische hulpverlening voor zorgteams in de WZC's.
- Psychologische hulpverlening voor patiënten/burgers.
- Een centrale dispatch waar burgers met vragen terecht konden om thuiszorg op te schalen of maaltijdbeiding geregeld kon worden.
- Skillslabs waar verpleegkundigen/zorgkundigen uit WZC's en thuiszorg konden oefenen in het goed gebruik van persoonlijk beschermend materiaal.
- Psychosociale hulpverlening in de wijken.

Naast collegialiteit en vertrouwen is het delen van competenties en personeel binnen ons netwerk van onschatbare waarde gebleken. Trots mogen we zeggen dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn in onze regio een voorbeeld is geweest voor andere regio's in Vlaanderen.

Als huisartsenkring en CRA's wensen we de goede zaken van onze samenwerking te behouden en willen we samen met het ziekenhuis ons goed voorbereiden op een eventuele (lokale) tweede golf.

**DEN BRANDT** ▶

VOORZITTER HAZOH HUISARTSENKRING ZUIDOOST HAGELAND



“HARTVERWARMEND OM TE ZIEN DAT DE ZORGEN, ONDANKS DE PSYCHISCHE STRESS EN FYSIEKE UITPUTTING, OP EEN WARME EN MENSELIJKE MANIER GEGEVEN WERDEN”

14 maart, het begin van de lockdown. Voor velen het begin van een stressvolle periode waar thuiswerk de nieuwe norm werd, kinderen niet naar school konden en sociale deprivatie verplicht werd. In de woonzorgcentra (WZC) werden de deuren gesloten voor bezoekers, de bewoners op vele plaatsen in kamerisolatie geplaatst en het personeel begon mondkapjes te dragen. Dit allemaal om de COVID-19 pandemie het hoofd te bieden.

Spijtig genoeg was voor verschillende WZC het kwaad al geschied. Mede door vaak atypische presentatie van COVID-19 bij deze oudere populatie was de vaststelling van de eerste outbreaks in WZC niet gemakkelijk en vaak laatijdig. Achteraf gezien waren de richtlijnen van de overheid inzake het testbeleid in WZC ontoereikend.

Verschiede WZC's zijn hard getroffen door het coronavirus. Niet alleen de bewoners maar ook het zorgpersoneel. Veel zieke bewoners, veel zieke personeelsleden, maar de zorgcontinuïteit moest verzekerd blijven. Het is hoopgevend en hartverwarmend om te zien hoe, ondanks de psychische stress en fysieke uitputting die deze uitzonderlijke omstandigheden met zich meebrengen, de zorgen op een warme en menselijke manier bleven toegediend worden. Eeuwig respect aan alle zorgpersoneel!

De samenwerking met collega huisartsen, collega CRA's en met RZ Tienen is in snel tempo gegroeid. Nooit is er zo uitgebreid overleg geweest tussen de eerste en de tweede lijn. We hebben op korte termijn veel van elkaar geleerd en dit heeft zeker bijgedragen tot een goede en doordachte aanpak van de crisis in onze WZC. De regio Zuid-Oost Hageland mag een goed voorbeeld zijn voor de rest van het land.

Ondertussen hebben we veel bijgeleerd, niet alleen over de ziekte, maar ook over de (hygiënische) maatregelen die dienen geïmplementeerd te worden om de verspreiding ervan te voorkomen. Na al dit zware werk ben ik ervan overtuigd dat we sterker staan dan ooit om een volgende golf van COVID-19 nog beter en nog sneller aan te pakken en de dodentol te beperken.

Deze pandemie is een opportuniteit om de nieuwe vorm van samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn vast te houden en in de toekomst te gebruiken voor andere gezondheidsproblemen. Samen staan we sterk!



# Wetenschappelijke publicaties

## Algemene & abdominale heelkunde

Annals of Case Reports (ISSN: 2574-7754)  
**Small Bowel Strangulation in The Lesser Sac Following Laparoscopic Subtotal Colectomy**

*Ivan Kerschaever, J Vankeirsbilck, P Borreman*

### ABSTRACT

We describe the case of a 60-year-old man who was admitted to the local emergency room with abdominal discomfort and epigastric pain. Clinical and radiological examination revealed strangulated small bowel migrating in the lesser sac through an iatrogenic defect in the remnants of the gastro-colic ligament following subtotal colectomy. A laparoscopic exploration, small bowel reduction and closure of the defect was achieved in an urgent manner. The benefits of minimally invasive abdominal surgery are known for many years already. Shorter hospital stay, faster recovery, decreased infection rate, less pain and less adhesions emphasise the success of laparoscopic and later on even robotic surgery over traditional open access. Nevertheless, those novel techniques do not avert particular iatrogenic pathology. Lessons are to be learned. A reduction of small bowel adhesions in laparoscopic procedures hypothesizes an increased risk of internal small bowel herniation, though this has not been studied thoroughly. Most commonly known nowadays is an internal herniation following laparoscopic gastric bypass procedure when closure of the postoperative peritoneal defects is not performed (Petersen's space and under the jejunojejunal anastomosis).



## Anesthesie

**A retrospective analysis of pulsed radiofrequency treatment for intercostal neuralgia**

*Lauwereins B. \*, Mestrum R. \*, Van Lantschoot A. \*, Mesotten D. \*, Van Zundert J. \*, Van Boxem K. \**

*\*Department of Anesthesiology, Intensive Care Medicine, Emergency Medicine and Pain Therapy, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, Belgium*

*§Department of Anesthesiology and Pain Management, University Medical Centre Maastricht, Maastricht, The Netherlands.*

### Introduction

Intercostal neuralgia is rare but invalidating. Treatable causes of thoracic pain have first to be ruled out.<sup>1</sup> Pulsed radiofrequency (PRF) of the intercostal nerves is a possible option to treat intercostal neuralgia above the level of T9.

### Objectives

The aim of this analysis was to evaluate the effectiveness and safety of PRF of the intercostal nerves in patients with chronic neuralgia.

### Methodology

We reviewed Global Perceived Effect

(GPE), the Numeric Rating Scale (NRS) and complications of all patients treated with PRF of the intercostal nerves from January 2017 until June 2019. All procedures were performed under fluoroscopy, with a 10cm 21G Cosman PRF-cannula with 5mm active tip. Patients who had a positive diagnostic block (pain reduction of  $\geq 50\%$ ) of the intercostal nerve above the level of T9 received PRF treatment 2x120s at a maximum of 42°C after. Needle position was confirmed by sensory threshold of less than 0.5V. A treatment was successful when a pain reduction of at least 50% was achieved 8 weeks after PRF.

### Results

Sixteen procedures were performed after a positive test procedure, for a variety of indications. Eight weeks after the PRF, 43% of the patients reported clinical success. In the group of responders mean NRS reduction was 4.4 points. No complications were reported.

### Conclusion

A PRF for intercostal neuralgia is a valuable option since 43% of patients report clinical success with minimal risk of side effects. The optimal indication is undetermined. The clinical effect needs to be confirmed in prospective RCT's.

**References**

1. J. Van Zundert et al., *Evidence-based Interventional pain medicine, According to Clinical Diagnoses, West-Sussex: Wiley-Blackwell 2012*

**Effectiveness of a radiofrequency treatment of the genicular nerves in chronic knee pain**

Belba A. \*, Bellemans J. +,μ,°, *Mestrum R. \**, Van Lantschoot A. \*, Vanneste T. \*, Mesotten D. \*, Van Zundert J. \*, §, Van Boxem K\*

\* Department of Anesthesiology, Intensive Care Medicine, Emergency Medicine and Pain Therapy, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, Belgium

§ Department of Anesthesiology and Pain Management, University Medical Centre Maastricht, Maastricht, The Netherlands.

+ Faculty of Medicine and Life Sciences, Hasselt University, Diepenbeek, Belgium

μ GRIT Belgian Sports Clinic, Leuven, Belgium

° Department of Orthopedic Surgery, ZOLGenk, Genk, Belgium

**BACKGROUND**

Management of chronic knee pain remains challenging. Chronic knee pain is seen in the osteoarthritic knee or as persistent post-surgical knee pain (PPSP). Recently, the genicular nerves became target of interest for radiofrequency (RF) treatment. This procedure is minimally invasive making it a potential treatment for fulfilling the unmet needs of these patients, thus warranting further research [1,2].

**OBJECTIVES**

The aim of this retrospective analysis was to evaluate the effectiveness of US guided RF treatment of the genicular nerves in patients with chronic knee pain at 6 weeks post-treatment.

**METHODS**

We reviewed data of patients who qualified for RF treatment of the genicular nerves between September 2017 and October 2019. The treatment was defined successful when observing a GPE of at least 50%. Exclusion criteria were chronic widespread pain (CWP) and a negative diagnostic block.

**RESULTS**

In total, 41 patients of 56 were included (8 negative diagnostic blocks, 6 CWP, 1 lost to follow-up) of which 13 (32%) had a successful treatment according to GPE. Eight patients had partial effect (20%) and 20 patients had no effect (49%). 85,7% of the patients had

PPSP. In the group of responders, the mean NRS reduction was 3,5 points. The only reported complication after treatment was cutaneous hypoesthesia in 4 cases.

**CONCLUSION**

Our retrospective case series shows that US guided RF treatment of the genicular nerves is a possible alternative treatment option for chronic knee pain. This is a promising technique especially for PPSP patients in the absence of alternative treatment strategies.

**REFERENCES**

1. Ajrawat P, Radomski L, Bhatia A, et al. *Radiofrequency Procedures for the Treatment of Symptomatic Knee Osteoarthritis: A Systematic Review. Pain Med. 2019.*

2. Bistolfi A1, Zorzolo I, Rold I, et al. *Radiofrequencies for painful total knee Arthroplasty: rationale and applications: A review. Physical Medicine and Rehabilitation Research. 2017; 2(6): 1-4.*

**Ultrasound-guided pulsed radiofrequency of the pudendal nerve for chronic pelvic pain: an audit**

Lapré R. \*, *Mestrum R. \**, Puylaert M. \*, Van Lantschoot A. \*, Vanneste T. \*, Mesotten D. \*, Van Zundert Z. \*, §, Van Boxem K. \*

\* Department of Anesthesiology, Intensive Care Medicine, Emergency Medicine and Pain Therapy, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, Belgium

§ Department of Anesthesiology and Pain Management, University Medical Centre Maastricht, Maastricht, The Netherlands.

**INTRODUCTION**

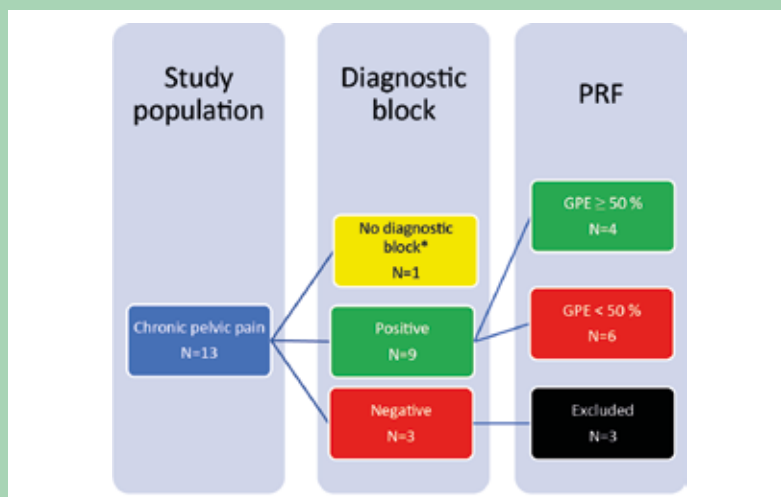
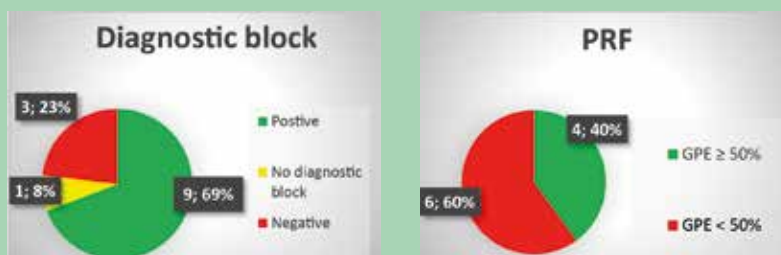
Chronic pelvic pain is a debilitating condition affecting 3,8% of women aged 15-73 years. [1] Pudendal neuralgia is one of the possible causes. Pulsed radiofrequency (PRF) has been used for several neuropathic pain syndromes. However, it's efficacy in chronic pelvic pain is still undetermined.

**OBJECTIVES**

The aim of this retrospective analysis was to evaluate the effectiveness of an ultrasound guided PRF of the pudendal nerve in patients experiencing chronic pelvic pain.

**METHODS**

We included all patients who received a PRF treatment of the pudendal nerve between February 2015 and November 2019 at our multidisciplinary pain centre. All prior investigations were negative for structural causes of chronic pelvic pain. We used the posterior ultrasound-guided approach to target the pudendal nerve.[3] Prior to most PRF procedures a diagnostic block was performed. A PRF current was applied to



\*Patient without diagnostic block had a GPE ≥ 50 %

the pudendal nerve at 45V with a maximum temperature of 42 °C for 4 minutes. Clinical success was defined as 50% or more pain reduction.

## RESULTS

We included 13 patients with uni- or bilateral chronic pelvic pain. Of these patients, 9 had a positive diagnostic block, 3 a negative block and 1 immediately received a PRF treatment. The mean NRS prior to procedure was 7. Of the 10 patients treated, 4 patients showed a clinical success 8 weeks after PRF treatment. There were no complications reported.

## CONCLUSION

A PRF treatment of the pudendal nerve seems to be a possible alternative to treat chronic pelvic pain although further research is needed.

## REFERENCES

- [1] Zonder KT et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106 (11):1149-55.
- [2] Chang MC. Efficacy of Pulsed Radiofrequency Stimulation in Patients with Peripheral Neuropathic Pain: A Narrative Review. *2018; 21; 225-234.*
- [3] Kovacs P1, Gruber H, Piegger J, et al. New, simple, ultrasound-guided infiltration of the pudendal nerve: ultrasonographic technique. *Dis Colon Rectum.* 2001 Sep;44(9):1381-5.

# Gynaecologie

Clin Inf Dis 2019 Apr 24;68(9):1575-1580.

## Treatment attitudes for Belgian women with persistent *Trichomonas vaginalis* infection in the VlaResT study.

Donders G, Ruban K, Depuydt K, Bellen G, Vanden Broeck D, Jonckheere J, Jacquemyn Y.

## ABSTRACT

### The aim of the study

While searching for possible resistant TV cases, adequacy of management of TV-infected women was assessed.

### Methods

Cervical cytology between July 2007 and July 2014 was tested with TV polymerase chain reaction, and 304 women expressed repeatedly positive results, 718 in total. For each of these positive results, a questionnaire about treatment decisions was sent to the

182 Belgian physicians treating these women.

## Results

From the 346 returned questionnaires by their physician it was evident that 58.1% of women with repeatedly positive TV had received no treatment. TV was overlooked in 31.5%, and in 17.6% the test result was seen but ignored. Upon seeing the positive result, 23.9% of physicians decided that this finding was not important enough to institute treatment, and/or requested confirmatory tests. Adequate treatment was prescribed in 38.4%. Retreatment after failed therapy was given in only 29.3% of the cases. And 60% of the partners of women with persistent TV infection were not traced, nor treated.

## Conclusion

Most of the repeatedly positive TV infection may not be due to antibiotics resistance. The low awareness, poor attention, failure of contact tracing, and low rates of proper treatment provided by treating physicians question the adequacy of the current management of TV infection and requires renewed education campaigns and increased surveillance.

*J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Dec 1;104(12):5893-5905.

## Treatment of Menopausal Vasomotor Symptoms with Fezolinetant, a Neurokinin 3 Receptor Antagonist: A Phase 2a Trial.

Depypere H., Timmerman D, Donders G, Sieprath P, Ramael S, Combalbert J, Hoveyda HR, Fraser GL,

## Context

The thermoregulatory center in the hypothalamus is stimulated by neurokinin 3 receptor (NK3R) activation and inhibited by estrogen-negative feedback. This balance is disrupted in menopause, producing vasomotor symptoms (VMSs).

## Objective

To evaluate safety and efficacy of the NK3R antagonist fezolinetant in menopausal VMSs.

## Design

Twelve-week, double-blind, randomized, placebo-controlled study.

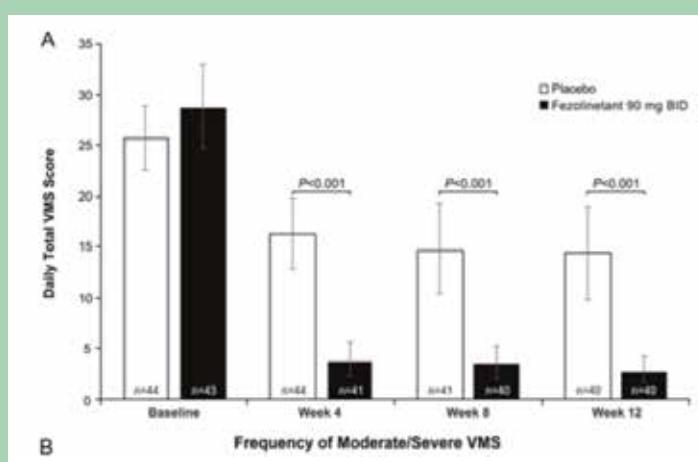
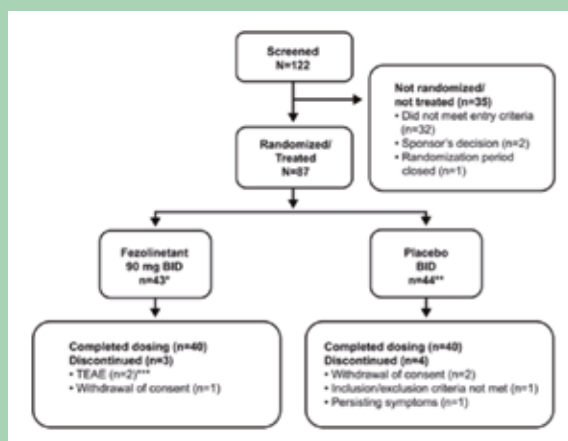
## Setting

Eight Belgian centers from September 2015 to October 2016.

**Table 2. Management From 346 Questionnaires of 169 Women With Repeatedly Positive *Trichomonas vaginalis* Polymerase Chain Reaction**

Treatment Proportion of All Positive TV Cases	N = 346 (%)
Treated patients	145 (41.9)
Treated with metronidazole or tinidazole	133 (38.4)
Treated with other antibiotic	12 (3.5)
Patients not receiving treatment	201 (58.1)
Doctors, who didn't see the result	109/201 (54.2)
Doctors who notified the result but:	92/201 (45.8)
Considered the result not important	61/92 (66.2)
Didn't trust the result/sent new swab for confirmation	22/92 (23.9)
Failure to respond	9 (2.6)
Management after failed treatment	N = 43 (12.4)
Repeated the same course	27 (58.1)
Used the same antibiotic, but other dosage	1 (2.3)
Used other treatment: azythromycin, clindamycin, probiotics...	6 (13.9)
Failure to respond	11 (25.6)
Test of cure visit	N = 145 (41.9)
Control visit done	77 (53.1)
Control visit was not done	65 (44.8)
No answer	3 (2.0)
Partner treatment	N = 267 (77.2)
No one treated	120 (44.9)
Patient is treated but partner is not	26 (9.7)
Advise to investigate a partner	43 (16.1)
Both treated but partner was not tested	63 (23.6)
Partner tested but not treated	3 (1.1)
Both tested and treated	1 (0.4)
Do not want to answer	11 (4.1)

Abbreviations: TV, *Trichomonas vaginalis*.



## Participants

Generally healthy menopausal women aged 40 to 65 years with moderate/severe VMSs.

## Interventions:

Subjects were randomized (1:1) to 90 mg of fezolinetant twice daily or placebo for 12 weeks.

## Main outcome measures

Subjects captured VMS severity and frequency using an electronic diary. The primary outcome was change from baseline to week 12 in total VMS score with fezolinetant vs placebo. Secondary outcomes included timing of changes in frequency and severity of moderate/severe VMSs and quality-of-life assessments at weeks 4, 8, and 12. Pharmacodynamic and pharmacokinetic effects were assessed, as were safety and tolerability.

## Results

Of 122 subjects screened, 87 were randomized and 80 (92%) completed the study. At week 12, fezolinetant significantly reduced total VMS score vs placebo (-26.5 vs -12.2,  $P < 0.001$ ) and decreased mean frequency of moderate/severe VMSs by five episodes per day vs placebo. Severity and

frequency of moderate/severe VMSs were reduced from the first day of treatment. Improvements were achieved in all quality-of-life measures. Fezolinetant was well tolerated. The most common fezolinetant-related adverse event was gastrointestinal disorder ( $n = 6$ ).

## Conclusions

Fezolinetant rapidly and significantly reduced moderate/severe VMSs, supporting its potential as an effective nonhormonal treatment option for menopausal women.

**Facts Views Vis Obgyn.** 2018 Dec;10(4):201-205.

## Time has come to include Human Papillomavirus (HPV) testing in sperm donor banks.

Depuydt CE, Donders G, Verstraete L, Vanden Broeck D, Beert J, Salembier G, Bosmans E, Dhont T N, Van Der Auwera I, Vandeborne K, Ombelet W.

## ABSTRACT

HPV is well known as a potential cause of cervical cancer. Less well known is its link to temporal subfertility that is caused by binding

of infectious virions to the spermatozoa's head which induces sperm-DNA damage and causes a reduction in clinical pregnancy rates in women receiving HPV positive semen. This impact on the global fertility burden remains greatly underestimated and underexplored. This risk of reduced fertility due to infectious HPV in sperm is especially important when donor sperm insemination is considered, since testing for the presence of HPV virions before use seems warranted. We tested 514 donor sperm samples from 3 different sperm banks for 18 different HPV types. Overall 3.9% (20/514) of tested donor sperm was positive for HPV, with different prevalence among the 3 different sperm banks (3.6% bank A, 3.1% bank B and 16.7% bank C). Also the HPV virion per spermatozoon ratio in donor samples was similar across the different sperm banks (95% CI 0,01 to 1,07 HPV virions/spermatozoon). When HPV positive donor sperm was used, no clinical pregnancies resulted, whereas when HPV negative donor sperm was used the clinical pregnancy rate was 14.6%. From both a cost/benefit and a safety point of view we recommend that donor sperm should always be tested for HPV before using it for insemination.

**Anaerobe.** 2019 Oct;59:192-200.

## Development and validation of a new one step Multiplex-PCR assay for the detection of ten Lactobacillus species.

Gaspar C, Palmeira-de-Oliveira R, Martinez-de-Oliveira J, Neves JD, Pestana PG, Rolo J, Donders G, Palmeira-de-Oliveira A.

## ABSTRACT

Lactobacillus sp. are well-known colonizers of human mucosa and frequently used as probiotics. Accurate species identification is crucial both for fundamental studies and biotechnology applications; however, it has been thus far challenging. The aim of this work was to develop a one-step multiplex-PCR assay for detection of ten Lactobacillus species (*L. jensenii*, *L. fermentum*, *L. acidophilus*, *L. crispatus*, *L. reuteri*, *L. iners*, *L. casei*, *L. gasseri*, *L. plantarum*, *L. rhamnosus*) directly in complex bacterial genomic DNA. A multiplex-PCR assay was optimized based on Box-Behnken experimental design, which showed to be efficient for optimization of all crucial reaction components. Nineteen Lactobacillus strains, including six collection strains and thirteen human isolates were used in order to verify the specificity and sensitivity of the assay. In addition, a set of PCR adjuvants was introduced to remove non-specific amplifications and enhance reaction

yield. Among them, Triton™ X-100, Tween® 20, BSA, and dithiothreitol showed beneficial effects when compared with other adjuvants. The application of the developed method to samples that resulted from the mixing of DNA from the ten strains, resulted in amplicons of the expected sizes (from about 100 to 1000 bp). The detection limit was 1.25 ng/μl for all species with the exception of *L. gasseri* (0.31 ng/μl). In order to confirm the method applicability on human samples, ten vaginal fluids were enrolled in this study showing that the method can be successfully used on these biological materials. The proposed multiplex-PCR assay was shown to be selective, sensitive and efficient for detection of ten *Lactobacillus* species directly in human vaginal samples. This method provides a cost-effective and accessible methodology applicable to the detection of *Lactobacillus* species to different environments. At the same time, this approach represents a considerable improvement over other PCR-based approaches for identification of these species.

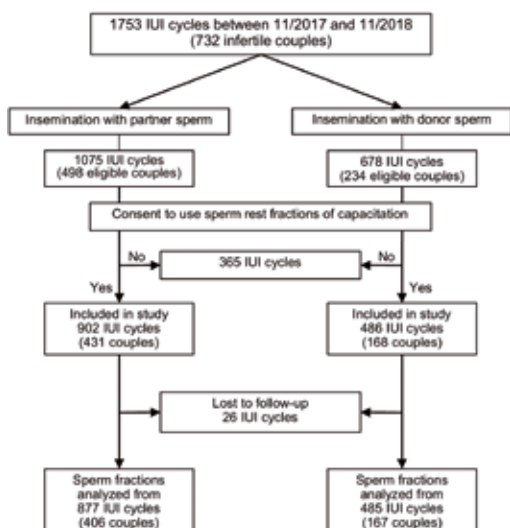
**Fertil Steril. 2019 Jun;111(6):1135-1144. Infectious human papillomavirus virions in semen reduce clinical pregnancy rates in women undergoing intrauterine insemination.**

Depuydt CE, Donders G, Verstraete L, Vanden Broeck D, Beert JFA, Salembier G, Bosmans E, Ombelet W.

**Objective**

To study the influence of human papillomavirus (HPV) virions present in different sperm fractions of male partners of women undergoing IUI on fertility outcome.

Figure 1



**Design**

Prospective noninterventional multicenter study.

**Setting**

Inpatient hospital fertility centers.

**Patient(s)**

Seven hundred thirty-two infertile couples undergoing 1,753 IUI cycles with capacitated sperm.

**Intervention(s)**

None.

**Main outcome measure(s)**

Biochemical and clinical pregnancy rate in IUI cycles with HPV-positive or HPV-negative semen.

**Result(s)**

Five hundred seventy-three infertile couples undergoing 1,362 IUI cycles were enrolled. Work-up of the 1,362 sperm samples that were used for IUI generated 3,444 separate sperm fractions. Each of the sperm fractions was tested with quantitative polymerase chain reaction for 18 different HPV types (6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 67, and 68). HPV prevalence in sperm was 12.5%/IUI cycle. When infectious HPV virions were detected in sperm, a significant decrease in clinical pregnancies was observed when compared with HPV-negative cycles (2.9% vs. 11.1%/cycle). Above a ratio of 0.66 HPV virions/spermatozoon no pregnancies occurred (sensitivity 100%, specificity 32.5%).

**Conclusion(s)**

Women inseminated with HPV-positive sperm had 4 times fewer clinical pregnancies compared with women who had HPV-negative partners. Detection of HPV virions in sperm is associated with a negative IUI outcome and should be part of routine examination and counseling of infertile couples.

Gynecol Oncol. 2019 Jun;153(3):521-529.

**The efficacy and safety of Tipapkinogen Sovacivec therapeutic HPV vaccine in cervical intraepithelial neoplasia grades 2 and 3: Randomized controlled phase II trial with 2.5 years of follow-up.**

Harper DM, Nieminen P, Donders GGG, Einstein MH, Garcia F, Huh WK, Stoler MH, Glavini K, Attley G, Limacher JM, Bastien B, Calleja E.

**Background**

While prophylactic human papillomavirus (HPV) vaccination exists, women are still developing cervical intraepithelial neoplasia (CIN) grade 2 or 3 for which an immunotherapeutic, non-surgical, approach may be effective. The primary aim was to assess the efficacy of tipapkinogen sovacivec (TS) vaccine in achieving histologic resolution of CIN2/3 associated with high risk (HR) HPV types.

**Methods**

Women 18 years and older who had confirmed CIN2/3 were enrolled in a randomized, double blind, placebo-controlled phase II trial and assigned to drug in a 2:1 ratio (vaccine:placebo). The primary endpoint occurred at month 6 when the excisional therapy was performed; cytology and HR HPV typing were performed at months 3, 6 and every six months through month 30. The safety population included all patients who received at least one dose of study drug.

**Results**

Of the 129 women randomized to vaccine and 63 to placebo, complete resolution was significantly higher in the vaccine group than placebo for CIN 2/3 regardless of the 13 HR HPV types assayed (24% vs. 10%, p < 0.05); as well as for only CIN 3 also regardless of HR HPV type (21% vs. 0%, p < 0.01). Irrespective of baseline HPV infection, viral DNA clearance was higher in the vaccine group compared to placebo (p < 0.01). The vaccine

Table 1: Biochemical and clinical pregnancy rate according to HPV status and use of partner or donor sperm in IUI.

IUI with	HPV in sperm	Pregnancy									
		IMC	Not pregnant	%	Biochemical	%	Clinical	%	Total	%	P value
Partner sperm	Negative	13.3	634	88.1	23	3.2	63	8.8	720	82.1	.0278
	Positive	13.5	147	93.6	5	3.2	5	3.2	157	17.9	
	Total	12.7	781	89.1	28	3.2	68	7.8	877	100.0	
Donor sperm	Negative	9.4	379	80.3	24	5.1	69	14.6	472	97.3	.2780
	Positive	7.0	13	100.0	0	0.0	0	13	2.7		
	Total	9.3	392	80.8	24	4.9	69	14.2	485	100.0	
All	Negative	11.1	1,013	85.0	47	3.9	132	11.1	1,192	87.5	.0016
	Positive	13.4	160	94.1	5	2.9	5	2.9	1,70	12.5	
	Total	11.5	1,173	86.1	52	3.8	137	10.1	1,362	100.0	

Note: HPV positive: positive for one of following HPV types: HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 67, or 68.

was well tolerated with the most common adverse events being injection site reactions.

**Conclusions**

The TS vaccine provides histologic clearance of CIN 2/3 irrespective of HR HPV type in one third of subjects and is generally safe through 30 months.

Expert Opin Pharmacother. 2019 May;20(7):821-835.

**Pharmacotherapy for the treatment of vaginal atrophy.**

*Donders GGG, Ruban K, Bellen G, Grinceviciene S.*

**Introduction**

Despite its frequency, recognition and therapy of vulvovaginal atrophy (VVA) remain suboptimal. Wet mount microscopy, or vaginal pH as a proxy, allows VVA diagnosis in menopause, but also in young contraception users, after breast cancer, or postpartum. Intravaginal low dose estrogen product is the main therapy. Ultra-low-dose vaginal estriol is safe and sufficient in most cases, even in breast cancer patients, while hyaluronic acid can help women who cannot or do not want to use hormones.

**Areas covered**

The authors provide an overview of the current pharmaceutical treatment for

vulvovaginal atrophy and provide their expert opinions on its future treatment.

**Expert opinion**

The basis of good treatment is a correct and complete diagnosis, using a microscope to study the maturity index of the vaginal fluid. Minimal dose of estriol intravaginally with or without lactobacilli is elegant, cheap and can safely be used after breast cancer and history of thromboembolic disease. Laser therapy requires validation and safety data, as is can potentially cause vaginal fibrosis and stenosis, and safer and cheaper alternatives are available.

Sci Rep. 2019 Feb 27;9(1):2900.

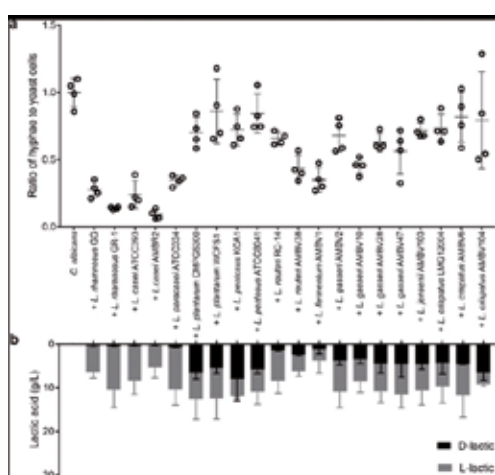
**Inhibition of Candida albicans morphogenesis by chitinase from Lactobacillus rhamnosus GG.**

*Allonsius CN, Vandenheuvel D, Oerlemans EFM, Petrova MI, Donders GGG, Cos P, Delputte P, Lebeer S.*

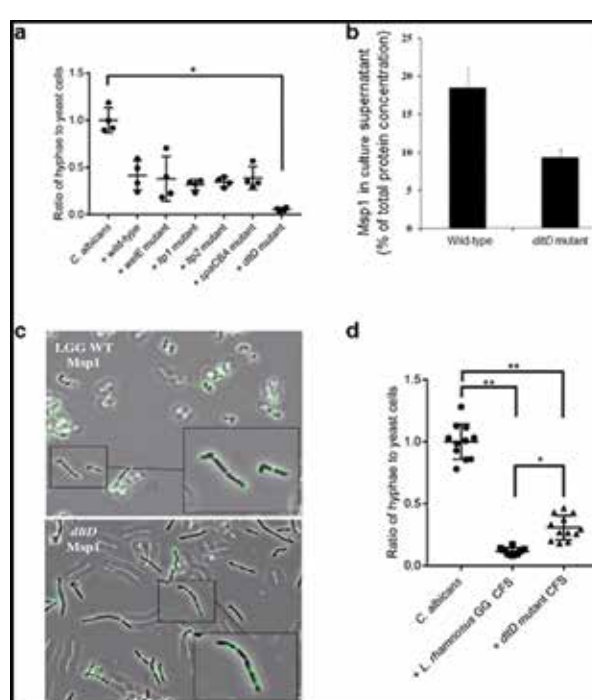
**ABSTRACT**

Lactobacilli have been evaluated as probiotics against Candida infections in several clinical trials, but with variable results. Predicting and understanding the clinical efficacy of Lactobacillus strains is hampered by an overall lack of insights into their modes of action. In this study, we aimed to unravel

molecular mechanisms underlying the inhibitory effects of lactobacilli on hyphal morphogenesis, which is a crucial step in C. albicans virulence. Based on a screening of different Lactobacillus strains, we found that the closely related taxa L. rhamnosus, L. casei and L. paracasei showed stronger activity against Candida hyphae formation compared to other Lactobacillus species tested. By exploring the activity of purified compounds and mutants of the model strain L. rhamnosus GG, the major peptidoglycan hydrolase Msp1, conserved in the three closely related taxa, was identified as a key effector molecule. We could show that this activity of Msp1 was due to its ability to break down chitin, the main polymer in the hyphal cell wall of C. albicans. This identification of a Lactobacillus-specific protein with chitinase activity having anti-hyphal activity will assist in better strain selection and improved application in future clinical trials for Lactobacillus-based Candida-management strategies.



**Figure 1** Antihyphal activity and lactic acid production of specific Lactobacillus strains. (a) Hyphal induction of C. albicans (106 cells/ml) during co-incubation with live Lactobacillus cells (108 CFU/ml) and (b) D- and L-lactic acid production of the investigated Lactobacillus strains after growth into stationary phase. The results on hyphal inhibition were normalized to hyphal formation of C. albicans solely.



**Metabolites.** 2019 Jan 15;9(1). pii: E15.  
**Univariate Statistical Analysis as a Guide to <sup>1</sup>H-NMR Spectra Signal Assignment by Visual Inspection.**  
Zhu C, Vitali B, Donders G, Parolin C, Li Y, Laghi L.

## ABSTRACT

In Proton Nuclear Magnetic Resonance (<sup>1</sup>H-NMR) spectroscopy, the signals assignment procedure is normally conducted by visual inspection of the spectra, by taking advantage of the innate predisposition of human eye for pattern recognition. In the case of untargeted metabolomics investigations on food and body fluids, the complexity of the spectra may lead the user to overlook signals, independently from their biological relevance. Here, we describe a four steps procedure that is designed to guide signals assignment task by visual inspection. The procedure can be employed whenever an experimental plan allows for the application of a univariate statistical analysis on a point-by-point basis, which is commonly the case. By comparing, as a proof of concept, <sup>1</sup>H-NMR spectra of vaginal fluids of healthy and bacterial vaginosis (BV) affected women, we show that the procedure is also readily usable by non-experts in three particularly challenging cases: overlapping multiplets, poorly aligned signals, and signals with very poor signal-to-noise ratio. The paper is accompanied by the necessary codes and examples written in R computational language to allow the interested user gaining a hands-on impression of the procedure's strengths and weaknesses.

## Orthopedie

**Hand Surg Rehabil.** 2020 Apr 4.  
**Treatment of Dupuytren's disease using one full dose of Clostridium histolyticum collagenase at a lower concentration: retrospective analysis of clinical outcomes.**  
Y Goubau, B Vanmierlo, CK Goorens, JF Goubau

## ABSTRACT

Clostridium histolyticum collagenase (CHC) is rapidly becoming a mainstream treatment option for Dupuytren's disease for hand surgeons. We performed a retrospective study of the efficacy of this substance at a lower concentration, but a higher total dose than recommended by the manufacturer.

Thirty-nine patients with 43 affected hands were treated and analyzed at a mean follow-up of 27 months. Subgroup analysis was done for patients who received treatment in one or two joints (group A), and for patients who received treatment in more than two joints (group B). We found that our CHC solution is safe and effective when simultaneously treating as many as four joints affected by Dupuytren's disease. Patients in group B had a lower (but non-significant) treatment failure rate compared to patients in group A. Also, higher satisfaction rates were observed in group B, again non-significant. No major complications were observed in any group. CHC use is associated with only minor complications. The results are consistent even when up to four joints are treated with one dose.

**J Hand Surg Eur Vol.** 2020 Apr 28  
**Styloidectomy and reattachment of the triangular fibrocartilage complex for longstanding nonunion of the ulnar styloid.**  
CK Goorens, L Anthonissen, JF Goubau

## ABSTRACT

Ulnar styloid nonunions are classified based on the stability of the distal radioulnar joint (DRUJ). While type 1 nonunions after ulnar styloid tip fractures do not cause instability, type 2 nonunions occur at the styloid base and can cause instability. Bony union can be obtained with tension band fixation, compression screw fixation, or plate fixation. We report a prospective case series of four patients with longstanding painful and unstable hypertrophic type 2 nonunions that underwent styloid excision and arthroscopic foveal and capsular repair of the triangular fibrocartilage complex (TFCC). Two women and two men (mean age 47 years, range 32–63) with undisplaced distal radial and ulnar styloid base fractures were initially treated with casting. Ulnar-sided wrist pain, accentuated by wrist loading, increased over time. Conservative treatment, consisting of splinting and non-steroidal anti-inflammatory drugs for 3 to 6 months, failed. Clinical examination revealed a hypertrophic ulnar head deformity with tenderness at the styloid, pain on ulnar deviation, and painful DRUJ instability. Conventional radiographs showed a remodelled hypertrophic nonunion with radiolucency. MRI showed loose styloid fragments and capsular and foveal detachments of the TFCC. Arthroscopy using the 3-4, 4-5 and 6U portals revealed a floating TFCC stage 2c injury according to the Atzei-EWAS classification with positive trampoline and hook tests. The

6U incision was enlarged longitudinally by 2 cm. The dorsal sensory branches of the ulnar nerve were identified and protected. The ulnar capsule was incised longitudinally through the extensor carpi ulnaris subsheath. The ulnar styloid fragment was shelled out subperiosteally and detached from its capsular attachments. The surface of the ulnar styloid base was roughened with a curette. Arthroscopic re-evaluation demonstrated an additional ulnar capsular slit caused by the styloidectomy. The TFCC was reattached using a bone-anchor (Minilok Quickanchor and 2.0 Orthocord suture, Depuy Mitek, Raynham, MA, USA) inserted into the cancellous base of the styloid and sutured with an all-inside knot. The capsular slit was closed with an additional all-inside suture (PDS 3.0, Ethicon Inc., Somerville, NJ, USA).

Follow-up examination was performed at mean 20 months (range 12–34). All four patients had improvement in wrist motion, forearm rotation, QuickDASH scores, and pain scores. No major complications were encountered. Daily recreational and professional activities were resumed after 4 months. All patients were satisfied, and all would have the operation again.

Our cases demonstrate that painful DRUJ instability, due to longstanding nonunion of the ulnar styloid, can be treated successfully by excision of the styloid and foveal TFCC reattachment with relief of pain and improvement of wrist motion and grip strength. A prerequisite is a TFCC of sufficient quality, which is usually present in relatively young patients who have normal ulnar variance and have not had additional wrist trauma. Arthritis of the DRUJ is generally considered to be a contraindication.

**Eur J Orthop Surg Traumatol.** 2020 May 4  
**Clinical and ultrasonographical follow-up after standard removal of distal radius volar plates positioned distal to the watershed line.**  
Goorens CK, De Keyzer PB, Goubau JF

## ABSTRACT

Marginal fracture types of the distal radius may require volar plate positioning distal to the watershed line. Subsequently, plate prominence with direct friction with the flexor tendons occurs which is associated with flexor tendon pathology. Standard plate removal can be proposed. This cohort study examined clinical outcome, patient satisfaction and ultrasonographical assessment of the relation of the flexor

pollicis longus (FPL) and the volar rim after standard plate removal. Twenty patients with volar plate prominence after osteosynthesis for distal radius fractures were included. Plate removal was performed at least 4 months after initial surgery. The mean age was 60 years (range 39-84). The average delay from hardware removal to assessment was 2.9 years (range 1.0-5.0 years). Mean flexion, extension and radial deviation were significantly decreased ( $p < 0.05$ ) compared to the contralateral side, while ulnar deviation, pro- and supination and grip strength were not. Mean QuickDASH score was 21.5. 85% of patients described their result as good to excellent. 80% would undergo the intervention again. During ultrasonography, distance from FPL to volar rim remained significantly decreased compared to the uninjured side in neutral and flexed position ( $p < 0.05$ ) despite plate removal. The largest distance between the FPL and the volar cortical bone, which is mainly occupied by the pronator quadratus, did not differ. In this study, the range of motion and FPL distance to the distal radius normalized only partially compared to the uninjured wrist after standard plate removal.

## Pneumologie

*Acta Chir Belg.* 2020 Feb;120(1):76-77  
**An Unusual Cause of "Traumatic" Hemothorax: Perforation of the Lung Parenchyma by a Bifid Rib**

Sander Ovaere, Anneleen Peeters, Lieven Depypere

### ABSTRACT

Congenital anomalies of the ribs are relatively common, and they can be divided in numerical (for example cervical ribs) or structural abnormalities (for example bifid ribs). These anomalies are usually asymptomatic. Literature on symptomatic bifid ribs is limited. We present the case of a 36-year old male without any relevant medical history or medication who was referred to our center. After lifting a heavy object, he experienced sudden onset pain on the right anterior chest, with associated shortness of breath. Computed tomography of the chest showed a significant hemothorax on the right side, compression atelectasis of the right lower lobe, and an anomalous fifth right rib - described as a bifid rib. A VATS resection of the bifid rib was performed. The images of this case illustrate the unusual traumatic perforation of the lung caused

by a bifid rib. The case illustrates that one might consider resection of an asymptomatic bifid rib when imaging suggests significant compression on the lung parenchyma.

## Urologie

*Int Urogynecol J.* 2020 Apr;31(4):695-702  
**Survey on Surgery for Stress Urinary Incontinence in an Era Mid-Urethral Slings Are Being Questioned**

An-Sofie D'hulster, Susanne Housmans, Wilbert Spaans, Frank Van der Aa, Koen Slabbaert, Alfred L Milani, Jan Deprest

### ABSTRACT

#### Introduction

Concerns about vaginal mesh have reduced the use of mid-urethral slings (MUS) in some countries. In view of their potential withdrawal in Belgium and The Netherlands, we polled urogynaecologists on their practice for treating stress urinary incontinence (SUI) and what their experience is with alternative procedures, and we asked them how their patients perceive the risk and success rates.

#### Methods

A survey among members of the pelvic floor special interest group of the Flemish Society for Obstetrics and Gynaecology, Belgian Association of Urology and Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology.

#### Results

Their primary procedure of choice is the MUS (99%). Sixty-five per cent performs at least 25 MUS yearly; they report high success (90%; IQR [85-92]) and low adverse outcome rates. Physicians anticipate complications as reported in the literature: 5% (IQR [4-10]) overactive bladder, 5% (IQR [2-10]) voiding problems, 2% (IQR [1-5]) exposures, 2% (IQR [1-5]) dyspareunia and 1% (IQR [1-3]) chronic pain. Eighty-five per cent of physicians report their patients express fears about having a MUS though usually they cannot precisely tell why. Reportedly they tell their physicians of concerns about pain (54%), exposure (45%), dyspareunia (25%), voiding problems (15%) or overactive bladder (8%). Only half of respondents had ever performed a colposuspension. The majority of these were older and performed colposuspension via laparotomy. Only six (4%) had performed > 20 colposuspensions yearly.

#### Conclusion

Dutch and Belgian urogynaecologists

estimate success and adverse effect rates of MUS in line with the literature. Their patients most cited worries were fear of chronic pain and exposure. Only half of respondents had ever performed a colposuspension. They were older and performed the procedure via laparotomy.

*BMC Cancer Actions.* 2020 May 24;20(1):457.  
**Metastasis-directed Therapy in Castration-Refractory Prostate Cancer (MEDCARE): A Non-Randomized Phase 2 Trial**

Charlien Berghen, Steven Joniau, Kato Rans, Gaëtan Devos, Kenneth Poels, Koen Slabbaert, Herlinde Dumez, Maarten Albersen, Karolien Goffin, Karin Haustermans, Gert De Meerleer

### ABSTRACT

#### Background

Patients diagnosed with metastatic castration-refractory prostate cancer (mCRPC) rely on a limited number of therapeutic agents resulting in a median survival of 2-3 years. A subgroup of those patients with mCRPC presents with oligoprogressive disease, with a limited number of progressive lesions while other metastases are still controlled by ongoing systemic treatment.

#### Methods:

In this single arm prospective phase II trial, we aim to include 18 patients with oligoprogressive mCRPC (1-3 metastases and/or local recurrence) who will be treated with metastasis-directed therapy to all visible progressive lesions. Progression is based on conventional imaging, as the use of PSMA PET-CT is considered investigational. However all patients will undergo PSMA PET-CT and the images will be blinded until progression. Primary endpoint is the postponement of the start of next-line systemic treatment (NEST) and the additional clinical value of PSMA PET-CT. Recruitment of patients for this trial started in January 2020 and will be completed approximately by December 2020.

#### Discussion:

In this phase 2 trial on oligoprogressive mCRPC, we will investigate the benefit of progression-directed therapy while continuing ongoing systemic treatment. We hypothesize that progression-directed therapy (PDT) with surgery or stereotactic body radiation therapy for these oligoprogressive lesions will postpone the start of next-line systemic treatment and therefore serve as a new or add-on therapy in the spectrum of treatments



available for mCRPC. The results of this trial will serve as guidance for a later randomized phase 3 trial. All participants are given an information sheet and are required to give written informed consent. Results will be published in a peer-reviewed journal. Trial registration: This study is registered at ClinicalTrials.gov: NCT04222634 [December 18th 2019].

## Vaatheekunde

**J Endovasc Ther, Apr 27 (2), 304-315, 2020. Paclitaxel-Coated Balloon for the treatment of infrainguinal disease: 12-month outcomes in the All-Comers Cohort of BIOLUX P-III Global Registry**

Tepe G., Zeller T., Moscovic M., Corpataux J., Christensen J., Keirse K., Nano G., Schroeder H., Binkert C., Brodmann M.

### ABSTRACT

#### Purpose

To further investigate the safety and performance of the Passeo-18 Lux drug-coated balloon (DCB) for the treatment of atherosclerotic infrainguinal disease under real-world conditions.

#### Materials and Methods

BIOLUX P-III is an international, prospective, observational registry (ClinicalTrials.gov identifier NCT02276313) conducted at 41 centers in Europe, Asia, and Australia with follow-up visits at 6, 12, and 24 months. Of 700 patients (mean age 70.0±10.2 years; 439 men) with 863 lesions in the all-comers cohort, 330 (47.1%) patients had diabetes and 234 (37.7%) had chronic limb-threatening ischemia. The majority (79.3%) of lesions were in the femoropopliteal segment; of all lesions, 645 (74.9%) were calcified and 99 (11.5%) had in-stent restenosis (ISR). The mean lesion length was 84.7±73.3 mm. The primary clinical endpoint was major adverse events (MAEs) within 6 months, a composite of device- and procedure-related mortality through 30 days, major target limb amputation, and clinically-driven target lesion revascularization (TLR). The primary performance endpoint was clinically-driven TLR within 12 months.

#### Results

At 6 and 12 months, freedom from MAEs was 94.0% and 89.5% in the all-comers cohort; 95.0% and 91.2% in the femoropopliteal group and 95.3% and 88.0% in the ISR subgroup, respectively. Freedom from clinically-driven

TLR at 12 months was 93.1% in the all-comers cohort, 93.9% in the femoropopliteal lesions, and 89.4% for ISR lesions. All-cause mortality was 6.1% in the all-comers cohort; 5.9% in both the femoropopliteal and ISR subgroups. There were no device- or procedure-related deaths at up to 12 months. The Rutherford category improved in >80% of all subgroups at 12 months.

#### Conclusion

In a real-world patient population, the safety and performance of the Passeo-18 Lux DCB for the treatment of atherosclerotic infrainguinal lesions are maintained, with good performance outcomes and low complication rates at 12 months.

**J Cardiovasc Surg (Torino). 2020 Feb;61(1):84-92.**

**Endovascular Treatment of Atherosclerotic Lesions in the Superficial Femoral Artery and Proximal Popliteal Artery Using the sinus-SuperFlex-635 Stent: Twelve-Month Results From the HERO Registry**

Jeroen M Hendriks, Marc Dubois, Patrick Lauwers, Philippe de Vleeschauwer, Michiel Vanbetsbrugge, Roderik Deleersnijder, Karen Wustenberghs, Jorn Robijn, Bart Jacobs, Willem Willaert, Jos Vandekerckhof, Koen Keirse, Karen Gabriëls, Mieke Hoppenbrouwers, Dorien Haesen

### ABSTRACT

#### Background

The aim of this study was to evaluate the safety and performance of the sinus-SuperFlex-635 self-expandable nitinol stent (Optimed GmbH) for the treatment of stenotic lesions in the superficial femoral artery (SFA) and proximal popliteal artery (PPA).

#### Methods

The prospective, multicenter, observational HERO study recruited 117 eligible patients (83 men; mean age 69.4±9.7y) from 7 centers in Belgium.

#### Results

A total of 129 stents were successfully deployed in 121 lesions in 117 patients (100%). The patients presented with symptomatic >50% stenosis or chronic total occlusion (CTO) (30.6%). Mean lesion length was 71.4±56.3 mm. Moderate to severe calcification was present in 82.6% of the lesions. Acute lesion success (<30% residual stenosis) was achieved in 96.0%. There were no in-hospital serious adverse events. Duplex ultrasound-driven primary

patency at 12 months was recorded in 84 of 107 (78.5%) lesions. The overall target lesion revascularization (TLR) rate was 8.4% at 12 months; the target extremity revascularization (TER) rate was 4.7%. Clinical assessment at 12 months demonstrated improvement by at least 1 Rutherford class, without the need for TLR (i.e. primary sustained clinical improvement) in 83.9% of patients and with the need for TLR in 90.6% of patients (i.e. secondary sustained clinical improvement).

#### Conclusions

Based on the high primary patency, low stent fracture rate and significant clinical improvement, combined with refined stent design and long stent availability, the sinus-SuperFlex-635 self-expandable nitinol stent proves its value in the treatment of complex femoropopliteal lesions.

**Lancet. 2018 Oct 27;392(10157):1541-1551.**

**A Polymer-Coated, Paclitaxel-Eluting Stent (Eluvia) Versus a Polymer-Free, Paclitaxel-Coated Stent (Zilver PTX) for Endovascular Femoropopliteal Intervention (IMPERIAL): A Randomised, Non-Inferiority Trial**

William A Gray, Koen Keirse, Yoshimitsu Soga, Andrew Benko, Anvar Babaev, Yoshiaki Yokoi, Henrik Schroeder, Jeffery T Prem, Andrew Holden, Jeffrey Popma, Michael R Jaff, Juan Diaz-Cartelle, Stefan Müller-Hülsbeck, IMPERIAL investigators

### ABSTRACT

#### Background

The clinical effect of a drug-eluting stent in the femoropopliteal segment has not been investigated in a randomised trial with a contemporary comparator. The IMPERIAL study sought to compare the safety and efficacy of the polymer-coated, paclitaxel-eluting Eluvia stent with the polymer-free, paclitaxel-coated Zilver PTX stent for treatment of femoropopliteal artery segment lesions.

#### Methods

In this randomised, single-blind, non-inferiority study, patients with symptomatic lower-limb ischaemia manifesting as claudication (Rutherford category 2, 3, or 4) with atherosclerotic lesions in the native superficial femoral artery or proximal popliteal artery were enrolled at 65 centres in Austria, Belgium, Canada, Germany, Japan, New Zealand, and the USA. Patients were randomly assigned (2:1) with a site-specific, web-based randomisation schedule to receive treatment with Eluvia or Zilver PTX.

All patients, site personnel, and investigators were masked to treatment assignment until all patients had completed 12 months of follow-up. The primary efficacy endpoint was primary patency (defined as a peak systolic velocity ratio  $\leq 2.4$ , without clinically driven target lesion revascularisation or bypass of the target lesion) and the primary safety endpoint was major adverse events (ie, all causes of death through 12 months, major amputation of target limb through 12 months, and target lesion revascularisation through 12 months). We set a non-inferiority margin of -10% at 12 months. Primary non-inferiority analyses were done when the minimum sample size required for adequate statistical power had completed 12 months of follow-up. The primary safety non-inferiority analysis included all patients who had completed 12 months of follow-up or had a major adverse event through 12 months. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT02574481.

### Findings

Between Dec 2, 2015, and Feb 15, 2017, 465 patients were randomly assigned to Eluvia (n=309) or to Zilver PTX (n=156). Non-inferiority was shown for both efficacy and safety endpoints at 12 months: primary patency was 86.8% (231/266) in the Eluvia group and 81.5% (106/130) in the Zilver PTX group (difference 5.3% [one-sided lower bound of 95% CI -0.66];  $p < 0.0001$ ). 259 (94.9%) of 273 patients in the Eluvia group and 121 (91.0%) of 133 patients in the Zilver PTX group had not had a major adverse event at 12 months (difference 3.9% [one-sided lower bound of 95% CI -0.46];  $p < 0.0001$ ). No deaths were reported in either group. One patient in the Eluvia group had a major amputation and 13 patients in each group required target lesion revascularisation.

### J Cardiovasc Surg (Torino). 2020 Apr 1 One-year Outcome of the Paclitaxel-Eluting Legflow Balloon Catheter in the Treatment of Long and Complex Femoropopliteal Lesions

Marc Bosiers, Koen Deloouse, Giovanni Torsello, Dierk Scheinert, Jürgen Verbist, Wouter van den Eynde, Lieven Maene, Roel Beelen, Koen Keirse, Jeroen Hendriks, Joren Callaert, Michel Bosiers, Jeroen Wauters

## ABSTRACT

### Background

To investigate the efficacy of the paclitaxel-eluting Legflow balloon catheter in the treatment of "real-world" long and complex femoropopliteal lesions.

### Methods

The REFLOW study was a prospective, multi-national, non-randomized, single arm study evaluating the safety and efficacy of the Legflow paclitaxel-eluting balloon dilatation catheter in the treatment of stenotic or occlusive lesions  $> 150$ mm long in the femoropopliteal arteries of symptomatic patients (Rutherford 2-5). A total of 120 study subjects were enrolled in a period of 30 months, between October 2015 and May 2018. The mean age was 71.1 years and 79 patients were men (65.8%). Mean lesion length was 216.1 mm. 45.0% of the lesions were occluded, whereas 55.0% were stenotic. Primary endpoint was primary patency at 12 months, defined as absence of a hemodynamically significant stenosis on duplex ultrasound (systolic velocity ratio no greater than 2.4) at the target lesion and without TLR within 12 months.

### Results

Technical and procedural success ( $< 30.0\%$  residual angiographic stenosis without major complications) was achieved in all 120 cases (100.0%). Primary patency was 84.6% at 6 months and 71.1% at 1 year. Freedom from TLR was 79.9% at 1 year.

### Conclusions

If longer term follow-up confirms there is no safety-concern on these paclitaxel device, the excellent results of the newer drug-eluting devices, and the Legflow paclitaxel-eluting balloon in particular, is a valid and effective alternative to treat long and complex "real-world" femoropopliteal lesions.

J Endovasc Ther. 2020 Jun 25;1526602820931477

### Three-Year Sustained Clinical Efficacy of Drug-Coated Balloon Angioplasty in a Real-World Femoropopliteal Cohort

Giovanni Torsello, Konstantinos Stavroulakis, Marianne Brodmann, Antonio Micari, Gunnar Tepe, Pierfrancesco Veroux, Andrew Benko, Donghoon Choi, Frank E G Vermassen, Michael R Jaff, Jia Guo, Reka Dobranszki, Thomas Zeller, IN.PACT Global Investigator Keirse K.

## ABSTRACT

### Purpose

To report the 36-month outcomes from the prospective, multicenter, single-arm IN.PACT Global Study (ClinicalTrials.gov identifier NCT01609296) evaluating the performance of the IN.PACT Admiral drug-coated balloon (DCB) in real-world patients with femoropopliteal occlusive disease.

### Materials and Methods

The IN.PACT Global Study was conducted at 64 international sites and enrolled 1535 patients with complex lesions, which included bilateral disease, multiple lesions, de novo in-stent restenosis, long lesions, and chronic total occlusions. The predefined full clinical cohort included 1406 patients (mean age 68.6 years; 67.8% men) with claudication or rest pain treated with the study DCB. Mean lesion length was  $12.09 \pm 9.54$  cm; 18.0% had in-stent restenosis, 35.5% were totally occluded, and 68.7% were calcified. Freedom from clinically-driven target lesion revascularization (CD-TLR) was evaluated through 36 months. The safety composite endpoint was freedom from device- and procedure-related death through 30 days and freedom from major target limb amputation and clinically-driven target vessel revascularization within 36 months. All safety and revascularization events were reviewed by an independent clinical events committee.

### Results

The Kaplan-Meier estimate of freedom from CD-TLR through 36 months was 76.9%. The composite safety endpoint was achieved in 75.6% of patients. The 36-month all-cause mortality rate was 11.6%, and the major target limb amputation rate was 1.0%. The Kaplan-Meier estimate of freedom from CD-TLR through 36 months was significantly lower in patients with chronic limb-threatening ischemia (CLTI) compared with claudicants (67.6% vs 78.0%;  $p = 0.003$ ). Lesions affecting both the superficial femoral artery (SFA) and popliteal artery had lower Kaplan-Meier freedom from CD-TLR through 36 months (69.2%) than either isolated SFA (79.7%) or popliteal artery lesions (76.5%; log-rank  $p < 0.001$ ). Predictors of CD-TLR through 36 months included increased lesion length, reference vessel diameter  $\leq 4.5$  mm, in-stent restenosis, bilateral disease, CLTI, and hyperlipidemia.

### Conclusion

DCB angioplasty with the IN.PACT Admiral DCB for femoropopliteal disease in a diverse and complex real-world population is associated with sustained clinical efficacy and low rates of reinterventions at 3 years after the initial procedure.

# Nieuwe artsen



## **PEDIATRIE**

### **Dr. Alexandra Toma**

Sinds januari hebben we een nieuwe pediater in ons ziekenhuis. Dr. Toma studeerde geneeskunde aan de University of Farmacy and Medecine "Victor Babes" Timisoara, waar ze zich specialiseerde in pediatrie. Ze werkte al in het Hopital „Robert Pax” Sarreguemines, het "Teodor Andrei" Lugoj Hospital en bij de Rudolf Walther foundation in Timisoara.

## **PSYCHIATRIE**

### **Dr. Koen Hulsmans**

Op 15 maart startte dr. Hulsmans als Psychiater. Hij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en ging daarna aan de slag als specialist in de arbeidsgeneeskunde en specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise. In 2015 startte hij als arts in opleiding tot specialist psychiatrie aan Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg.

## **RADIOLOGIE**

### **Dr. Vincent Van Bogaert**

Dr. Van Bogaert startte in april op onze dienst Radiologie. In 2009 behaalde hij zijn master geneeskunde aan de KU Leuven. Daarna werkte hij als coassistent in het UZ Leuven en was arts in opleiding tot specialist in het Zuyderland Medisch Centrum. In februari rondde hij zijn fellowship abdomenradiologie aan het Universitair Medisch Centrum Groningen af.

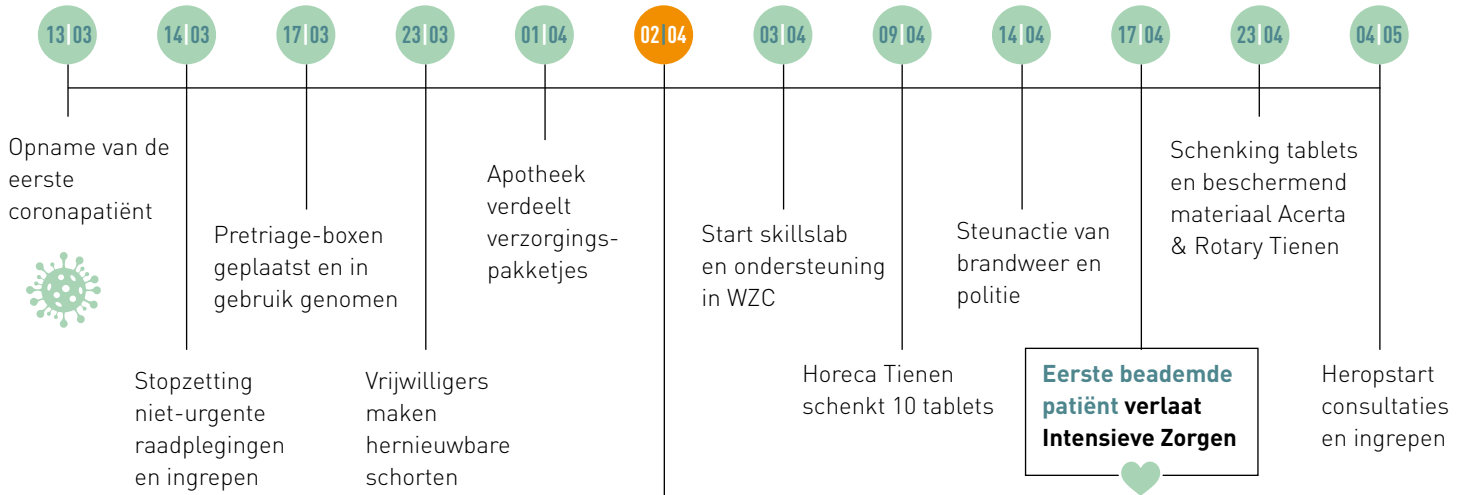
## **ORTHOPEDIE**

### **Dr. Maarten Bulterys**

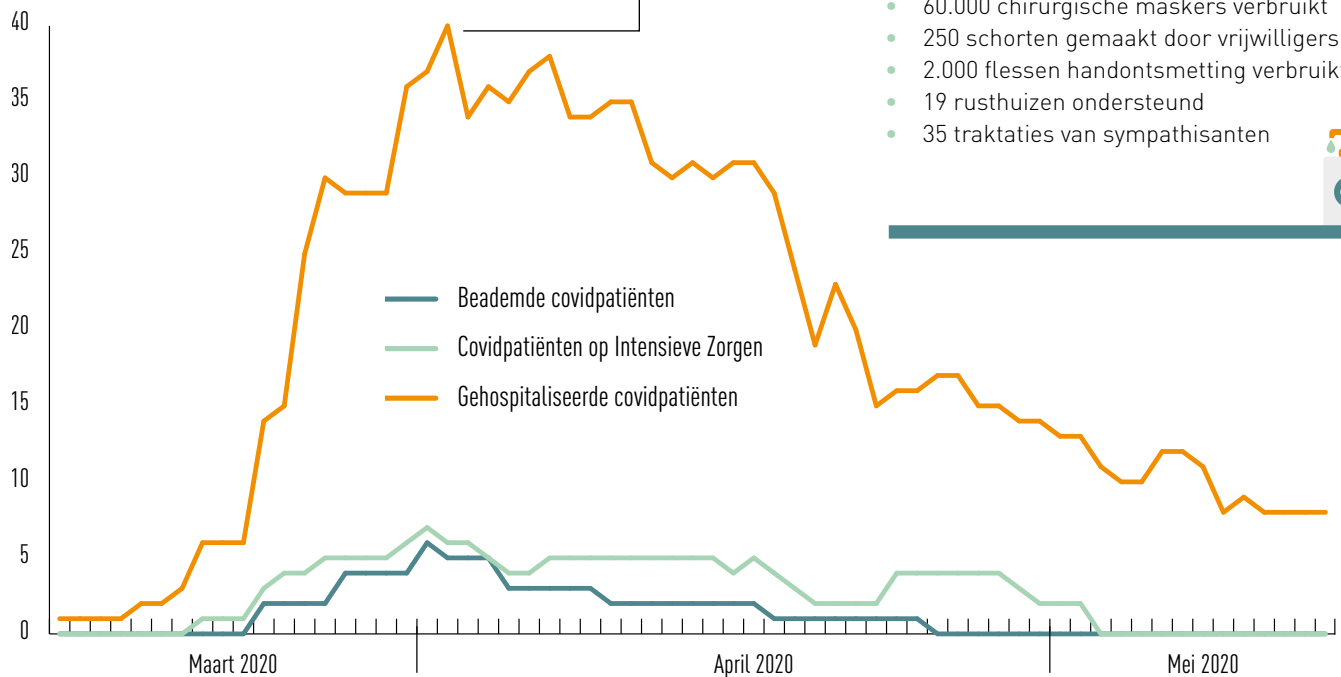
Op 16 maart startte Dr. Bulterys op de dienst orthopedie. Hij studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en deed zijn opleiding orthopedie in Duitsland. Tijdens de opleiding was hij ook als MUG-arts en helikopter-arts actief. De afgelopen 5 jaren was hij werkzaam in het BG Klinikum Duisburg, een level-1 traumacentrum, waar hij na de specialisatie orthopedie nog een bijkomend diploma in de speciale traumatologie behaalde.

# COVID-19 IN RZ TIENEN: EEN OVERZICHT

## TIJDSLIJN



## GEHOSPITALISEERDE COVIDPATIËNTEN IN RZ TIENEN



## DE CRISIS IN CIJFERS

- 60.000 chirurgische maskers verbruikt
- 250 schorten gemaakt door vrijwilligers
- 2.000 flessen handontsmetting verbruikt
- 19 rusthuizen ondersteund
- 35 traktaties van sympathisanten

