

HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2017

rz **tienen**
regionaal ziekenhuis
heilig hart tienen vzw

Uitbouw regionaal zorgaanbod urologie

**Fotodynamische therapie
voor non-melanoma
huidkankers**

pag. 6

**Specialistisch advies
wond- en stomazorg**

pag. 10

**Online afspraken maken
voor uw patiënt**

pag. 11

Inhoud

- 4-5** Uitbouw regionaal zorgaanbod in Associatie Urologie Hageland
- 6-7** Fotodynamische therapie voor non-melanoma huidkankers
- 8** Direct anterior approach bij heupprothese
- 9** Draadloos bevallen
- 10** Specialistisch advies wond- en stomazorg
- 11** Online afspraken maken voor uw patiënt in huisartsenpakket Artemis
- 12-13** Ziekenhuis partner in Hospice De Klaproos
- 14-15** Kort nieuws
- 16-23** Wetenschappelijke publicaties
- 24** Nieuwe artsen

COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofdredactie: 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

hoofddarts

Veelbelovend 2018

Rond de jaarwisseling blikken we terug en vooruit. Voorzichtigheid is hier niet misplaatst: waar we gedurende eeuwen met lineair en lokaal denken de tand des tijds hebben getrotseerd, stelt zich meer en meer de vraag of dit volstaat in een exponentieel veranderende omgeving. Op artificiële intelligentie gebaseerde toepassingen in de zorg, textmining, image recognition en zorgrobots: het heeft een angstaanjagend kantje, wat een juiste beeldvorming wellicht bemoeilijkt.

Aangenaam is wel te vernemen dat uiteenlopende experten de toekomst zeer rooskleurig inzien en oplossingen voorzien in domeinen waar nu met schaarste wordt gekampt. Een geruststellende gedachte om de huidige krapte voor middelen in de zorgsector te kaderen? Intussen troost ik mij dat, zeker in de zorgsector, de exponentiële evoluties de 'knik' in de curve nog niet hebben bereikt en dus nog perfect met een lineair model kunnen worden benaderd.

Voor RZ Heilig Hart Tienen was 2017 het jaar van de eerste NIAZ-accreditatie en van de opstart van de regionale netwerking. Waar we het eerste met glans hebben volbracht, wachten we voor de netwerking op het aangekondigde wetgevend kader, zowel op regionaal als federaal niveau. Met enige fierheid heeft de dienst Urologie hier niet op gewacht en een ziekenhuisoverschrijdende Associatie Urologie Hageland gevormd met de uroloog van AZ Diest en een nieuwe jonge collega. In dit nummer vindt u de eerste initiatieven die hieruit voortvloeien beknopt terug.

In de rand van de netwerkvorming wordt dikwijls ook de sluiting van diensten genoemd, zoals bijvoorbeeld materniteiten. Omdat we overtuigd zijn dat de materniteit van RZ Heilig Hart Tienen verder zal groeien, blijven we investeren in deze dienst. Wat de voordelen zijn van draadloze CTG-toestellen, kunt u verder in deze editie ontdekken.

Naast netwerkvorming met andere ziekenhuizen is RZ Heilig Hart Tienen ook partner van de eerste lijn in het project Chronic Care. Een eerste mooi resultaat dat boven de doopvont werd gehouden, is de opstart van Hospice De Klaproos, waarmee palliatieve zorgverlening in de Tiense regio naar een hoger niveau wordt getild.

In 2017 zijn alweer zeven artsen hun professionele carrière in ons ziekenhuis gestart. Nieuwe artsen brengen zeer dikwijls vernieuwing mee, wat een van de manieren is voor een ziekenhuis om state-of-the-artgezondheidszorg te blijven aanbieden. De dienst Dermatologie introduceert op deze manier fotodynamische therapie voor non-melanoma huidkankers. Ook de dienst Orthopedie heeft een nieuwe collega aangetrokken, die de direct anterior approach bij het plaatsen van een heupprothese aan het therapeutische aanbod toevoegt: minder spierschade leidt tot een sneller herstel en een korter ziekenhuisverblijf, efficiëntere zorg dus.

Efficiëntieverhoging in onze dienstverlening aan u zien we ook in onze online afspraken tool waarmee huisartsen op elk ogenblik een afspraak voor hun patiënt kunnen vastleggen. Voorjaar 2018 zal het ook mogelijk zijn voor patiënten om digitale afspraken te maken, noodzakelijke evoluties in een 24/7 economie waarbij digital natives een alsmaar groter deel in de patiëntenpopulatie innemen.

2018 ziet er veelbelovend uit voor RZ Heilig Hart Tienen, zoals u uit dit nummer van Hartslog kunt opmaken. Naast veel leesplezier wens ik u en uw familie van harte een gezond en succesvol 2018.

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@rztienen.be.



Dr. Joost Berkers

Uitbouw regionaal zorgaanbod in Associatie Urologie Hageland

Zoals u in de vorige editie van Hartslag al kon lezen, vormen de urologen van RZ Heilig Hart Tienen en AZ Diest sinds 1 augustus 2017 samen de Associatie Urologie Hageland. Het is de eerste ziekenhuisoverschrijdende associatie van artsen-specialisten in het kader van de regionale ziekenhuisnetwerkvorming. Doel is het lokaal uitbouwen van toegankelijke kwaliteitsvolle urologische zorg dicht bij huis. We schetsen hier kort enkele nieuwe ontwikkelingen.



Dr. Karlien Peeters

STEENKLINIEK HAGELAND

Meer dan één op de tien Belgen ontwikkelt tijdens zijn leven klachten ten gevolge van nierstenen. Dit aantal neemt dit decennium gestaag toe omwille van de stijgende prevalentie van obesitas en minder gezonde voedingsgewoonten die steenvorming in de hand werken. Associatie Urologie Hageland streeft met de opstart van Steenkliniek Hageland een overkoepelend beleid inzake optimale behandeling van niersteenpathologie na vanuit de campussen Aarschot, Diest en Tienen. Steenkliniek Hageland zet maximaal in op minimaal invasieve technieken voor steenbehandeling met onder andere de nieuwste modellen flexibele en semi-rigide ureterorenoscopen. De steenkliniek in Tienen werd versterkt met een modern zeer performant toestel voor extracorporale schokgolflithotripsie (ESWL). De Dornier Delta II lithotripter biedt ons de mogelijkheid stenen efficiënter te behandelen. Dit toestel laat ook echografische focussing toe. Hierdoor kan de steenbehandeling gebeuren met minder röntgenstralenbelasting voor de patiënt.

Gezien niersteenvorming alsmaar frequenter te herleiden is tot een ongezonde levensstijl, metabool syndroom of onvoldoende vochtinname wil Steenkliniek Hageland maximaal inzetten op preventie. Naast algemene dieetmaatregelen zullen we bij hoogrisicopatiënten voor steenvorming een 24-uur urineanalyse en metabole screening in het bloed aanbieden om bijvoorbeeld hypercalcurie, hyperuricosurie of hyperparathyroïdie op te sporen en zo nodig gericht te behandelen. We bieden patiënten ook de mogelijkheid om zich bij de opstart van een specifiek steenpreventiedieet te laten begeleiden door een diëtist verbonden aan de verschillende campussen.

URO-ONCOLOGISCHE ROBOT-GEASSISTEERDE CHIRURGIE

In het kader van samenwerking met UZ Leuven Gasthuisberg biedt de Associatie Urologie Hageland haar patiënten nu ook de mogelijkheid prostaatkanker en nierkanker te behandelen met een robotgeassisteerde procedure. Prostaatkankerbehandeling met een



robotgeassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie (RALP) behaalt gelijkwaardige functionele en oncologische resultaten in vergelijking met diezelfde ingreep via klassieke open chirurgische toegang. Daarenboven heeft behandeling middels RALP de voordelen van minimaal invasieve chirurgie zoals minder bloedverlies, minder postoperatieve pijn en kortere hospitalisatieduur.

Robotgeassisteerde behandeling van nierkanker biedt door de toegenomen ergonomische vrijheidsgraden de mogelijkheid op minimaal invasieve wijze vaker te kunnen kiezen voor een behandeling waarbij het gezonde nierparenchym maximaal

wordt gespaard (robotgeassisteerde laparoscopische partiële nefrectomie).

UITBOUW BEKKENBODEMKLINIEK HAGELAND

Dr. Karlien Peeters, uroloog in ons ziekenhuis sinds midden 2017, zal binnen de associatie de bekkenbodempathologie verder uitbouwen. Naast algemene urologie, endo-urologie en laparoscopische urologie legde zij zich de voorbije jaren meer specifiek toe op functionele urologie en bekkenbodempathologie. Zij zal ziekenhuisoverkoepelend de uitbouw van een Bekkenbodempathologie Hageland op zich nemen. In samenwerking

Net voor het kerstweekend werd in Tienen de nieuwe niersteenverbrijzelaar in gebruik genomen.

met de diensten abdominale heelkunde en gynaecologie van beide ziekenhuizen wordt een gestructureerd multidisciplinair zorgprogramma voor patiënten met een prolapsprobleem uitgewerkt. Zo willen we deze patiëntengroep kwalitatieve zorg dicht bij huis aanbieden met de expertise vanuit de verschillende disciplines.



Dr. Kris Creybens

Fotodynamische therapie voor non-melanoma huidkankers

Fotodynamische therapie (photodynamic therapy, PDT) is sinds begin jaren 2000 een therapeutische optie voor veel voorkomende non-melanoma huidkankers. Daglicht PDT wordt al enkele jaren toegepast in ons ziekenhuis. Met de aankoop van een speciale lichtbron kunnen we nu ook conventionele PDT aanbieden. Het is een aantrekkelijk alternatief voor chirurgie.

PRINCIPE

Bij PDT brengt men een fotosensibiliserende stof (5-aminolevulaanzuur of zijn derivaat methylaminolevulinaat) in een crème aan op de huid. Via de heem biosynthese pathway worden deze prodrugs omgezet tot protoporphyrine IX. Bij belichting van dit protoporphyrine in aanwezigheid van zuurstof treedt er een oxidatieproces op waarbij schadelijke vrije zuurstofradicalen gevormd worden, die uiteindelijk tot celdood leiden. Het protoporphyrine IX gaat zich specifiek in (pre)maligne huidcellen opstapelen, waardoor de omliggende huid onaangestast blijft.

INDICATIES

In België is een terugbetaling voorzien voor de behandeling van superficiael basocellulair carcinoom, nodulair basocellulair carcinoom, actinische keratosen (in gelaat en op de scalp) en de ziekte van Bowen (intra-epidermaal spinocellulair carcinoom, plaveiselcelcarcinoom in situ).

CONVENTIONEEL VS. DAGLICHT PDT

Conventionele PDT heeft een veel ruimer indicatiegebied. Men heeft wel een artificiële lichtbron nodig met een welbepaalde golflengte: 630-635 nm (rood licht), die het diepst in de huid

binnendringt.

Daglicht PDT is alleen maar terugbetaald voor de behandeling van actinische keratosen. Het vraagt geen investering want het volstaat zich bloot te stellen aan het gewoon daglicht. Men is wel afhankelijk van de weersomstandigheden. Het vraagt dus een zekere flexibiliteit van arts en patiënt om daglicht PDT af te spreken. Het kan immers niet bij regenachtig weer. Omdat ook koude dagen niet geschikt zijn, kan het in België alleen van maart tot oktober. Daglicht PDT is in tegenstelling tot de conventionele PDT niet pijnlijk en de lokale huidreacties zijn meestal minder hevig.

BEHANDELING

Eerst worden de (pre)maligne huidletsels voorbereid door schilfers en korstjes te curetteren, waarna men de crème aanbrengt.

Bij daglicht PDT heeft de patiënt vooraf gedurende een aantal dagen de te behandelen gebieden ingewreven met een ureumzalf om de penetratie te bevorderen. Na het aanbrengen van de fotosensibiliserende crème moet de patiënt zich onmiddellijk gedurende twee uren aan het daglicht blootstellen, waarna men de crème verwijdert.

Bij conventionele PDT laat men de fotosensibiliserende stof eerst onder een afgesloten verband inwerken. Dit verband is niet lichtdoorlatend om vroegtijdige lichtactivatie te verhinderen. Vier uur later komt de patiënt opnieuw naar de raadpleging voor de belichting. Na het verwijderen van het verband en de crème controleert men met een Wood-lamp de fluorescentie. Zo weet men dat de crème goed opgenomen is in de huid. Gedurende zeven tot acht minuten wordt dan het letsel met rood licht bestraald tot een voldoende lichtdosis bereikt is. Tijdens deze belichting kan een brandend en prikkelend gevoel optreden. Door applicatie van waterspray, ventilatoren of xylocaïnespray blijft het comfortabel voor de patiënt. Onmiddellijk na de belichting kan er roodheid en zwelling optreden. De dagen nadien kunnen erosies en crustae ontstaan. Deze zullen verdwijnen zonder littekenvorming.

VOLWAARDIG ALTERNATIEF

Fotodynamische therapie is een selectieve en niet-invasieve behandelingsmethode voor veel voorkomende non-melanoma huidkankers. Het is een aantrekkelijk alternatief voor chirurgie, omdat de



cosmetische resultaten beter zijn. Bovendien worden subklinische letsels in het behandelde veld ook aangepakt. Het biedt een volwaardig alternatief voor patiënten die geen chirurgie wensen of kunnen laten uitvoeren. Ook voor transplantpatiënten met een verhoogd risico op ontwikkelen van (pre)maligne huidletsels is dit een veilige en efficiënte behandelingsmethode.

REFERENTIES

- Morton CA et al. Guidelines for topical photodynamic therapy: update. *Br J Dermatol.* 2008 Dec;159(6):1245-66.
- Babilas P et al. Photodynamic therapy in dermatology -an update. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2005 Jun;21(3):142-9.
- Rubel DM et al. Daylight photodynamic therapy with methyl aminolevulinate cream as a convenient, similarly effective, nearly painless alternative to conventional photodynamic therapy in actinic keratosis treatment: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2014 Nov;171(5):1164-71.
- Dragieva G et al. A randomized controlled clinical trial of topical photodynamic therapy with methyl aminolaevulinate in the treatment of actinic keratoses in transplant recipients. *Br J Dermatol.* 2004 Jul;151(1):196-200.



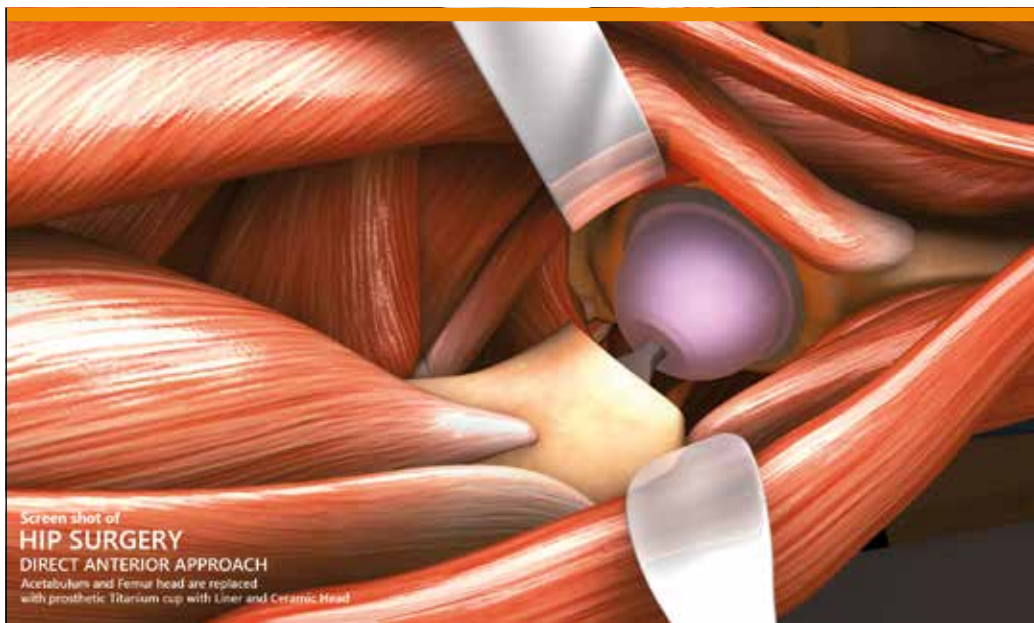
Dr. Stijn Geurickx

‘OPERATIE VAN DE EEUW’

Totale heupprotheseoperaties (THP) zijn een van de meest succesvolle ingrepen in de orthopedische chirurgie. Deze chirurgische behandeling van patiënten met slijtage van het heupgewricht werd onlangs nog ‘de operatie van de eeuw’ genoemd. De gerapporteerde resultaten zijn uitstekend en daardoor lijkt het moeilijk om deze nog te verbeteren. Echter, niet enkel de implantaten worden nog beter, ook de chirurgische technieken worden verder verfijnd. Enerzijds zorgen biotechnologische ontwikkelingen voor een continue vooruitgang van de heupprothesen. Beter materialen en ontwerpen zorgden voor een ruimere waaier van beweging met verhoogde stabiliteit en zeer lage slijtage. Anderzijds kan de orthopedisch chirurg door minimaal invasieve of wekedelensparende heekunde het ontslag bespoedigen, de revalidatie versnellen en de uiteindelijke resultaat gaan verbeteren. In dit aspect vinden we het grote voordeel van de direct anterior approach (DAA) voor het plaatsen van een heupprothese. Het bijzondere ervan is dat het heupgewricht tussen twee spiergroepen benaderd wordt, terwijl de meer klassieke methodes het heupgewricht doorheen verschillende spiergroepen benaderen.

Direct anterior approach bij heupprothese

De direct anterieure toegangsweg is een spiersparende techniek die vele voordelen biedt bij het plaatsen van een heupprothese.



VOORDELEN VAN DE DAA

- Er vindt geen spierschade plaats. De chirurg bereikt de heup tussen de spieren door, waardoor er ook beduidend minder bloedverlies optreedt.
- Positionering in ruglig laat uitvoerig testen en optimaliseren van het kunstgewricht toe naar bewegingsvrijheid, stabiliteit en beenlengteverschil.
- Door de bewaarde spier- en kapselstabiliteit is de kans uiterst klein dat de heup zich ontwricht.
- Postoperatief krijgt de patiënt ook geen beperkingen opgelegd naar mobiliteit en slaappatroon, waardoor de revalidatie over het algemeen vlot verloopt.
- Er is minder littekenpijn waardoor slapen op de zij meestal ook aangenamer aanvoelt.

Zoals elke operatie heeft ook deze techniek een aantal potentiële nadelen. Aangezien de kleine huidzenuw van de buitenzijde van het bovenbeen tegenaan de incisie ligt, zien we soms tijdelijke uitval van deze zenuw gedurende een aantal maanden. Dit zenuwtje heeft geen spierfunctie en zal dus geen impact hebben op het normale functionele herstel. Het zenuwtje recupereert bijna steeds waardoor het dove gevoel geleidelijk aan verdwijnt.

Nieuwe technieken zoals deze spiersparende direct anterieure toegangsweg, hebben ertoe geleid dat het plaatsen van een kunstheup vandaag de dag minder ingrijpend is dan voorheen. Patiënten zijn sneller thuis, hernemen sneller hun dagelijks activiteiten en kunnen sneller trachten te vergeten dat ze met een kunstheup rondlopen.

Draadloos bevallen

Sinds eind september 2017 beschikken we op onze materniteit over een draadloos CTG-toestel. Mama's zitten voor de monitoring niet langer via kabels 'vast' aan de cardiocograaf maar kunnen zich dus vrij bewegen tijdens de arbeid.



Dr. Lieselore Vandermeulen

Nadeel van het CTG-toestel met bekabeling was dat elke patiënt voor elke monitoring om de zoveel tijd verplicht in bed moest voor telkens minstens een half uur. Dankzij het nieuwe draadloze toestel hoeft de patiënt niet meer in bed te blijven en kan zij gewoon rondwandelen, op de bal zitten of naar het toilet gaan. Bijkomend voordeel is dat de transducers waterbestendig zijn, zodat de patiënt in de verloskamer ook tijdens het nemen van een bad gemonitord kan worden en ook de baby op dat moment optimaal opgevolgd wordt.

CONTINUE OPVOLGING

Praktisch plaatsen we twee banden rond het middel van de patiënt en we brengen hieronder de transducers aan, die de harttonen van de baby en de weeënactiviteit registreren. Deze draadloze monitoring wordt voornamelijk gebruikt bij patiënten die geen epidurale verdoving hebben en hun arbeid niet liggend in bed willen doorbrengen. Op deze manier kunnen we meer bewegingsvrijheid en comfort bewerkstelligen en gelijktijdig correcte monitoring en veilige patiëntenzorg garanderen.

Bovenal kunnen dankzij de draadloze monitoring de foetale harttonen continue opgevolgd worden, bijvoorbeeld ook wanneer een dringende transfer naar de operatiezaal nodig is bij een spoedkeizersnede. Een bijkomend en belangrijk veiligheidsvoordeel.

Via het centrale monitoringsysteem, waarin het ziekenhuis reeds in 2014 heeft geïnvesteerd, kunnen de artsen en vroedvrouwen vanuit de centrale verpleegpost de foetale harttonen en

tocografie volgen in real time. Deze monitoring kunnen de gynaecologen ook op de consultatie of zelfs buiten het ziekenhuis volgen.





Magali Nys

verpleegkundig wondzorgspecialist

De wondzorgraadpleging is vooral bedoeld voor patiënten met chronische wonden zoals diabetische voetwonden, wonden door vaatproblemen, drukletsels en vochtletsels bij geriatrische patiënten. Kortom, wonden die lang aanslepen en moeilijk te genezen zijn. Patiënten hebben vaak al een resem behandelingen geprobeerd of gecombineerd, en dus ook veel kosten gemaakt, voor ze bij de verpleegkundig wondzorgspecialist terechtkomen. Patiënten worden doorverwezen door huisarts of woonzorgcentrum omdat men door de bomen het bos niet meer ziet.

HULP VOOR THUISVERPLEGING, HUISARTSEN EN WOONZORGCENTRA

De verpleegkundig wondzorgspecialist geeft advies hoe je moeilijk helende wonden het best kunt behandelen en volgt de genezing van de wonde tot het einde op. Dit gebeurt in goede samenwerking met huisarts, thuisverpleging of woonzorgcentrum. De thuisverpleegkundige kan de patiënt ook begeleiden tijdens de wondzorgraadpleging. Het interessante is dat één vast oog de evolutie van de wonde opvolgt. Chronische wondzorg kan erg complex zijn en vaak zijn ook verschillende factoren er de oorzaak van dat een wonde niet geneest.

WAKEN OVER KOSTENPLAATJE

De raadpleging gebeurt onder supervisie van een specialist. Afhankelijk van de

Specialistisch advies wond- en stomazorg

RZ Heilig Hart Tienen is in september gestart met raadplegingen wondzorg en stomatherapie. Dergelijke raadplegingen zijn nieuw in onze regio en bieden een antwoord op de stijgende vraag naar complexe wondzorg.

mogelijke oorzaak van de wonde is dit een dermatoloog, endocrinoloog, chirurg (bv. abdominaal, vaatheelkundig, orthopedisch) of geriater. Om de raadpleging betaalbaar te houden, wordt maar één keer remgeld aangerekend. De patiënt krijgt een verslag en voorschriften voor thuisverpleging en verzorgingsmateriaal mee en ook de aanvraag voor financiële tegemoetkoming voor chronische wondzorg. De kost is een belangrijk aspect. Patiënten hebben vaak al honderden euro's uitgegeven aan de verzorging van hun wonden. Samen met de sociale dienst en in samenspraak met patiënt en thuisverpleging kijken we wat financieel haalbaar is voor een patiënt en welke financiële ondersteuning hij kan krijgen in de kosten voor de verzorging van zijn chronische wonde.

Op de stomaraadpleging krijgen patiënten met een (toekomstige) stoma advies over hun materiaal en verzorging bij eventuele problemen. Een referentieverpleegkundige stomazorg helpt stomapatiënten om weer een zo normaal mogelijk privé-, beroeps- en sociaal leven op te nemen.

DICHTER BIJ HUIS

Het aantal patiënten dat wondzorg nodig heeft, zal in de toekomst nog stijgen door de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal patiënten met een chronische aandoening als diabetes en vaatlijden. Vroeger moesten we deze patiënten verwijzen naar UZ Leuven. We zijn blij dat we deze specialistische wondzorg nu dichterbij de patiënt kunnen aanbieden. Bovendien

is de wondzorgraadpleging ook voor onze gehospitaliseerde patiënten een grote meerwaarde. De verpleegkundig wondzorgspecialist gaat langs op alle verpleegafdelingen en geeft advies aan verpleegkundigen bij de verzorging van doorligwonden en moeilijke heelkundige wonden. Zij bundelt expertise en de nieuwe wetenschappelijke inzichten op vlak van wondzorg en staat ook in voor de interne opleidingen over wondzorg.



Online afspraak maken voor uw patiënt



Stijn Broos

analist-programmeur

De gespecialiseerde wondzorgraadpleging is ook voor onze gehospitaliseerde patiënten een grote meerwaarde

Sinds begin oktober kunnen huisartsen online afspraken maken voor een raadpleging bij een specialist in ons ziekenhuis. Dit gaat snel en eenvoudig via ons extranet voor huisartsen, Artemis. Enige voorwaarde is dat de patiënt geregistreerd is in ons ziekenhuis.

GETEST DOOR HUISARTSEN

Het project werd eind 2016 opgezet in samenwerking met het diensthoofd Administratie van RZ Heilig Hart Tienen, Kris Deldime. De online afsprakentool werd in huis ontwikkeld en een eerste versie werd afgelopen zomer voorgesteld aan de huisartsengroep Arcade (Gelrode) en huisarts Achiel Boogaerts (Rillaar). Op basis van hun feedback werd de toepassing bijgestuurd en verbeterd.

GEBRUIKSVRIENDELIJK

Na het aanmelden in Artemis kan de arts een patiënt selecteren op de vertrouwde manier. Behalve medische verslagen, laboresultaten en andere documenten raadplegen, heeft de huisarts nu ook de keuze om een afspraak te maken voor de geselecteerde patiënt of gemaakte afspraken op te vragen.

Bij het maken van een nieuwe afspraak zoekt de arts de gewenste specialist op en kan een vrije afspraak gezocht worden op basis van enkele criteria. Er



kan onder andere een datum, tijdstip, campus ... ingesteld worden, naargelang de wensen van de patiënt. Nadien wordt een lijst met vrije afspraken voorgesteld. De arts selecteert de gewenste afspraak en kan deze eventueel afdrucken om mee te geven met de patiënt. Huisartsen hebben ook de mogelijkheid om afspraken die ze zelf voor hun patiënt gemaakt hebben, aan te passen of te verwijderen.





Dr. Anne Beyen

geriater

Ziekenhuis partner in hospice De Klaproos

Hospice De Klaproos is een nieuw zorginitiatief van Woonzorgcentrum Huize Nazareth van Alexianen Zorggroep Tienen in samenwerking met RZ Heilig Hart Tienen, HAZOH en Panal. Dit gasthuis voor palliatieve patiënten wil mensen waardig hun laatste levensdagen laten doorbrengen in de best mogelijke zorgomstandigheden en in een huiselijke sfeer. Hierbij beogen we een verbetering van de levenskwaliteit van de gasten en hun naasten.

De persoonlijke levenssfeer en de wensen van de gasten staan voorop in de zorgverlening door professionele zorgverleners en vrijwilligers. Het multidisciplinair zorgteam onder coördinatie van dr. Michel Reniers (palliatief arts RZ Heilig Hart Tienen, huisarts groepspraktijk Houtenveld) staat in voor het comfort en de levenskwaliteit van onze gasten.

TOTAALZORG

Het team werkt vanuit een totaalzorg waarbij fysieke zorg, psychologische en emotionele ondersteuning, sociale begeleiding en spirituele opvang aangeboden worden. Ook familieleden en/of naasten worden begeleid. Dit met respect voor de eigenheid, levensvisie en wensen, en met behoud van autonomie. Het hospice beschikt over twee gemeubelde kamers die voldoende rust en privacy garanderen. Elke gast heeft een eigen kamer, waar ook een naaste kan overnachten. De kamers zijn comfortabel ingericht en er kunnen dierbare voorwerpen van thuis worden meegebracht om een persoonlijke sfeer te creëren. Er is mogelijkheid om in een stille ruimte tot rust of gebed te komen. Er is een woonkamer met piano en literatuur ter ontspanning of verdieping. Samen met een groep vrijwilligers onder coördinatie van palliatief

verpleegkundige Frie Pierre slaagt het zorgteam erin om zorg te bieden in een warme omgeving.

Hospice De Klaproos is geïnspireerd op de liefdevolle zorg van een ondertussen overleden medewerker van WZC Huize Nazareth, Frie Dirix. Haar fascinatie voor klaprozen wordt verdergezet in het logo en de zorgvisie van de hospice. Een klaproos ziet er teer en kwetsbaar uit, maar is ook sterk en veerkrachtig. Het kan zelfs op een schrale bodem groeien en meebewegen met een windvlaag. In onze zorg willen we onze gasten kwaliteitsvolle dagen bieden en hun naasten bijstaan in de laatste levensfase van hun dierbare.

VERWIJSCRITERIA

Het ziekenhuis hanteert volgende criteria om gehospitaliseerde patiënten door te verwijzen naar hospice De Klaproos.

- De patiënt is palliatief geregistreerd en wordt begeleid door het Palliatief Support Team van RZ Heilig Hart Tienen. Meetinstrumenten: De gevalideerde *Palliative Care Indicator Tool* (PICT) hanteren we om de palliatieve patiënt tijdig te identificeren ongeacht zijn aandoening, en om de ernst van zijn zorgnoden te bepalen; de *Palliative Performance Scale* (PPS) gebruiken we om de functionele status van de patiënt in te schatten.



- De patiënt wil of kan niet naar huis, bijvoorbeeld omdat door de zorgzwaarte het niet mogelijk is om adequate thuiszorg te organiseren.
 - De wens zelf van de patiënt om zijn laatste levensdagen door te brengen in de hospice is uiteraard doorslaggevend.
- Het medisch dossier en de PICT- en PPS-resultaten van de patiënt worden aan de hospice-coördinator bezorgd en voorgelegd aan de opnamecommissie. Die bestaat uit de huisartsen dr. Michel Reniers en dr. Jeroen Van Den Brandt, beiden coördinerend arts in WZC Huize Nazareth, en geriater dr. Anne Beyen. Zij bekijken de aanvragen ad hoc en regelen zo snel mogelijk een opname als de patiënt in aanmerking komt.

De huisarts kan palliatieve patiënten die thuis verblijven, ook doorverwijzen voor opname in Hospice De Klaproos.

INSPIREREND OPENINGSSYMPIOSIUM

Is dit nieuwe project een puzzelstukje dat ontbrak in het aanbod van palliatieve zorg? Die vraag stelde dr. Gert Huysmans, voorzitter van Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, op het symposium waarmee de partners op 16 december Hospice De Klaproos officieel voorstelden. Verschillende aspecten van de zorg en begeleiding kwamen aan bod. Huisartsen en artsen-specialisten onderstreepten ook het belang van ontschotting in de palliatieve zorg.

Foto: dr. Michel Reniers aan het woord, huisarts en palliatief arts RZ Heilig Hart Tienen.





RZ Heilig Hart Tienen wint eerste NIAZ Jaarprijs

Met een educatieproject over de essentiële kwaliteitsnormen heeft ons ziekenhuis de allereerste editie van de NIAZ Jaarprijs gewonnen. Met deze prijs bevordert het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg het delen van goede voorbeelden om de zorg verder te verbeteren. De jury was vol lof over de manier waarop ons ziekenhuis medewerkers, patiënten en bezoekers betrekt bij het naleven van de vereisten voor veilige en kwalitatieve zorg. Met een gemiddelde score van 8,54 liet RZ Heilig Hart Tienen grote ziekenhuizen als UZ Gent, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) en Erasmus Medisch Centrum (Rotterdam) achter zich. Behalve felicitaties ontving de delegatie van RZ Heilig Hart Tienen ook een cheque van 10.000 euro uit de handen van NIAZ-voorzitter Kees Van Dun.



Supraregionaal oncologisch netwerk Vesalius

Acht ziekenhuizen hebben begin september een samenwerkings-overeenkomst ondertekend voor een oncologisch netwerk, Vesalius gedoopt. Het gaat om RZ Heilig Hart Leuven, RZ Heilig Hart Tienen, H.-Hartziekenhuis Lier, AZ Diest, AZ Sint Maarten (Mechelen), AZ Jan Portaels (Vilvoorde), Imeldaziekenhuis (Bonheiden) en UZ Leuven. Het netwerk wil de zorgverlening voor kankerpatiënten verder uitbouwen en verbeteren. De partners zullen samen kwaliteit definiëren en meten voor de zorgprogramma's oncologie. Er komt onder meer een multidisciplinair oncologisch handboek als leidraad om de patiënten de meest adequate zorg op de juiste plaats te bieden. Gezamenlijk afgesproken kwaliteitsindicatoren zullen geregistreerd en gebenchmarkt worden. Het is ook de bedoeling om dit netwerk uit te bouwen naar huisartsenkringen, thuiszorgorganisaties en patiëntenverenigingen.

25 jaar labo Anatomopathologie gevierd

Het zilveren jubileum van onze gereputeerde dienst Anatomopathologie werd uitgebreid gevierd met een drukbijgewoond symposium op zaterdag 14 oktober. Bij zo een feestelijke gelegenheid was er behalve ruimte voor wetenschappelijk duiding ook veel plaats voor humorvolle terugblikken op de begindagen, toen de patholoog eenzaam vanuit de kelders van het ziekenhuis moest opereren, en oprechte lof voor het pionierswerk van dr. Ann Cornelis (*foto rechts*), die de dienst in 1992 oprichtte en een voortrekkersrol speelde in de digitalisering van de discipline in ons land. Zeer gesmaakte voordrachten waren ondermeer de film die de Doornikse collega-patholoog dr. Renard had gemaakt over het Senegal-project waaraan ze samen met dr. Cornelis in 2016 deelnam, de erg humoristische benadering van de verhouding anatomopatholoog-chirurg door dr. Ivan Kerschaever en last but not least de schalkse interpretatie van het verslag van de patholoog door een Tiens huisartsentrio. Een zonovergoten overheerlijke receptie met walking dinner was de kers op de taart. De afwezigen hadden zoals altijd absoluut ongelijk.



Dr. Liesbet Van Eycken, directeur Stichting Kankerregister België, en dr. Dirk Dewolf, administrateur generaal van het Agentschap Zorg en Gezondheid



Materniteit neemt deel aan KIK-project

RZ Heilig Hart Tienen is in het KIK-proefproject van minister van Volksgezondheid Maggie De Block gestapt. KIK staat voor Kort In Kraamkliniek en verkort het ziekenhuisverblijf na een bevalling. Mama's die van een eerste kindje bevallen, kunnen na drie nachten naar huis. Vanaf een tweede kindje kan dat al na twee nachten. Bij een keizersnede kan een kraamverblijf van vier nachten.

In onze regio werkten de

Leuvense ziekenhuizen samen met expertisecentrum De Bakermat een opvolgingstraject uit voor mama's die kiezen voor zo'n verkort verblijf. Sinds september biedt onze Materniteit die mogelijkheid ook aan. Uiteraard kan dit enkel wanneer de zwangerschap, de bevalling en de kraamtijd in het ziekenhuis optimaal verlopen en indien een aantal strikte voorwaarden vóór het ontslag uit het ziekenhuis zijn vervuld.

Grotere afgesloten parking voor Medisch Centrum Aarschot

Om de parkeerdruk tijdens de piekmomenten aan te pakken, breiden we de bezoekersparking van Medisch Centrum Aarschot uit met een 40-tal extra plaatsen. Het wordt ook een afgesloten parking, om oneigenlijk gebruik ten koste van onze patiënten en medewerkers tegen te gaan. Keerzijde is dat de parking betalend wordt. Het beheer komt in handen van de firma Apcoa, waarmee we al in Tienen samenwerken voor de parkings van Campus Mariëndal. Zonder onvoorziene (weers)omstandigheden zijn de werkzaamheden klaar in de loop van januari. *(Ken Strijkers)*

Vernieuwde OK-zaal in gebruik

Begin december werd in het operatiekwartier van Campus Mariëndal een volledig gerenoveerde zaal in gebruik genomen. De werkzaamheden gingen midden juni van start en er was een investering van 650.000 euro mee gemoeid.

De zaal is volgens alle laatste normen uitgerust en is luchttechnisch de meest performante van ons ziekenhuis. Om die reden zullen hier vooral orthopedische ingrepen zoals prothesechirurgie gebeuren. De hoogkwalitatieve nieuwe pendels en schermen zijn zeer handig in gebruik. De bediening van de technieken in deze zaal, van de verlichting en verluchting tot de zonnewering, gaat via een aanraakscherm. *(Ken Strijkers)*



De zaal is volgens alle laatste normen uitgerust en is luchttechnisch de meest performante van ons ziekenhuis.

Wetenschappelijke publicaties

Anesthesie

Posterpresentation presented at the 10th Congress of the European Pain Federation EFIC – 2017 in Copenhagen, Denmark (September 6-9, 2017)

Effectiveness of conventional radiofrequency treatment of the Gasserian ganglion after a failed pulsed radiofrequency treatment in trigeminal neuralgia: a ten-year retrospective analysis

De Buck J, Buyse K, Puylaert M, De Vooght P, Vanelderden P, Mestrum R, Heylen R, Van Zundert J

ABSTRACT

Background and Aims

In patients with trigeminal neuralgia (TN), pulsed radiofrequency treatment (PRF) of the Gasserian ganglion (GG) can provide effective pain relief with less side-effects than conventional radiofrequency treatment (CRF). When PRF fails to deliver good pain relief, CRF could still be used as an alternative. We performed a retrospective analysis to evaluate the effect of CRF after failed PRF.

Methods

A retrospective analysis was performed at our multidisciplinary pain centre. All patients who underwent CRF following TN refractory to PRF from 2006 until 2016 were screened.

PRF was applied for 4 minutes with a frequency of 2Hz and a pulse width of 20ms at 45 Volt, not exceeding a temperature of 42°C at the tip of the electrode. CRF was applied for 60 seconds at 60, 65 and 70°C.

Patients were evaluated for global perceived effect (GPE, %), time to recurrence and complications. A GPE of >50% for more than 6 months following CRF was considered as good pain relief.

Results

36 patients were screened, 30 patients were included. 27 (90%) patients suffered from idiopathic TN, 3 (10%) had Multiple Sclerosis.

Following failed PRF, 2 (7%) patients reported poor pain relief after CRF. 28 (93%) patients had good pain relief. Mean time of recurrence was 25 months (+/-SD 16). There were no reported complications after PRF treatment. 13 (43%) patients reported hypoesthesia in the treated area following CRF.

Conclusions

In our study, CRF of the GG in patients with TN was effective after failed PRF.

Poster presentation presented at
The 36th Annual ESRA Congress –
ESRA 2017 in Lugano, Switzerland
(September 13-16, 2017)

Ultrasound guided pulsed radiofrequency therapy for genitofemoral neuralgia

Dehaene S, Buyse K, Puylaert M, Van
Zundert J, Heylen R, Mestrum R

ABSTRACT

Background and Aims

The innervation of the groin is complex with overlap of the genitofemoral (GFN), the ilioinguinal and the iliohypogastric nerves. The femoral branch of the GFN

innervates the skin over the anterior part of the upper thigh. The genital branch innervates the cremaster muscle and the spermatic cord, scrotum in males and the labia majora and mons pubis in females. The aim of this study is to analyze the effect of ultrasound (US) guided PRF of the GFN.

Methods

We retrospectively evaluated 14 patients treated with a PRF of the genital branch as described by Terkawi and Romdhane (1). All patients underwent a US guided diagnostic block with 1cc Linisol 2%. Only patients with more than 50% pain relief were scheduled for PRF. Paresthesias in the genitofemoral dermatome after sensory stimulation at less than 0.50V ensured correct needle position. PRF was performed during

240 seconds at 20ms pulse width and 45V, not exceeding 42°C at the needle tip. Global perceived effect (GPE) was evaluated at short term (6 weeks) and long term (time of telephone based survey).

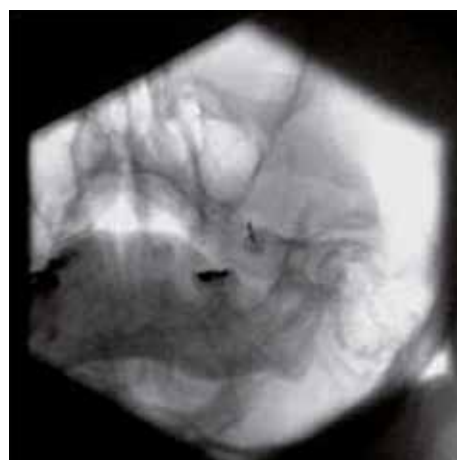
Results

All but one patients (93%) had a positive diagnostic block and underwent PRF treatment. One patient was lost to follow up. 7/12 (58%) had significant effect (GPE >50%) after 6 weeks and 4/12 (33%) had significant effect on long term (7 up to 32 months, mean 15 months).

Conclusions

Although the long term effects are still unclear, PRF of the GFN is a promising technique in groin and genital pain.

Fluoroscopie van Gasser procedure



•Anatomy

L1-L2

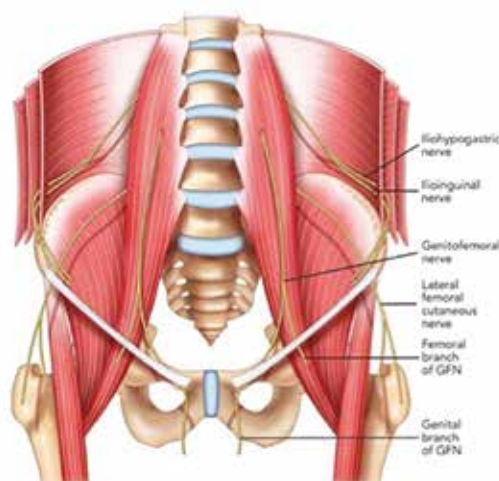
Pierces Psoas at level L3 L4 vertebrae.

Caudally over ventral side of Psoas, behind ureters

Divides above inguinal ligament

Genital branch through inguinal canal

Femoral branch follows A. Iliaca Externa



Dermatologie

Contact Dermatitis. 2017 Nov; 77(5):349-351.

A new application for epoxy resins resulting in occupational allergic contact dermatitis: the three-dimensional printing industry

Creytens K, Gilissen L, Huygens S, Goossens A

ABSTRACT

Epoxy resin systems (ERSs) are strong sensitizers that are responsible for occupational dermatitis in many applications, such as in the aircraft industry, including helicopter assembly, and wind turbine rotor manufacture. Since the 1990s, ERSs have also been introduced in three-dimensional (3D) printing, which has become a new source of epoxy resin sensitization. Here, we present 2 such patients who presented with severe allergic contact dermatitis caused by ERSs. To our knowledge, these are the first case reports of severe occupational allergic contact dermatitis, with airborne and systemic features, caused by epoxy resin compounds used in 3D printing.

Gastro- enterologie

World J Gastroenterol. 2017 Aug 14;23(30):5499-5507.

Everolimus halts hepatic cystogenesis in a rodent model of polycystic-liver-disease

Temmerman F, Chen F, Libbrecht L, Vander Elst I, Windmolders P, Feng Y, Ni Y, De Smedt H, Nevens F, van Pelt J

ABSTRACT

Aim

To develop a MRI-based method for accurate determination of liver volume (LV) and to explore the effect of long-term everolimus (EVR) treatment on LV in PCK rats with hepatomegaly.

Methods

Thirty-one female PCK rats (model for polycystic-liver-disease: PCLD) were randomized into 3 groups and treatment was started at 16 wk, at the moment of extensive hepatomegaly (comparable to what is done in the human disease). Animals received: controls (n = 14), lanreotide (LAN: 3 mg/kg per 2 wk) (n = 10) or everolimus (EVR: 1 mg/kg per day) (n = 7). LV was measured at week 16, 24, 28. At week 28, all rats were sacrificed and liver tissue was harvested. Fibrosis was evaluated using quantitative image analysis. In addition, gene (quantitative RT-PCR) and protein expression (by Western blot) of the PI3K/AkT/mTOR signaling pathway was investigated.

Results

LV determination by MRI correlated excellent with the ex vivo measurements ($r = 0.99$, $P < 0.001$). The relative changes in LV at the end of treatment were: (controls) +31.8%; (LAN) +5.1% and (EVR) +8.8%, indicating a significantly halt of LV progression compared with controls (respectively, $P = 0.01$ and $P = 0.04$). Furthermore, EVR significantly



(a) Erythematous papules on the right wrist in case 1.

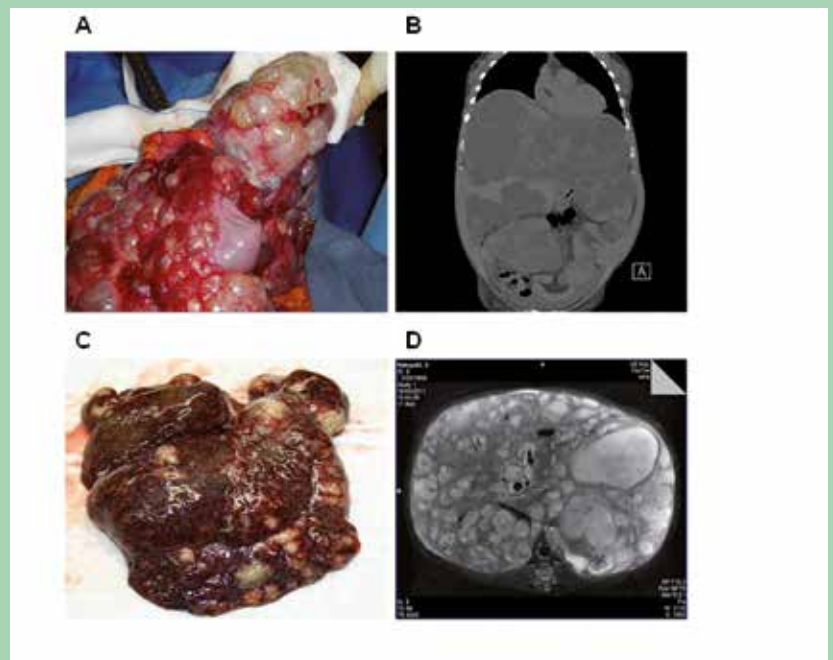
(b) Erythematous plaques on the forearm and wrist in case 2.

Semi-open tests with several resins 'as is' in case 1 (day 6).

reduced the amount of liver fibrosis ($P = 0.004$) thus might also prevent the development of portal hypertension. There was no difference in phosphorylation of Akt (Threonine 308) between LAN-treated PCK rats control PCK rats, whereas S6 was significantly more phosphorylated in the LAN group. Phosphorylation of Akt was not different between controls and EVR treated rats, however, for S6 there was significantly less phosphorylation in the EVR treated rats. Thus, both drugs interact with the PI3K/Akt/mTOR signaling cascade but acting at different molecular levels.

Conclusion

Everolimus halts cyst growth comparable to lanreotide and reduces the development of fibrosis. mTOR-inhibition should be further explored in PCLD patients especially those that need immunosuppression.



Gynaecologie

Facts Views Vis Obgyn, 2017, 9 (2): 77-84.

Guiding histological assessment of uterine lesions using 3D in vitro ultrasonography and stereotaxis

Vandermeulen L, Cornelis A, Christina Kjaergaard Rasmussen, Timmermans D, Van den Bosch T

ABSTRACT

Objective

To compare ultrasonographic features of uterine lesions with the findings at macroscopy and microscopy.

Methods

Case series of ten consecutive women undergoing a hysterectomy for uterine pathology. A preoperative transvaginal ultrasound examination was performed. After hysterectomy, the uterus was re-evaluated by 3D in vitro ultrasonography and in vitro gel instillation sonography (iGIS). The lesion of interest was pinpointed by inserting an intramuscular

injection needle using a free-hand 2D-ultrasound guided technique to focus the macroscopic and the microscopic examination by the pathologist.

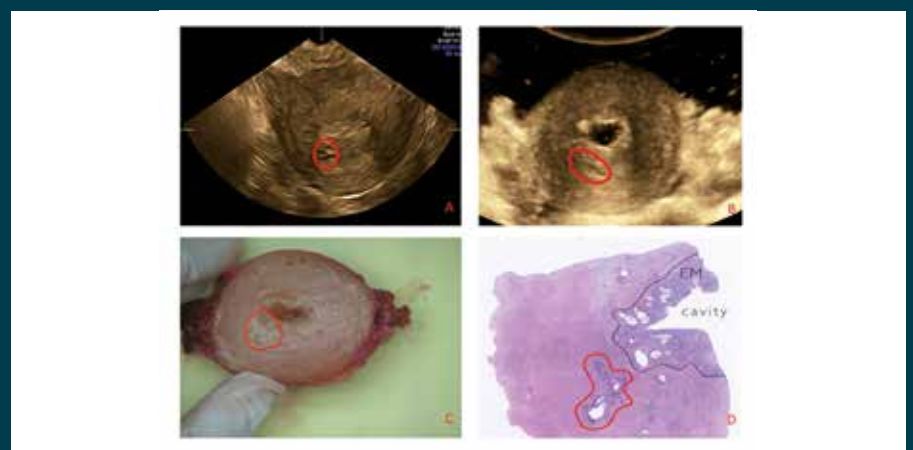
Results

Adenomyosis, benign fibroids and infiltrating endometrial cancer were diagnosed in six, five and one patient, respectively. We found that iGIS improved image quality of in vitro ultrasound. There was a good correlation between the reported ultrasound features and the final histological diagnosis. Some lesions had been misinterpreted during preoperative ultrasonography or at macroscopical

examination: e.g. dense myometrial vessels reported as small myometrial cysts at grey scale ultrasound examination; absence of macroscopical lesions in a case of diffuse adenomyosis.

Conclusions

In vitro 3D ultrasonography and iGIS allow for accurate mapping of uterine lesions so that ultrasound features can be matched with final histology. Our series demonstrates some pitfalls in the interpretation of sonographic and macroscopic features of uterine lesions. Stereotaxis of focal uterine lesions could focus histological assessment and reduces examination time for the pathologist.



Orthopedie

J Hand Surg Asian Pac Vol. 2017
Jun;22(2):184-187.

Midterm Follow-up of Treating Volar Marginal Rim Fractures with Variable Angle Lcp Volar Rim Distal Radius Plates

Goorens CK, Geeurickx S, Wernaers P, Staelens B, Scheerlinck T, Goubau J.

ABSTRACT

Background

Specific treatment of the volar marginal rim fragment of distal radius fractures avoids occurrence of volar radiocarpal dislocation. Although several fixation systems are available to capture this fragment, adequately maintaining internal fixation is difficult. We present our experience of the first 10 cases using the 2.4 mm variable angle LCP volar rim distal radius plate (Depuy Synthes®, West Chester, US), a low-profile volar rim-contouring plate designed for distal plate positioning and stable buttressing of the volar marginal fragment.

Methods

Follow-up patient satisfaction, range of motion, grips strength, functional scoring with the QuickDASH and residual pain with a numeric rating scale were assessed. Radiological evaluation consisted in evaluating fracture consolidation, ulnar variance, volar angulation and maintenance of the volar rim fixation.

Results

The female to male ratio was 5:5 and the mean age was 52.2 (range, 17-80) years. The mean follow-up period was 11 (range, 5-19) months postoperatively. Patient satisfaction was high. The mean total flexion/extension range was 144° (range, 100-180°) compared to the contralateral uninjured side 160° (range, 95-180°). The

mean total pronation/supination range was 153° (range, 140-180°) compared to the contralateral uninjured side 170° (range, 155-180°). Mean grip strength was 14 kg (range, 9-22), compared to the contralateral uninjured side 20 kg (range, 12-25 kg). Mean pre-injury level activity QuickDASH was 23 (range, 0-34.1), while post-recovery QuickDASH was 25 (range 0-43.2). Residual pain was 1.5 on the visual numerical pain rating scale. Radiological evaluation revealed in all cases fracture consolidation, satisfactory reconstruction of ulnar variance, volar angulation and volar rim. We encountered no flexor tendon complications, although plate removal was systematically performed after fracture consolidation.

Conclusions

The 2.4 mm variable angle LCP volar rim distal radius plates is a valid treatment option for treating the volar marginal fragment in distal radius fractures.

Eur Spine J 2017

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

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.



Vaatheelkunde

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.

Catheter Cardiovasc Interv. 2017 Oct 31.

Stellarex drug-coated balloon for treatment of femoropopliteal arterial disease - The ILLUMENATE Global Study: 12-Month results from a prospective, multicenter, single-arm study

Schroë H, Holden AH, Goueffic Y, Jansen SJ, Peeters P, Keirse K, Ito W, Vermassen F, Micari A, Blessing E, Jaff MR, Zeller T

ABSTRACT

Objectives

The purpose of this study was to assess the safety and performance of Stellarex Drug-coated balloon (DCB).

Background

DCB coatings differ in excipients, paclitaxel dose, and coating morphologies. Due to these differences, a class effect with DCBs has not been demonstrated. Consequently, each DCB needs to be evaluated independently based on its own clinical study results.

Methods

The ILLUMENATE Global Study is a prospective, multicenter, single-arm study. Patients with intermittent claudication or ischemic rest pain due to superficial femoral artery (SFA) and/or popliteal peripheral artery disease (PAD) were treated with the Stellarex DCB. The primary efficacy endpoint was primary patency, defined as freedom from restenosis with peak systolic velocity ratio ≤ 2.5 or clinically-driven target lesion revascularization (CD-TLR) at 12 months. The primary safety endpoint was freedom from device and procedure-related death through 30 days postprocedure and freedom from target limb major amputation and CD-TLR through 12 months.

Results

In total, 417 lesions were treated in 371

patients. The mean lesion length was 7.5 ± 5.3 cm, 40.8% of lesions were severely calcified per core laboratory fluoroscopy criteria and 31.3% were total occlusions. Primary patency by independent duplex core lab evaluation was 81.4% and the freedom from CD-TLR was 94.8% day 365 per Kaplan-Meier estimate. The majority of patients experienced improvements in their Rutherford classification (90.3%) and walking impairment questionnaire score (83.6%) at 12 months compared to baseline.

Conclusions

This study validated previous positive findings and confirms the strong safety profile and effectiveness outcomes.

JACC Cardiovasc Interv. 2017 Oct 23;10(20):2113-2123.

Drug-Coated Balloon Treatment for Femoropopliteal Artery Disease: The IN.PACT Global Study De Novo In-Stent Restenosis Imaging Cohort

Brodmann M, Keirse K, Scheinert D, Spak L, Jaff MR, Schmahl R, Li P, Zeller T; IN.PACT Global Study Investigators

ABSTRACT

Objectives

This study sought to evaluate the safety and effectiveness of a paclitaxel-coated drug-coated balloon (DCB) for the treatment of patients with de novo in-stent restenosis (ISR).

Background

Treatment of patients with ISR remains a challenge. Current strategies are plagued by high rates of recurrent restenosis and need for reintervention. The best intervention for ISR remains to be elucidated.

Methods

The IN.PACT Global study is an

independently adjudicated multicenter, prospective, single-arm study that enrolled 1,535 subjects with symptomatic atherosclerotic disease of the superficial femoral and/or popliteal arteries, including de novo ISR lesions. Patients enrolled in the pre-specified ISR imaging cohort were evaluated for vessel patency and reintervention within the 12-month follow-up period.

Results

A total of 131 subjects with 149 ISR lesions were included for analysis. The mean age of the cohort was 67.8 years. Mean lesion length was 17.17 ± 10.47 cm, including 34.0% total occlusions and 59.1% calcified lesions. The 12-month Kaplan-Meier estimate of primary patency was 88.7%. The rate of clinically driven target lesion revascularization (CD TLR) at 12 months was 7.3%. The primary safety outcome, a composite of freedom from device- and procedure-related mortality through 30 days and freedom from major target limb amputation and CD TLR within 12 months, was 92.7%. There were no major target limb amputations, no deaths, and a low (0.8%) thrombosis rate.

Conclusions

Results from the ISR imaging cohort demonstrate high patency and a low rate of CD TLR at 12 months. These data confirm the safety and effectiveness of the IN.PACT Admiral DCB (Medtronic, Dublin, Ireland) in complex femoropopliteal lesions, including this challenging subset.

Cardiovasc Intervent Radiol.
2017 Dec;40(12):1832-1838.

Long-Term Results from the MAJESTIC Trial of the Eluvia Paclitaxel-Eluting Stent for Femoropopliteal Treatment: 3-Year Follow-up

Müller-Hülsbeck S, Keirse K, Zeller T, Schroë H, Diaz-Cartelle J.

ABSTRACT

Purpose

To report the 3-year results of the MAJESTIC first-in-human study of the Eluvia Drug-Eluting Vascular Stent System for treating femoropopliteal artery lesions.

Methods

The prospective, single-arm, multicenter clinical trial enrolled 57 patients with symptomatic lower limb ischemia (Rutherford category 2, 3, or 4) and lesions in the superficial femoral artery or proximal popliteal artery. Mean lesion length was 70.8 ± 28.1 mm, and 46% of lesions were occluded. Efficacy measures at 2 years included primary patency, defined as duplex ultrasound peak systolic velocity ratio of ≤2.5 and the absence of target lesion revascularization (TLR) or bypass. Safety monitoring through 3 years included adverse events and TLR.

Results

Primary patency was estimated as 83.5% (Kaplan-Meier analysis) at 24 months, and 90.6% (48/53) of patients maintained an improvement in Rutherford class. At 36 months, the Kaplan-Meier estimate of freedom from TLR was 85.3%. No stent fractures were identified, and no major target limb amputations occurred.

Conclusion

MAJESTIC results demonstrated long-term treatment durability among patients whose femoropopliteal arteries were treated with the paclitaxel-eluting Eluvia stent.

J Cardiovasc Surg (Torino).
2017 May 26.

BeGraft Peripheral PMCF Study: 12-month results.

Deloose K, Bosiers M, Callaert J, Peeters P, Verbist J, van den Eynde W, Maene L, Beelen R, Keirse K.

ABSTRACT

Background

The BeGraft Peripheral PMCF study is a prospective, non-randomized study, conducted at the vascular departments of 4 hospitals in Belgium. This manuscript reports the findings up to 12-month follow-up time for the total cohort. The primary endpoint of the study is primary patency at 12 months. Primary patency is defined as a target lesion without a hemodynamically significant stenosis on duplex ultrasound (>50%, systolic velocity ratio no greater than 2.4) and without Target Lesion Revascularization (TLR) within 12 months.

Methods

Between June 2014 and March 2015, 70 patients with TASC II Class A (77.1%), B (14.3%), C (5.7%) or D (2.9%) aortoiliac lesions were included. The mean lesion length was 34.3mm with a mean degree of stenosis of 83.16%.

Results

Primary patency rate for the total patient population was 94.4% at 12-month follow-up. Freedom from TLR at 12-month was 96.7%.

Conclusions

These results confirm the already existing enthusiasm of the use of covered stents in the aorto-iliac field. Longer follow-up and more complex lesions have to be studied in the upcoming future.

J Endovasc Ther.
2017 Jun;24(3):311-316.

One-Year Outcomes of the Paclitaxel-Eluting, Self-Expanding Stent System in the Treatment of Infrapopliteal Lesions in Patients With Critical Limb Ischemia

Bosiers M, Callaert J, Keirse K, Hendriks JM, Peeters P, Verbist J, Maene L, Beelen R, Deloose K

ABSTRACT

Purpose

To investigate the efficacy of the paclitaxel-coated, self-expanding, nitinol Stentys Stent System in tibioperoneal lesions ≤ 50 mm long.

Methods

The prospective, single-arm, multicenter PES-BTK-70 trial (ClinicalTrials.gov identifier NCT01630070) evaluated the safety and efficacy of the coronary Stentys Stent System in the treatment of a stenotic or occlusive lesion ≤ 50 mm long in the tibioperoneal arteries of patients with critical limb ischemia (CLI). Between January 2012 and May 2013, 70 patients (mean age 74.6 ± 9.4 years; 45 men) with CLI [Rutherford category 4 (37, 52.9%) or 5 (33, 47.1%)] received a Stentys drug-eluting stent for the treatment of infrapopliteal stenosis (60, 85.7%) or occlusion (10, 14.3%). The mean lesion length was 17.2 mm (4.0-58.5). The primary outcome measures were primary patency at 6 months (duplex ultrasound) and 12 months (angiography). Secondary outcomes included limb salvage and freedom from target lesion revascularization (TLR). Kaplan-Meier estimates of the outcomes are given with the 95% confidence intervals (CI).

Results

Technical and procedure success ($< 30\%$ residual stenosis without major complications) was achieved in 68 (97.1%) of 70 cases. Primary patency was 87.6% (95% CI 83.5% to 91.7%) at 6 months and 72.6% (95% CI 66.9% to

78.3%) at 1 year. Freedom from TLR was 79.1% at 1 year (95% CI 73.9% to 84.3) and limb salvage was 98.5% (95% CI 97.0 to 100.0). No stent fractures were found by core laboratory review of all follow-up imaging data available up to 12 months.

Conclusion

In this study, the self-expanding, nitinol, paclitaxel-eluting, coronary Stentys stent was found to be safe and effective in the below-the-knee region, with results similar to the most recent limus-eluting stent trials.

J Cardiovasc Surg (Torino).
2017 Feb;58(1):49-54.

Outcome of a drug-eluting stent in longer below-the-knee lesions in patients with critical limb ischemia

Bosiers MJ, Deloose K, Peeters P, Torsello G, Zeller T, Scheinert D, Schmidt A, Maene L, Keirse K, Varcoe R, Bosiers M

ABSTRACT

Background

The superiority of drug eluting stents versus bare metal stents or balloon angioplasty in the treatment of patients with critical limb ischemia and infrapopliteal lesions has been established. However, only shorter lesions were evaluated. This study was designed to evaluate the immediate and long-term (up to 12 months) outcome of the Xience Prime™ Everolimus-Eluting Coronary Stent System (Abbott Vascular) in a controlled, prospective, multi-center investigation for long lesions up to 10 cm.

Methods

All patients with critical limb ischemia and long infrapopliteal lesions between 30 and 100 mm, who met the inclusion criteria, were included in this study. The primary endpoint was primary patency at 12 months, defined as absence of restenosis ($\geq 50\%$ stenosis) or occlusion based on quantitative analysis of contrast angiography.

Results

Between August 2011 and October 2013, 60 patients were enrolled in this study with a mean lesion length of 47.40 ± 25.06 mm (range 2-100 mm). The primary patency rate at 12 months was 75.4%. Freedom from target lesion revascularization was 84.9%. The amputation rate was rare (94.4% freedom from amputation). At the 12-month follow-up time point, a total of 36 out of 42 (85.7%) patients improved in their Rutherford classification by at least 1 class.

Conclusions

The use of everolimus-eluting stents in longer infrapopliteal lesions in the treatment of critical limb ischemia is safe and effective with a comparable primary patency, freedom from target lesion revascularization and amputation free survival as in short lesions.

Nieuwe artsen



ORTHOPEDIE

Dr. Stijn Geurickx

Onze medische equipe orthopedie nam, vooruitziend op het pensioen van dr. Bart Hendrickx in 2018, uitgerekend een oud-assistent van hem als nieuwe collega in haar associatie op. Dr. Stijn Geurickx studeerde geneeskunde aan de VU Brussel en behaalde in 2017 een manama orthopedie-traumatologie na assistentschappen in achtereenvolgens UMC Sint-Pieter (Brussel), RZ

Heilig Hart Tienen en UZ Brussel. Dr. Geurickx heeft zich verder toegelegd op het spiersparend plaatsen van heup -en knieprothese (zie pag. 8).



ANESTHESIE & PIJNCENTRUM

Dr. Mieke De Cang

Ons anesthesieteam kreeg versterking. Dr. De Cang voltooide in 2010 haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich nadien in de anesthesie in UZ

Leuven en OLV Ziekenhuis in Aalst. Vervolgens was zij een jaar fellow chronische pijntherapie in Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL, Genk). In 2016 behaalde zij het internationaal erkende certificaat van Fellow in Interventional Pain Practice (FIPP) van het World Institute of Pain. Aansluitend was zij fellow locoregionale anesthesie aan het *Centre for Research, Education and Enhanced Recovery after Orthopedic Surgery* (CREER) van het ZOL, onder supervisie van de befaamde prof. dr. Admir Hadzic. Dr. De Cang zal als pijnspecialist samen met dr. Kris Aerts en dr. Roel Mestrum het pijncentrum verder uitbouwen. Daarnaast is zij in het operatiekwartier werkzaam, met bijzondere interesse in locoregionale anesthesie.

Met de aanstelling van dr. De Cang speelt de dienst Anesthesie in op de vraag naar een ruimer zorgaanbod van het pijncentrum. Begin 2017 nam het pijncentrum zijn intrek in een nieuwe eenheid van het dagziekenhuis van Medisch Centrum Tienen. Er werd geïnvesteerd in een onthaal- en ontvangstruimte met recovery voor zes bedden en twee ligzetels. De verpleegkundige intake voor een interventionele pijnbehandeling, de postprocedurebewaking en monitoring alsook het ontslag van een patiënt gebeuren op een gestandaardiseerde wijze op basis van strikte criteria, met registratie in het elektronisch medisch en verpleegkundig dossier. In de aangrenzende nieuwe operatiezaal worden de infiltraties uitgevoerd volgens state-of-the-art richtlijnen onder röntgen- of echogeleiding. Het geheel leidde tot een verhoging van de zorgkwaliteit met bovendien meer aandacht voor privacy in een rustig en professioneel kader tot tevredenheid van de patiënten en zorgverleners. (Dr. Roel Mestrum)



CARDIOLOGIE

Dr. Eva De Caluwé

Onze medische staf Cardiologie breidt uit met een vijfde collega. Dr. Eva De Caluwé volgde haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven. Zij specialiseerde zich in de inwendige geneeskunde in AZ Turnhout en UZ Leuven. Nadien kreeg zij haar opleiding cardiologie in UZ Leuven en Jessa Ziekenhuis (Hasselt). Tot slot behaalde zij de bijzondere beroepstitel Intensieve Zorgen na

residentenschappen op de dienst Medisch Intensieve Zorgen van UZ Leuven en de dienst Intensieve Zorgen van Jessa ziekenhuis.

Dr. De Caluwé zal werkzaam zijn als cardioloog met raadplegingen in Tienen en Aarschot, maar ook als intensivist op onze dienst Intensieve Zorgen in samenwerking met de dienst Anesthesie.



PLASTISCHE HEELKUNDE

Dr. Thomas Nevens

RZ Heilig Hart Tienen heeft een overeenkomst met UZ Leuven gesloten voor samenwerking op het vlak van plastische heelkunde. In dat kader start plastisch chirurg dr. Thomas Nevens in ons ziekenhuis. Hiernaast blijft hij eveneens staf lid op de dienst Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde van UZ Leuven. Dr. Nevens studeerde in 2010 af als arts aan de KU Leuven.

Hij bekwaamde zich in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde in Imeldaziekenhuis (Bonheiden), UZ Leuven en AZ Groeninge (Kortrijk). In 2013 volgde hij de internationale cursus Microchirurgie aan het Erasmus MC (Rotterdam). Na zijn promotie in 2016 volgde hij een reconstructief microchirurgisch fellowship in UZ Leuven. Naast algemeen en esthetische plastische chirurgie zal hij zich in het bijzonder toeleggen op borstreconstructies met eigen weefsel, en op reconstructieve heelkunde in het hoofdhalsg gebied en het onderste lidmaat.