

HARTslag

Medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen • december 2016

rz **tienen**

regionaal ziekenhuis
heilig hart tienens vzw

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

Multidisciplinair pijncentrum

pag. 8-10

Stroke unit voor optimale beroertezorg

pag. 4-5

Regionaal zorgstrategisch plan trekt krijtlijnen voor nieuwe campus

pag. 11

Vele bomen in het digitale bos

pag. 14-15

Inhoud

- 4-5** Stroke unit voor optimale beroertezorg
- 6-7** Het zorgpad senologie
- 8-10** Uitbreiding en evolutie van het zorgaanbod in het multidisciplinair pijncentrum
- 11** Regionaal zorgstrategisch plan trekt krijtlijnen voor nieuwe campus
- 12-13** Antibioticabeleid als noodzakelijke pijler van zorgkwaliteit en patiëntveiligheid
- 14-15** Vele bomen in het digitale bos
- 16-17** Dertig jaar (r)evolutie in de chirurgie
- 18-23** Wetenschappelijke publicaties
- 24** Kort nieuws

COLOFON

Hartslag is het medisch magazine van RZ Heilig Hart Tienen.

Hoofredactie: dr. Ann Cornelis

Eindredactie: Karla Venken

Redactieraad:

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

Vormgeving: Liebens Reclame

Foto's: Heidi Rombouts, Shutterstock

Druk: Drukkerij Trudo

Verantwoordelijke uitgever:

dr. Luc Belmans, Kliniekstraat 45 -
3300 Tienen

Redactieadres:

hartslag@rztienen.be



Dr. Luc Belmans

hoofdarts

Met minder middelen betere zorg leveren aan meer patiënten,

het blijft de uitdaging in de gezondheidszorg. De jaarlijkse financiële doorlichting van de bank Belfius van alle Belgische ziekenhuizen (MAHA-studie) bevestigde de trend die zich al enkele jaren heeft ingezet. Eén op drie Belgische ziekenhuizen sluit zijn jaarrekening af met rode inkt. En hoewel RZ Tienen nog steeds in het zwart schrijft, is onze instelling niet immuun voor de oorzaken van deze financiële situatie. Daarnaast kondigde minister Maggie De Block aan dat er €902 miljoen zal bespaard worden in de zorgsector om de begrotingsdoelstellingen te halen. Daarvan komt 100 miljoen op de schouders van de ziekenhuizen terecht: minder middelen om zorg te voorzien. Deze zorg zal bovendien moeten geleverd worden aan meer zorgvragers. In de recente publicatie *Gezondheid in Vlaams-Brabant* (raadpleegbaar via www.vlaamsbrabant.be/dossiergezondheid) is de abstracte term vergrijzing en de impact op de zorgvraag zeer visueel geconcretiseerd. Dat ook de eisen toenemen waaraan die zorg moet voldoen, ervaren onze medewerkers dagelijks in aanloop naar onze NIAZ-accreditering in juni 2017.

Samenwerking is één van de oplossingen om deze uitdaging het hoofd te bieden. Ook onze overheden hebben deze kaart getrokken. Zij zien veel heil in samenwerkingsverbanden tussen zorgorganisaties. Onze samenwerking met de regionale ziekenhuizen en de eerste lijn versterken, is door deze maatschappelijke veranderingen dan ook meer dan ooit van wezenlijk belang. Als tweedelijnsziekenhuis zal RZ Tienen zijn rol en verantwoordelijkheid zeker opnemen. Overigens zijn we zeer opgetogen te kunnen bijdragen aan de opmaak van het project geïntegreerde chronische zorg dat in de Tiense regio momenteel wordt voorbereid.

Regionale samenwerking zal ook een cruciale rol spelen bij de toekenning van subsidies voor een nieuw ziekenhuis. In dit nummer leest u over de stand van zaken van dit project dat nu in de steigers wordt gezet om in het volgend decennium te worden voltrokken. Ook communicatie is een essentieel onderdeel van samenwerking. Voor de zorgsector is semantische interoperabiliteit voor uitwisseling van informatie en gegevens een moeilijk te omzeilen knelpunt. Om hieraan tegemoet te komen heeft recent de raad van bestuur beslist een onderzoek op te starten naar welke externe systemen deze lacune kunnen vullen en kwaliteitsvolle informatieoverdracht tussen de zorgactoren mogelijk kunnen maken. Om tussen de bomen het bos te herkennen, vindt u een overzicht welke informatiekanaalen er momenteel bestaan.

Verder in deze editie weiden we uit over de eenheid voor beroertezorg (stroke unit) die begin 2017 in ons ziekenhuis operationeel zal zijn. Als tweedelijnsziekenhuis zijn we overtuigd met deze state-of-the-art-behandelingsmogelijkheden tegemoet te zullen komen aan de toekomstige zorgvraag.

Eerder in 2016 hielden we een symposium over borstzorg. U krijgt verderop een samenvatting van ons zorgpad senologie. We informeren u ook over behandelingstechnieken in ons pijncentrum en over antibioticabeleid, een domein waar samenwerking tussen eerste en tweede lijn niet alleen wenselijk maar zelfs noodzakelijk is. Om af te sluiten, kijken we even achterom. In de ruïnes van het verleden liggen immers de parels van de toekomst. De rijk gevulde carrière van chirurg dr. Stefaan Poelmans is een mooie insteek om de evolutie van de zorg tijdens de voorbije decennia in het licht te stellen.

Dat we zullen (moeten) samenwerken in 2017 is duidelijk. Samen zullen we er in 2017 dan ook voor gaan. Met deze constructieve gedachte rest mij nog u en uw familie een zalig Kerstmis en een succesvol Nieuwjaar toe te wensen.

HEBT U VRAGEN OF OPMERKINGEN?

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



Dr. Elke Peeters

Stroke unit voor optimale beroertezorg

In januari 2017 opent ons ziekenhuis een stroke unit. Dit betekent zonder twijfel een optimalisatie van de beroertezorg in onze regio. Opname op een gespecialiseerde afdeling redt immers levens en verbetert de levenskwaliteit. Met een number needed to treat (NNT) van 6,4 is dit een constante bevinding in de internationale wetenschappelijke literatuur. Gestandaardiseerde behandelprotocollen en multidisciplinaire samenwerking zijn de voornaamste pijlers van de zorgverbetering.

Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan een afgescheiden eenheid met vier bedden, die grenst aan onze verpleegafdeling Telemetrie. Patiënten die zich met een acute beroerte aanmelden bij de dienst Spoedgevallen zullen hier opgenomen en behandeld worden.

CONTINU TOEZICHT

We zorgen voor continu visueel toezicht, via doorkijk vanuit de verpleegpost en met behulp van videomonitoring. In de verpleegpost zijn de parameters van elk van de patiënten (hartritme, saturatie, bloeddruk en ECG) centraal en continu zichtbaar. De neuroloog leidt dagelijks de zorg in goede banen en kan continu rekenen op een verpleegkundige voor deze patiëntengroep. De verpleegkundigen krijgen opleiding van de neurologen en volgen specifieke verpleegkundige bijscholing in beroertezorg. Op dezelfde verdieping is een revalidatiezaal beschikbaar.

Multidisciplinaire samenwerking is de hoeksteen voor succes. Onze kinesisten starten binnen 48 uur met mobilisatie, onder toezicht van de collega's-revalidatieartsen. De logopedisten

bekommeren zich om spraak- en slikfunctie. Indien endoscopisch slikonderzoek nodig is, gebeurt dit in samenwerking met de NKO-arts. Ook sociaal assistenten, psychologen en diëtisten zijn onmisbaar in ons team. Eenmaal per week vindt een multidisciplinair overleg plaats met deze hulpverleners om de behandeldoelen per patiënt scherp te stellen.

REGIONALE ORGANISATIE

Beroertezorg regionaal organiseren is cruciaal voor een optimale behandeling en outcome. Intraveneuze trombolysie voor ischemische beroertes moet immers zo snel mogelijk en dus in het dichtstbijzijnde centrum kunnen opgestart en opgevolgd worden. Time is brain!

Met de nieuwe infrastructuur en bestaffing zullen CVA-patiënten die een acute behandeling gekregen hebben, niet langer op de afdeling Intensieve Zorgen opgenomen worden. Het gaat dan enerzijds om patiënten die op Spoedgevallen getrombolysed werden (snelwerkende intraveneuze klonteroplossende behandeling), anderzijds om patiënten die verwezen werden naar UZ Leuven

voor trombectomie (endovasculaire mechanische verwijdering van de klonters). Trombectomie hoort thuis in tertiaire centra die ervaring en kennis op dit vlak bundelen. In principe verwachten we de patiënten één dag na trombectomie terug in ons ziekenhuis. Met UZ Leuven wordt eerstdaags een samenwerkingsprotocol ondertekend.

Bij een hemorragische beroerte wordt in samenspraak met de neurochirurgen beslist of deze patiënt ook op de nieuwe stroke unit dan wel op Intensieve Zorgen opgevangen wordt.

CONTINUE EEG-REGISTRATIE

Uiteraard biedt deze stroke unit ook de mogelijkheid om andere neurologische pathologie op te vangen die intensievere monitoring vereist. We denken in de eerste plaats aan epilepsie. Hierbij is continue EEG-registratie van onschatbare waarde. Dit laat toe subklinische epileptische activiteit op te pikken en adequaat te behandelen. Hiervoor wordt de nodige apparatuur aangekocht. Deze kan ook gebruikt worden voor geplande 24-uurs-EEG-registratie.

Symposium CVA up-to-date in RZ Tienen

De opening van onze stroke unit wordt gevierd met een wetenschappelijk symposium op 4 februari 2017. We bekijken cardiologische oorzaken van CVA, de opvang door ons neurologisch team en de paramedische benadering, en indicaties voor neurochirurgie en carotischirurgie. Prof. dr. Robin Lemmens van UZ Leuven licht de derdelijnsopvang (trombectomie) toe.

Onze verwijzers ontvangen een persoonlijke uitnodiging. Hebt u geen uitnodiging gekregen en wenst u deel te nemen, dan kunt u tot 30 januari inschrijven via events@rztienen.be met vermelding van uw naam en functie.





Dr. Lotte Claes

Het zorgpad senologie

Samen met het Multidisciplinair Borst Centrum van UZ Leuven (MBC) hebben we de voorbije tien jaar het borstzorgpad in Tienen geoptimaliseerd, zowel op diagnostisch als therapeutisch niveau. Op een symposium eind juni gaven we een virtuele rondleiding langs de verschillende diensten waar collega's zich dagelijks inzetten voor patiënten met borstkanker. Hier vatten we het traject samen dat de patiënt doorloopt wanneer borstkanker wordt vastgesteld.

De aanleiding tot de diagnose van borstkanker is uiteenlopend. Het kan een positieve screeningsmammografie zijn, of de patiënt heeft zelf een bolletje gevoeld of merkt huid- of tepelretractie. Soms heeft de patiënt tepelvochtverlies. Af en toe is het een toevallige vondst tijdens een routineonderzoek, bij de huisarts of de gynaecoloog.

GOUDEN STANDAARD

Wanneer er een vermoeden is van een maligne letsel, hebben we zekerheid nodig. De triple diagnostiek, bestaande uit klinisch onderzoek, mammografie en echografie en pathologie, is hierbij nog steeds de gouden standaard. De patiënt wordt verwezen naar de radioloog voor een mammografie met echografie en punctiebiopsie van het letsel. De radioloog screent ook de okselklieren en wanneer een verdachte klier wordt gevonden, wordt deze onder echogeleiding gepuncteerd voor cytologisch onderzoek. Het weefsel van de biopsie komt vervolgens bij de patholoog terecht, die de diagnose stelt van borstkanker, het tumortype bepaalt, alsook de differentiatiegraad en de hormoonreceptorstatus. Deze gegevens zijn van groot belang voor de keuze van behandeling.

TRAJECTBEGELEIDER

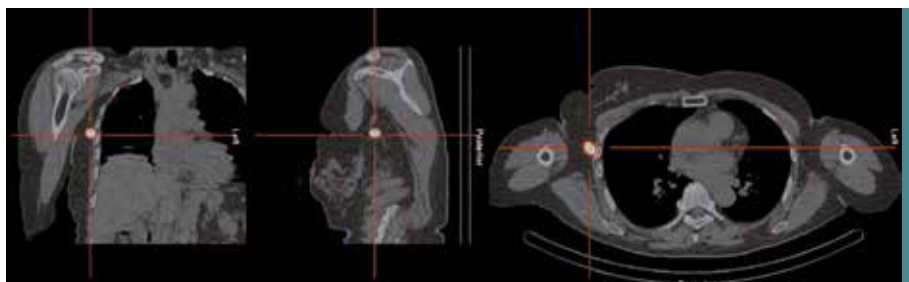
Zodra we een zekerheidsdiagnose hebben, bespreken we de uitslag van de biopsie en de therapeutische en psychosociale implicaties met de patiënt. Dit gebeurt bij voorkeur samen met de partner of een naast familielid. Het zware woord 'borstkanker' wordt in een juist perspectief geplaatst en de patiënt krijgt de gelegenheid om vragen te stellen. De noodzaak van een bijkomend bilan wordt uitgelegd en er worden afspraken gemaakt voor een echografie van de lever, een RX-thorax en een botscan. Een MRI gebeurt enkel op indicatie. Op dit stadium schakelen we ook de borstverpleegkundige als trajectbegeleider in. Zij kan kennis maken met de patiënt en polsen naar haar eerste ziektebeleving. De borstverpleegkundige blijft nadien een

vaste schakel in het traject doorheen de behandeling.

SENTINELKLIERPROCEDURE

Worden er geen metastasen op afstand gevonden, dan opteren we in de meeste gevallen voor primaire chirurgie. Zeldzaam wordt gekozen voor neo-adjuvante chemotherapie. In het laatste geval wordt eerst een poortkatheter geplaatst en volgen we de patiënt op in het dagziekenhuis van Campus St.-Jan.

De keuze tussen een borstsparende ingreep dan wel een mastectomie is afhankelijk van vele factoren, waaronder de grootte van de tumor, het volume van de borst en de keuze van de patiënt. Een okselevidement wordt uitgevoerd wanneer de



Nucleaire beelden ter voorbereiding van sentinelklierprocedure rechter okselklier

preoperatieve echogeleide punctie van een verdachte klier tumorinvasie toont. In alle andere gevallen wordt voor een sentinelklierprocedure gekozen. Hierbij wordt de eerst drainerende klier in de oksel opgezocht door het inspuiten van Technetium in de borst boven de tumor. Peroperatief wordt deze radioactieve 'schildwachtklier' opgezocht, verwijderd en onderzocht door vriescoupe. Indien de patholoog op dat moment tumorinvasie vaststelt in de klier, voeren we in eenzelfde tijd een oksellevidement uit. Na een mastectomie of een oksellevidement worden steeds redons achtergelaten. Veelal gaat de patiënt met de redon(s) naar huis. Die mogen pas verwijderd worden wanneer ze gedurende twee dagen minder dan dertig cc draineren. De patiënt krijgt instructies mee voor de thuisverpleging.

MOC

Na een ziekenhuisverblijf van gemiddeld twee tot vijf dagen, kan de patiënt naar huis. De wonde wordt afgespoten met Opsite spray. Een absorberend compres volstaat en de patiënt mag douchen. De draadjes worden verwijderd op de wondzorgraadpleging. Indien er nog redons ter plaatse zijn, schrijven we thuisverpleging en ook het nodige materiaal voor.

Wanneer we de resultaten van het anatomopathologisch onderzoek volledig kennen, bespreken we het hele dossier op het MOC-overleg. Deze vergadering vindt vast op donderdagavond plaats, om 18.30 uur. Hierbij zijn de behandelende senologen, een radioloog, een anatomopatholoog, een nuclearist en prof. dr Patrick Neven van het Leuvense MBC aanwezig, en ook de huisarts wordt uitgenodigd. Afhankelijk van het tumortype en de tumorkenmerken,

Mammografie met draadlokalisatie van een kleine tumor na screeningsmammografie, voor lumpectomie



Borsttelefoon 016 80 99 99

- 24/24 uur bereikbaarheid
- Voor patiënten en zorgverleners
- Voor dringende hulpvragen rond borstaandoeningen
- Rechtstreekse lijn voor dringende verwijzing, met voorrangafspraak bij specialist
- Tijdens kantooruren: secretariaat borstkliniek
- Buiten kantooruren: gynaecoloog met wachtdienst

maar ook van de algemene toestand en de leeftijd van de patiënt, wordt een nabehandeling voorgesteld. Deze kan bestaan uit radiotherapie, chemotherapie, Herceptin en/of hormoontherapie. Na het MOC-overleg krijgen de patiënt en een vertrouwenspersoon tijdens een raadpleging uitgebreid uitleg over de voorgestelde therapie en de mogelijke problemen en nevenwerkingen. Chemotherapie gebeurt in het dagziekenhuis van Campus St.-Jan, voor radiotherapie verwijzen we onze patiënten naar UZ Leuven.

Na de behandeling volgen we de patiënt gedurende vijf jaar op: de eerste twee jaren om de drie maanden en de volgende drie jaren om de zes maanden. Daarna wordt een jaarlijkse controle voorzien.

Dr. Lotte Claes vormt samen met dr. Sileny Han het medisch senologieteam van ons ziekenhuis. Dr. Han is tevens stafid gynaecologie en verloskunde in UZ Leuven.



Dr. Kris Aerts

anesthesist-algoloog



Dr. Roel Mestrum

anesthesist-algoloog

Uitbreiding en evolutie van het zorgaanbod in het multidisciplinair pijncentrum

Met de gestage uitbouw van de behandelingscapaciteit is het algologisch zorgaanbod in ons ziekenhuis geëvolueerd van een 'prikkliniek' naar een multidisciplinair pijncentrum. Een heterogene groep patiënten met subacute of chronische pijn kan hier terecht voor onder meer geavanceerde interventionele pijnbestrijdingstechnieken. Het merendeel betreft spinale pathologie. Hoewel pijn het frequentste symptoom is bij kanker, wordt deze patiëntengroep in verhouding veel minder bereikt dan verwacht mag worden. Zeker bij chronische pijn streeft de multidisciplinaire aanpak naar verbetering van zorg- en levenskwaliteit.



Van onze huidige patiëntenpopulatie heeft ongeveer 75% wervelkolom-gerelateerde pijnklachten, vooral nek- en lageruggenpijn. Minder dan 10% heeft pijn als gevolg van kanker. Daarnaast zien we mensen met (perifere) neuropathische pijnklachten, bepaalde typische hoofd- en aangezichtspijnen, sympatisch gemedieerde pijn (complex regionaal pijnsyndroom CRPS of Südeck) of andere pijnsyndromen.

ADVIES BIJ KANKERPIJN

Van de kankerpatiënten heeft 30 tot 40% pijnklachten op het ogenblik van de diagnose, 40 tot 70% ervaart pijn tijdens de behandeling en liefst 70 tot 90% lijdt pijn in de terminale fase. Opvallend is

dat ook 41% van de genezen patiënten blijft klagen van pijn, die in veel gevallen ernstig is. Er kunnen meerdere oorzaken zijn: een paraneoplastisch syndroom, lokale en regionale uitbreiding, metastasen, gevolgen van radio- of chemotherapie, grote chirurgie. Vaak betreft het gemengde pijn, met een nociceptieve en een neuropathische component. De kankers die het meeste pijn veroorzaken, zijn longkanker (54%), borstkanker (46%) en maagdarmkanker (53%). De kanker die het minste pijn veroorzaakt, is prostaatkanker (15%).

Een bijkomend advies in een pijncentrum kan zeer nuttig zijn. Als de pijn onvoldoende onder controle is ondanks progressieve optitratie



Infiltraties en andere invasieve procedures gebeuren in het chirurgisch dagziekenhuis.

van krachtige opioïden volgens de WHO-ladder, kan de farmacotherapie bijgestuurd worden, bv. door een opioïdrotatie met switch naar een ander type opioïde in equipotente doses, opstarten van adjuvantia of stimulantia. Ook invasieve pijnbestrijdingstechnieken kunnen overwogen worden, bv. een plexus coeliacus of splanchnicus blokkade bij hevige abdominale pijn door een pancreas- of maagtumor, een plexus hypogastricus blokkade bij viscerale pijn door tumoren in het klein bekken, een alcoholisatie van een intercostaalzenuw bij pijnlijke thoraxwandinvasie of een ganglion van Impar blokkade bij perineale pijnen van viscerale of sympatische origine. Bij deze destructieve doch zeer effectieve behandelingen wordt er percutaan onder fluoroscopische röntgendoorlichting heel specifiek en nauwgezet een alcoholisatie uitgevoerd.

Daarnaast besteden we ook aandacht aan andere factoren die meespelen in de pijnbeleving van de patiënt zoals angst, onzekerheid, existentieel en spiritueel lijden. De pijnverpleegkundige fungeert hierbij als algologische en palliatieve liaison tussen de patiënt, zijn zorgverleners in het ziekenhuis en de huisarts. Deze verpleegkundige staat mee in voor de opvolging in het oncologisch dagcentrum en rapporteert aan het palliatief support team dat zo nodig mee ingeschakeld wordt.

PRIORITAIRE RAADPLEGINGEN

Voor patiënten met kankerpijn, aangezichtspijn of pijn na zona doen we extra inspanningen om hen binnen de week na aanmelding voor de eerste maal op raadpleging te zien. We hanteren dus geen wachtlijsten voor deze patiënten.

Trigeminusneuralgie, bijvoorbeeld, werd ooit door Janetta beschreven als the worst pain ever. De percutane minimaal invasieve techniek met toepassing van radiofrequentie t.h.v. het ganglion van Gasser gelegen aan de schedelbasis kan hiervoor een behandeloptie zijn. Het zijn die gevallen waarbij de patiënt op medicamenteus vlak strop loopt, te veel bijwerkingen ervaart, al op leeftijd is en

Gele vlaggen

Gele vlaggen zijn aanwijzingen voor psychosociale factoren die het risico verhogen dat acute pijn bij de patiënt chronisch wordt. Het gaat om tekenen in de omgang van de patiënt met het gezondheidsprobleem (gedachten, gevoelens, gedrag) en zijn sociale context (gezin, werk, financieel ...). Patiënten met een lang bestaand en/of complex pijnprobleem en/of gele vlaggen krijgen een uitgebreidere raadpleging waar in tweede tijd een multidisciplinaire evaluatie gebeurt, onder meer door een pijnpsycholoog. Bij onvoldoende vooruitgang van de patiënt of een uitgebreidere (pijn)problematiek, verwijzen we door naar een erkend behandelcentrum voor chronische pijn, zoals het Leuvens Algologisch Centrum van UZ Leuven (Pellenberg), waarmee we een samenwerkingsovereenkomst hebben.

doorgaans veel comorbiditeit heeft. Ook voor de minder frequent voorkomende clusterhoofdpijn (Horton neuralgie) die onvoldoende responsief is aan conservatieve therapie met zuurstof en medicatie, is een percutane radiofrequente behandeling een optie. Het ganglion pterygopalatinum (vroeger sfenopalatinum genaamd) ook aan de schedelbasis gelegen, is hierbij de anatomische target van behandeling.

MULTIDISCIPLINAIR SPINE OVERLEG

Rug- en nekpijnpatiënten bieden zich aan bij diverse artsen, van verschillende disciplines en met verschillende visies. Vaak wordt er naast elkaar gewerkt. Ook is er heel wat medical shopping. Daarom bespreken we in ons ziekenhuis complexere casussen van chronische pijn t.h.v. de wervelzuil sinds ruim een jaar tijdens een multidisciplinair spine overleg (MSO). Opzet is om met de disciplines algologie, neurochirurgie, neurologie, orthopedie en fysieke geneeskunde tot een evidence based kwaliteitsverbetering in de diagnose- en indicatiestelling en de meest adequate behandeling te komen. De eerste stappen naar gemeenschappelijk gedragen verwijspatronen, pijnbehandelingsplannen, flowcharts en algoritmes zijn gezet en worden verder multidisciplinair uitgewerkt.

VAN CURE NAAR CARE

Van belang bij het management van chronische pijn is de verschuiving van een cure- (losstaande curatieve behandeling) naar een care-model waarbij we veel verder gaan dan enkel proberen de pijn te verminderen. Hoofddoelstellingen voor deze patiënten zijn een betere functionele status (zelfs als de pijn aanwezig blijft) met verbetering van de copingsvaardigheden, optimalisatie van de medicamenteuze behandeling en reductie in de gezondheidscontacten (invasieve procedures, consultatie ...). Dit is een essentieel maar ook heel moeilijk gegeven voor zowel patiënt als zorgverlener. Er blijft immers bij velen een zeer oplossingsgerichte en biomedische visie bestaan. We besteden

Geen (terugbetaling) LEI's meer

Sinds 1 november 2016 is de klassieke interlaminaire lumbale epidurale infiltratie (LEI) geschrapt uit de nomenclatuur en kan ze dus niet meer aangerekend en terugbetaald worden. Er is altijd wetenschappelijke controversie geweest rond de toediening van epidurale corticoïden, doch deze besparingsmaatregel werd mede genomen op basis van recente wetenschappelijke publicaties en in de hand gewerkt door persisterende overconsumptie in ons land.

In ons pijncentrum gebruiken we deze techniek al enkele jaren niet meer. Een klassieke LEI blijft immers een 'blinde' techniek waarbij uit al langer gekend onderzoek blijkt dat in veel gevallen de epidurale ruimte niet eens bereikt wordt. Bovendien komt het ingeschatte niveau van inspuiting vaak niet overeen met het niveau van de pathologie.

De transforaminale epidurale approach onder fluoroscopische röntgendoorlichting met contrastcontrole blijft op lumbaal niveau vanaf L3 de aan te bevelen methode in geval van subacuut lumbosacraal radiculair lijden, subacute neurogene claudicatio t.g.v. lumbale spinaalkanaalstenose of postzonale pijn. De corticosteroiden worden zo meer precies epiduraal aangebracht met betere resultaten tot gevolg.

in onze praktijk soms meer tijd aan uitleggen waarom we een bepaalde behandeling juist niet doen.

De meeste lagerugklachten bijvoorbeeld zijn aspectief en berusten op een onevenwicht tussen belasting en belastbaarheid. De behandeling zal zich dan ook grotendeels richten op het herstellen van dat evenwicht. Door de samenwerking met de collega's fysieke geneeskunde en revalidatie kunnen patiënten doorstromen naar een reactivatie- en revalidatietraject in de rugschool, dat we sinds dit jaar ook in avondsessies aanbieden.

Er moet een concrete (multidisciplinaire) invulling worden gegeven aan educatie (patiënten én zorgverleners), revalidatie, re-adaptatie en psychologische ondersteuning, beheer van medicamenteuze behandelingen en, indien geïndiceerd, invasieve therapeutische procedures. Op deze manier trachten we de gevolgen van de pijn te beperken en de sociale, familiale en professionele integratie te behouden.

VERWIJBSBRIEF

Huisartsen spelen een coördinerende rol in de diagnostiek, behandeling en

follow-up van aandoeningen, alsook doorverwijzing en preventie van chronische aandoeningen. Daarom is een verwijsbrief altijd noodzakelijk voor het vastleggen van een eerste afspraak in ons pijncentrum, hetzij van de huisarts, hetzij van een specialist.

In geval van een afgelijnd pijnprobleem dat minder dan zes tot twaalf maanden bestaat zonder voorafgaande nek- of rugchirurgie en met afwezigheid van gele vlaggen (zie kader), wordt de patiënt op een korte (technische) raadpleging in Medisch Centrum Tienen gezien waarna een behandelplan wordt opgesteld met eventueel een invasieve behandeling. Deze laatste wordt door het secretariaat van het pijncentrum in het dagziekenhuis ingepland. Infiltraties gebeuren dus nooit op de raadpleging. Enkele weken na een infiltratie volgt een raadpleging voor herevaluatie. Het geeft de patiënt de mogelijkheid om te reflecteren en te rapporteren, over het effect, neveneffecten maar ook complicaties van de behandeling. Er kan bijsturing gebeuren en eventueel aanvullende behandelingen worden afgesproken. Dit wordt door de patiënten gewaardeerd en het biedt ons de mogelijkheid om inzicht te hebben in onze eigen resultaten.



Dr. Hans Struyven

algemeen directeur

Regionaal zorgstrategisch plan trekt krijtlijnen voor nieuwe campus

In de transitie naar het nieuwe zorgmodel dat de Vlaamse overheid voor ogen heeft, worden nieuwbouwprojecten en vergunningen afhankelijk gemaakt van een zorgstrategische visie die de eigen instelling of organisatie ver overstijgt. Dat heeft de koers van ons traject richting nieuwe eengemaakte campus drastisch gewijzigd. Met het lopende regionale overleg leggen we nu gestaag de krijtlijnen vast.

In 'Visie 2050: een langetermijnstrategie voor Vlaanderen' stelt de Vlaamse overheid dat we samen moeten inzetten op een overgang van een sterk aanbodgerichte zorg naar meer patiëntgerichte zorg met een betere afstemming op de reële zorgnoden.

HORIZONTAAL ZORGCONTINUÛM

Die zorgnoden veranderen van een episodische acute zorg naar een chronische continue zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen met hierdoor ook een verschuiving naar ambulante zorg, daghospitalisatie en kortere verblijfsduren.

In dit kader schetst de Vlaamse overheid een nieuw ziekenhuislandschap waarbij ingezet wordt op netwerken tussen enerzijds ziekenhuizen onderling en anderzijds met partners in zorg en welzijn van de eerste lijn in de regio. Een geïntegreerde zorg zal pas gerealiseerd worden als al deze actoren zich samen inschakelen in een horizontaal zorgcontinuüm of netwerk. De concentratie van complexe pathologie met een duidelijke relatie tussen volume en outcome dient te worden aangemoedigd en opgevolgd te worden via monitoring van (outcome-) indicatoren. Dit betekent dat niet alle ziekenhuizen alles overal kunnen aanbieden en dat zorgafspraken tussen ziekenhuizen gemaakt moeten worden.

REGIONALE AFSTEMMING

In het verleden diende een ziekenhuis een zorgstrategisch plan in, waarna het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) op een onderbouwde wijze investeringssubsidies toekende. Er werd gestreefd om met dit instrument een objectieve methodiek te ontwikkelen waarbij het ziekenhuis op een gestandaardiseerde wijze de regionale behoefte onderzocht en een sterktezwakteanalyse van de voorziening opstelde.

Gezien het belang van taakafspraken en netwerken tussen de verschillende zorgaanbieders wordt heden in de nieuwe regelgeving meer gewicht gegeven aan afstemming van de zorgstrategische visie tussen deze partners in zogenaamde regionale zorgstrategische plannen voor logische zorggebieden. Deze moeten gebaseerd zijn op objectieve en wetenschappelijk gefundeerde analyse van de zorgvraag en het bijhorend wenselijk zorgaanbod. Met dit vernieuwde instrument wordt door de overheid beoogd om naast nieuwbouwprojecten ook de planningsvergunningen en erkenningen afhankelijk te maken van een goedgekeurde zorgstrategische visie.

SAMENWERKING VANUIT ARTSENASSOCIATIES

Dit heeft voor gevolg dat voor een

aanvraag van subsidiëring van een nieuwbouwproject een regionaal zorgstrategisch plan moet ingediend en goedgekeurd worden. In dit verband voert RZ Heilig Hart Tienen gesprekken met de regionale partnerziekenhuizen UZ Leuven, AZ Diest en RZ Heilig Hart Leuven. Uiteraard is er ook overleg met de eerste lijn, huisartsen, woonzorgcentra en diensten voor geestelijke gezondheidszorg zoals de Broeders Alexianen. Hierbij zal in de toekomst een arts of een patiënt zich meer moeten verplaatsen voor het verstrekken of verkrijgen van meer specialistische zorg.

Deze weg naar meer regionale samenwerking is een delicate oefening die in overleg met alle partners zal gebeuren. Wij denken ook dat zulke samenwerkingsverbanden om duurzaam te zijn het best van onderuit starten, vanuit de verschillende artsenassociaties over de ziekenhuizen heen en naar de eerste lijn. We gaan deze initiatieven dan ook ten volle steunen in een geest van meer en betere zorg voor onze patiënten.

Een nieuwbouwproject kan maar realiteit worden binnen onze huidige planning indien we samen hard werken aan de ontwikkeling van een breed gedragen en kwaliteitsvol regionaal zorgstrategisch plan.



Dr. Frederik Temmerman

gastro-enteroloog, voorzitter
antibioticabeleidsgroep

Het ambulant antibioticaverbruik daalt in ons land, maar blijft nog altijd hoog in vergelijking met andere Europese landen. Dat geldt vooral voor het quinolonegebruik. In onze ziekenhuizen daarentegen is het antibioticaverbruik met 5,6% gestegen tussen 2007 en 2013.¹ Een studie uit 2011 gaf bijvoorbeeld aan dat op een bepaalde dag van bevraging ongeveer 30% van de patiënten in de ziekenhuizen antibiotica kreeg toegediend.



Antibioticabeleid als noodzakelijke pijler van zorgkwaliteit en patiëntveiligheid

Wereldwijd vormt de toenemende resistentie tegen de antimicrobiële middelen een belangrijke bedreiging voor de patiëntveiligheid. Daarnaast neemt de ontwikkeling van nieuwe middelen af en worden de keuzemogelijkheden voor therapie steeds kleiner. In een doemscenario beschikken we binnenkort niet langer over werkzame antibiotica. Heelkunde en kankerbehandeling worden dan uiterst gevaarlijk omwille van de inherente infectierisico's.

RATIONEEL ANTIBIOTICABELEID

Een rationeel gebruik van antibiotica is essentieel om de toename van de microbiële resistentie een halt toe te roepen en zo bij te dragen tot kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het voeren van een antibioticabeleid maakt immers dat de patiënten niet onnodig behandeld worden met antibiotica en dat indien er wel nood is tot gebruik, het correcte antibioticum aan de juiste dosis en gedurende de aangewezen periode wordt toegediend.

In de antibioticakeuze dient vooreerst onderscheid gemaakt te worden tussen thuis opgelopen infecties (community acquired) en in het ziekenhuis opgelopen infecties (nosocomiaal). De empirische therapie verschilt tevens tussen een spoedgevallendienst en een eenheid intensieve zorgen. Essentieel is uiteraard dat men voor elke vermoedelijke infectiefocus de belangrijkste kiemen kent en voor deze kiemen de antibiotische gevoeligheid, met name het werkingsspectrum en de voornaamste lacunes in dit spectrum. Bijkomend spelen ook de geneesmiddelenanamnese, farmacokinetische en dynamische



overwegingen, nevenwerkingen, frequentie van toedieningen en de kostprijs mee in de keuze van het antibioticum.

FORMULARIUM

Eind jaren 90 werd in België de BAPCOC opgericht (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee). Het betreft een federale instantie met een wetenschappelijke achtergrond die streeft naar het promoten van een verantwoord antibioticagebruik in België en het bestrijden van de toenemende antibioticaresistentie. Volgens de beleidsnota legislatuur 2014-2019 zou de keuze van het therapeutisch antibioticum tegen 2019 in minstens 90% van de gevallen conform de lokale richtlijn moeten zijn. Daarnaast dient ook indicatiestelling voor antibiotica te worden vermeld in het medisch dossier in minstens 90% van de gevallen.

De antibioticabeleidsgroep van RZ Tienen fungeert als een adviesorgaan in het ziekenhuis voor verantwoord gebruik van anti-infectieuze middelen. Wat het empirische en gerichte gebruik van antibiotica betreft, volgen we de richtlijnen van UZ Leuven. Een anti-infectieus formularium werd daartoe opgemaakt. Verder kan advies verleend worden aan klinici over behandeling van infecties, wordt het overstappen van intraveneuze naar perorale therapie aangemoedigd, en wordt naar het downgraden van antibioticatherapie in functie van microbiologie en evolutie van de patiënt gestreefd. Ten slotte analyseert ons ziekenhuis het eigen antibioticagebruik per campus, per discipline, per voorschrijvende arts. De eigen resistentiecijfers worden tevens onderzocht en geïnterpreteerd in het licht van de algemene landelijke norm.

SENSIBILISERING

Op vraag van de antibioticabeleidsgroep ontwikkelde onze ICT-dienst diverse modules om het correct gebruik van antibiotica door onze artsen aan te moedigen. Via een knop in het elektronisch medisch dossier (EMD) kunnen artsen steeds de laatste richtlijnen raadplegen. In de voorschrijfmodule kunnen ze een einddatum ingeven. In geval van langdurig (intraveneus) antibioticagebruik wordt de motivatie bevraagd. De antibioticabeleidsgroep voorziet tevens een opleidingsmoment voor alle ziekenhuisartsen ter sensibilisering tot correct antibioticagebruik.

INFECTIEBEHEERSING

Naast antibacteriële resistentie vormen de zorginfecties (MRSA, ESBL, CPE) een grote bedreiging voor de patiëntveiligheid. Zorginfecties zijn immers verantwoordelijk voor extra hospitalisatiedagen, overlijdens, en meer uitgaven in de gezondheidszorg. In België lopen jaarlijks 103.000 patiënten een zorginfectie op (bron: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg). Uit data tussen 2003 en 2011 blijkt verder dat de incidentie van MRSA weliswaar daalt maar dat de incidentie van multiresistente gramnegatieven onrustwekkend stijgt (ESBL, E. Coli en K. Pneumoniae). Infectiebeheersing is bijgevolg naast antibioticabeleid essentieel voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het vermijden van infecties bij de patiënt tijdens de zorgverlening zal immers op lange termijn leiden tot een daling van de antibacteriële resistentie.



¹ BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) Beleidsnota legislatuur 2014-2019.



Dr. Hugo Begine

huisarts,
bestuurslid HAZOH

Veel bomen in het digitale bos

e Health, Vitalink, Recip-e, Hector, Medibridge, Mycarenet, Hub/Metahub ... We worden stilaan overspoeld door digitale termen waarvan de inhoud niet meteen meer duidelijk is voor zorgverlener en patiënt. Een woordje uitleg, daarom.

eHEALTH is een federaal project dat een digitale snelweg uitrolt voor het **transporteren van medische gegevens**. Om redenen van privacy is de toegang tot dit transportkanaal beperkt tot zorgverleners en instellingen waarvoor een digitale authenticatie vereist is (e-ID en pincode). Op eHealth zelf worden geen gegevens bewaard. Iedere gebruiker van eHealth heeft een eigen eHealthbox, een digitale brievenbus waarmee digitale medische gegevens verstuurd en/of ontvangen kunnen worden. Dit betreft een one-to-one protocol, dus één verzender en één ontvanger. Dit ontvangen en verzenden is volledig end-to-end geëncrypteerd, zodat alleen verzender en ontvanger de gegevens kunnen lezen. Het uitlezen van de eHealthbox gebeurt via Hector en/of Medibridge. Deze gegevens komen in de mailbox van de zorgverstreker en kunnen van daaruit geïntegreerd worden in het elektronisch medisch dossier (EMD). Een bevestiging van ontvangst en lezen wordt automatisch naar de verzender gestuurd.

<https://www.ehealth.fgov.be>

VITALINK is een systeem waarmee **zorgverleners digitale patiëntengegevens** eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. Vandaag deelt Vitalink gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken



en een samenvatting van het patiëntendossier (Sumehr, Summarized Electronic Health Record) van de huisarts. De patiënt geeft daarvoor eerst toestemming, bepaalt zelf wie de gegevens kan zien en kan op elk

moment de gegevens bekijken. Dankzij Vitalink kunnen de zorgverleners beter samenwerken en hun patiënten de best mogelijke zorg en begeleiding geven. Vitalink is ontwikkeld door de Vlaamse overheid en wordt beheerd

Huisarts als centrale beheerder

De communicatie in het medische landschap is op nagenoeg één decennium volledig veranderd en geïnformatiseerd, en de evolutie staat niet stil. Toch twee opmerkingen.

Een single sign on is nog niet gerealiseerd. Eenmalige authenticatie als arts zou moeten volstaan om alle applicaties te kunnen benaderen die men nodig heeft.

De plaats van huisarts als 'centrale beheerder' van de medische gegevens van zijn patiënt moet geconfirmeerd worden door het automatisch verzenden van medische gegevens (push). Hiermee bedoelen we dat medische gegevens over een patiënt altijd ook automatisch naar het EMD van de huisarts van die patiënt gestuurd worden, met andere woorden dat de huisarts niet steeds die informatie zelf moet gaan zoeken (pull) bij de diverse medische diensten uit tweede en derde lijn.

door zorgverleners en patiënten. Het is een one-to-many protocol, dus één verzender en verschillende lezers. De patiënt kan zelf zijn gegevens op Vitalink lezen en aanpassen via de 'Patiënt HealthViewer'. Hij bepaalt ook wie er toegang toe heeft.

In oktober waren er gegevens over 5,65 miljoen patiënten beschikbaar in Vitalink (bron: startpagina website).

<http://www.vitalink.be>

MYCARENET is een centraal dienstenplatform dat gebruikt kan worden door individuele **zorgverleners en instellingen** om op een eenvoudige, betrouwbare en beveiligde manier **informatie uit te wisselen met de ziekenfondsen**. Het is een dienst van het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), het Riziv en eHealth. MyCareNet levert de volgende diensten: raadpleging van de verzekeraar van de patiënt, raadpleging van de tarieven, eFac of het elektronisch factureren naar het ziekenfonds, eGMD of het elektronisch beheer van het GMD, dienst Geneesmiddelen Hoofdstuk IV of het elektronisch verwerken van de aanvragen voor geneesmiddelen waarvoor een voorafgaandelijk akkoord van de adviserend geneesheer noodzakelijk is. Voor dit alles is een geïnformeerde toestemming vereist (informed consent). Dit is de goedkeuring die de patiënt geeft aan bepaalde zorgverstrekkers waarmee hij een therapeutische relatie heeft, om zijn gezondheidsgegevens elektronisch en beveiligd te delen. In september werd de kaap van vier miljoen toestemmingen bereikt (bron: Nieuwsbrief eGezondheid, nr.2, 23/09/2016, raadpleegbaar via <https://www.ehealth.fgov.be>).

<http://www.mycarenet.be/>

RECIP-E is het **elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen** vanuit het EMD. Het medisch geneesmiddelenvoorschrift wordt gepost op een server van het NIC waar het raadpleegbaar is voor een apotheker naar keuze van de patiënt na controle

van de e-ID. De papieren voorschriften zullen waarschijnlijk verdwijnen vanaf 2018.

<https://recip-e.be>

HUBS & METAHUB vormen samen het **netwerk voor uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners**. De doelstelling van het systeem van hubs en metahub in zijn geheel bestaat erin om regionale en lokale uitwisselingssystemen van medische gegevens, de zogenoemde hubs, onderling te verbinden om aan een zorgverlener de mogelijkheid te bieden de beschikbare elektronische medische documenten met betrekking tot een bepaalde patiënt terug te vinden en te raadplegen, **ongeacht de plaats waar deze documenten opgeslagen zijn** en ongeacht de plaats vanwaar de zorgverlener op het systeem inlogt. Dit is toegankelijk vanuit het EMD van de zorgverlener. Een voorafgaandelijk therapeutische relatie en een informed consent zijn hiervoor noodzakelijk. Elk ziekenhuis heeft een hub. Er zijn vijf metahubs: Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven, Collaboratief Zorgplatform (Gent), Antwerpse Regionale Hub, Abrumet (Brussel) en Réseau Wallon.

<https://www.ehealth.fgov.be/nl/zorgverleners/online-diensten/hubs-metahub/meer-weten>





Dr. Stefaan Poelmans

Dertig jaar (r)evolutie in de chirurgie

Met een carrière van meer dan dertig jaar op zijn palmares vroeg Hartslag aan chirurg dr. Stefaan Poelmans een terugblik op zijn vak. Wat is er fundamenteel veranderd sinds hij in 1982 startte met algemene heelkunde in RZ Heilig Hart Tienen?

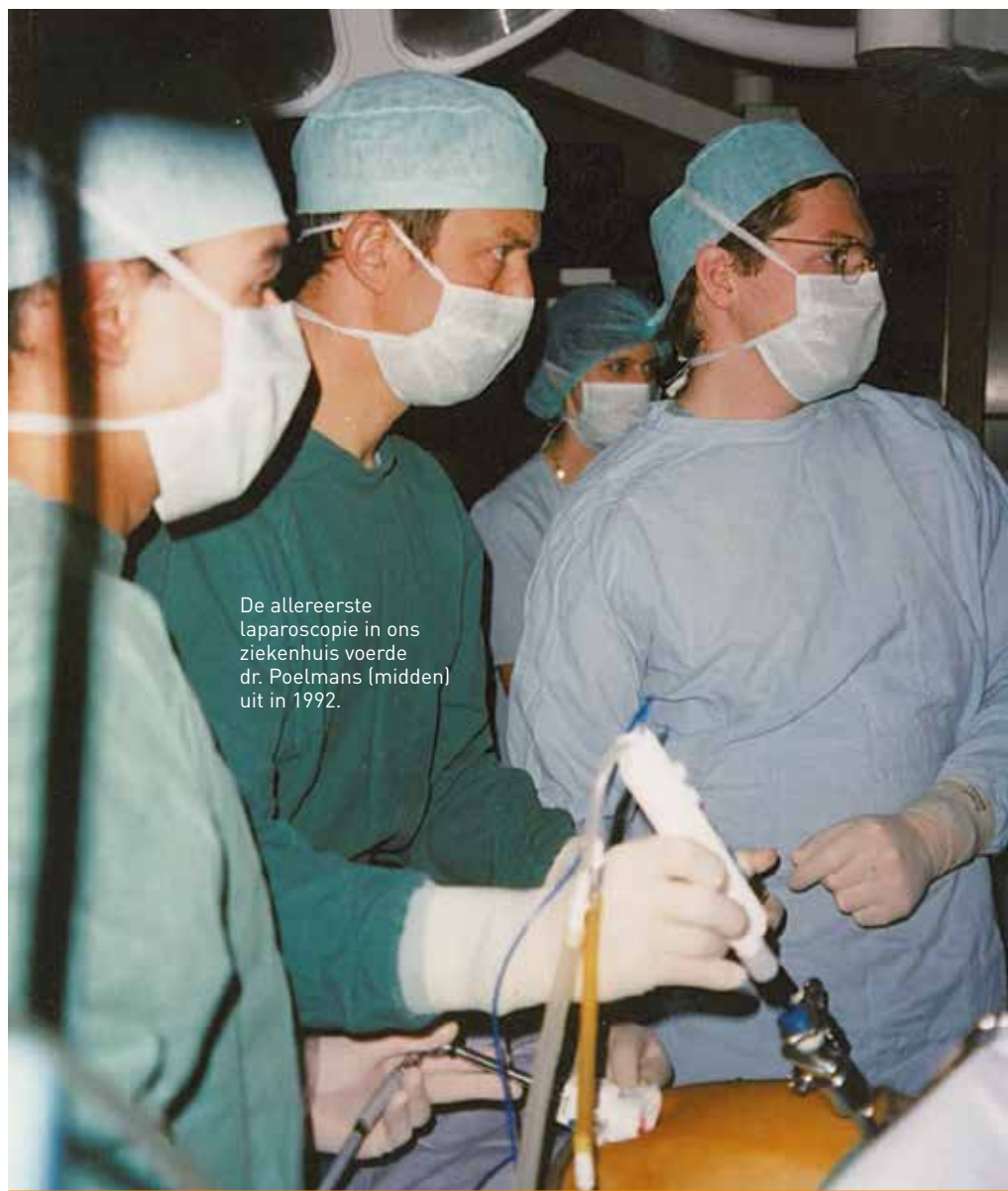
“Aanvankelijk startte ik als algemeen chirurg doch na twee jaar profileerde ik mezelf als abdominaal chirurg waarin ik een bijzondere opleiding had gekregen. Algemene chirurgie is vandaag niet meer aan de orde wegens voldoende aanbod van specialisaties en specialisten in alle ziekenhuizen.”

SUPERSPECIALISATIE

“Momenteel is er een tweede golf bezig van ‘superspecialisatie’: de specialisatie binnen het specialisme. In de abdominale heelkunde houden sommige collega’s zich enkel bezig met een deeldomein zoals de oncologische heelkunde, de obesitaschirurgie of de leverchirurgie. Dit brengt met zich mee dat de ervaring in dergelijke domeinen vergroot en dat men meer complexe problemen chirurgisch aankan en niet hoeft door te verwijzen naar een centrum met meer expertise. Het nadeel hiervan is dat de specialist de basischirurgie dreigt te verliezen waardoor hij niet meer kan deelnemen aan de dagelijkse wachttregeling van de dienst.”

ASSOCIATIE

“Door de toename van het werk breidde de dienst abdominale heelkunde in de loop der jaren uit. Ik ging solo van start in november 1982. In oktober 1999 kwam dr. Joost Vankeirsbilck in dienst, en in september 2010 dr. Ivan Kerschaeve. Ten slotte versterkte



De allereerste laparoscopie in ons ziekenhuis voerde dr. Poelmans (midden) uit in 1992.



Het abdominaal team aan de slag met een nieuwe laparoscopiëren in 2008. De technologische evolutie vergt een herinvestering van materiaal om de zes tot zeven jaar.

dr. Philippe Borreman ons team in augustus 2015. De artsensociëteit kreeg een bredere basis en iedereen had zijn superspecialisatie. Een grotere groep chirurgen brengt anderzijds ook meer administratie met zich mee en onderling overleg over de werkorganisatie. Het belangrijkste voordeel schuilt vooral in het delen van de patiëntenzorg met je collega's, het intercollegiaal overleg en een lagere wachtfrequentie."

URGENTIES

"Als je bedenkt dat bijna een kwart (23%) van de ingrepen door de dienst abdominale heelkunde wordt uitgevoerd in urgente omstandigheden, weet je dat je steeds paraat moet staan: 24 uur op 24, 7 dagen op 7. Aanvankelijk waren de wachtdiensten niet zo druk. Momenteel mag je gemiddeld rekenen op minstens



Minimaal invasieve chirurgie anno 2016.

één abdominale urgente ingreep in het operatiekwartier per dag. Anderzijds namen we vroeger ook de snijwonden en kleine chirurgische urgenties voor onze rekening. Dit is gelukkig verdwenen met de komst van een groep urgentieartsen. De huidige wachtfrequentie ligt op één dag op drie.”

LAPAROSCOPIE

“Ik werd als chirurg opgeleid in de open chirurgie. Van laparoscopie was er nog geen sprake. Grote insneden, blindelings assisteren met de wondhaak, niet altijd een duidelijk zicht over het operatieveld, hechten met de hand ... De komst van de laparoscopie veranderde het chirurgisch handelen volledig. Sinds 1992 worden courante ingrepen zoals galblaaswegname, acute appendicitis en liesbreuken in ons ziekenhuis systematisch laparoscopisch uitgevoerd. Vanaf 2000 volgden coloningrepen en obesitaschirurgie. De laparoscopie betekende voor de patiënt een enorme vooruitgang in herstel na ingreep. De verblijfsduur werd ingekort en is soms beperkt tot één dag, de littekens zijn minimaal en esthetisch meer verantwoord, de postoperatieve pijn draaglijker en de drempel om zich te laten opereren verlaagde. Nu worden bijna geen open ingrepen meer uitgevoerd. Van een totale ommekeer gesproken! De huidige generatie chirurgen is goed opgeleid in de laparoscopische technieken. Slechts uitzonderlijk moeten we overstappen naar een open ingreep, door de ernst van de infectie of tumor. In dat geval komt de ervaring van een iets oudere collega goed van pas.”

TECHNISCHE ONTWIKKELINGEN

“De opkomst van de laparoscopie was enkel maar mogelijk door de toenemende interesse van de industrie. De recente technische ontwikkelingen, en in het bijzonder de optische kwaliteit van de minicamera's, staan ons toe te kijken met een grotere performantie dan ooit. De details van het operatieveld worden tot twintig maal vergroot, het overzicht is permanent aanwezig door de groothoeklens en we kunnen

letterlijk om de hoek kijken, dankzij een dertiggradenhoek aan de lenstip. Deze technologische evolutie is een permanent gegeven. Het vergt echter een herinvestering van materiaal om de zes tot zeven jaar, gedragen door een medisch investeringsfonds.”

STAPLING

“Door de laparoscopie kwam ook de verdere ontwikkeling van het staplermateriaal in een stroomversnelling. Bij stapling moet de chirurg niet langer de weefsels handmatig met een hechtingsdraad verbinden, het nietjestoestel zorgt hiervoor. De eerste toestellen verschenen op de markt in 1976 en de ontwikkeling ervan nam een enorme vaart, extra gesteund door de opkomst van de laparoscopie. Stel je voor dat we de laparoscopische maagbypass zouden moeten uitvoeren met manuele hechtingen. Dit zou technisch quasi onmogelijk, tijdsverslindend en risicovoller zijn. Hetzelfde geldt voor de lagerectumchirurgie waardoor stoma's kunnen vermeden worden. Dankzij de moderne nietjestoestellen in alle

mogelijke vormen beschikbaar, is dit nu wel haalbaar en veilig.”

MULTIDISCIPLINAIR

“Tot slot wil ik besluiten met een algemene regel dat de medische activiteit een multidisciplinaire aangelegenheid is geworden. De complexiteit van de nazorg of medisch-ethische vragen over een behandeling vergen overleg met verschillende groepen van medewerkers. De patiënt komt meer en meer centraal te staan. Voeg daarbij nog de toenemende eis voor kwaliteit en veiligheid en we zitten in het nieuwe elan van de overheid voor de komende jaren.”

“Aangezien een van de belangrijke overlegpunten in de komende jaren de regionale samenwerking betreft tussen de ziekenhuizen in de omgeving, zal het aanbod van chirurgische ingrepen in ons ziekenhuis veranderen. In welke richting valt nog af te wachten. Met goede onderhandelaars aan tafel zal het zeker lukken om een goede consensus te bereiken.”

Het arendsoog, het leeuwenhart en de vrouwenhand



Onder die prachtige titel hield onze dienst Abdominale Heelkunde een symposium op donderdag 8 december. Het Engelse gezegde A good surgeon must have an eagle's eye, a lion's heart and a lady's hand dateert van het tijdperk vóór aseptische wondzorg en anesthesiologische pijnbestrijding, en werd door de chirurgen getoetst aan de vernieuwingen in de abdominale chirurgie. Dr. Stefaan Poelmans werd uitgebreid bedankt voor zijn indrukwekkende staat van dienst als chirurg. Hij blonk ook uit als manager in de verschillende ziekenhuistaken die hij op zich nam.

Wetenschappelijke publicaties



Anesthesie

Eur J Anaesthesiol. 2016; 32(e-suppl53):369.

Presented at Euroanaesthesia 2016 Congress (London, UK, 28 - 30 May 2016)

Long term effects of ultrasound-guided pulsed radiofrequency therapy of the lateral femoral cutaneous nerve

De Cang M, Buyse K, Puylaert M, Van Zundert J, Heylen R, Mestrum R

ABSTRACT

Objectives

In 2014 we studied the effect of ultrasound guided (US) pulsed radiofrequency (PRF) of the lateral femoral cutaneous nerve (LFCN) in patients with meralgia paresthetica (MP). US guided block with local anesthetic has a diagnostic role for MP. In 71% of the patients who had a positive diagnostic block, US guided PRF resulted in significant pain relief (GPE >50%) after 2 months. The aim of the current pilot study was to determine longterm effect in these patients.

Methodology

We retrospectively evaluated 38 patients with MP with regard to risk factors i.e. obesity, lumbar spine surgery, hip surgery and diabetes. 33 out of 38 patients had a positive US guided diagnostic block (>50% pain relief with 2 ml lidocaine 2%) and were qualified for US guided PRF treatment of the LFCN. The same experienced physician performed all the procedures using Hurdle's approach (1). Paresthesias in the dermatome after sensory stimulation with < 0,5V confirmed correct needle position. PRF was performed at 45 V and 20ms pulse width during 2x120s at a maximal temperature of 42°C at the needle tip. Patients were evaluated at 6 weeks, 3, 6 and 12 months.

Results

The included patients were 45% male, aged between 27 and 85 years. Obesity was the most prevalent risk factor. More than 70% had a BMI \geq 25, 21% had lumbar spine surgery, 7% was diabetic and 5% had hip surgery. At 2 months (19/33) 58% had GPE>50%. After 2 months 4 patients were lost to follow up. There was still pain relief in 41% (12/29) of patients at 3 months, 34% (10/29) at 6 months and 21% (6/29) at 12 months. 7 patients required a redo treatment

resulting in a GPE > 50% at 2 months in 57% of the patients. The mean time of recurrence after successful treatment was 8,5 months. No complications were observed.

Conclusion

Treatment of MP with US-guided PRF of LFCN seems a promising modality with possible longterm pain relief. A redo procedure seems to have the same success rate as the first treatment. Further investigation with prospective studies are needed to confirm these observations.

Ref: 1. Hurdle MF Arch Phys Med Rehabil 2007 Oct;88(10):1362-4

Eur J Anaesthesiol. 2016; 32(e-suppl53):370.

Presented at Euroanaesthesia 2016 Congress (London, UK, 28 - 30 May 2016)

Long-term effects of ultrasound-guided pulsed radiofrequency treatment for ilioinguinal neuralgia

Beckers K, Puylaert M, Van Zundert J, Vanelderden P, De Vooght P, Mestrum R

ABSTRACT

Background and goal of study

Inguinal neuralgia (IN) is a disabling medical condition, frequently involving the ilioinguinal nerve (iiN) and often challenging to treat. A recent retrospective analysis of pulsed radiofrequency therapy (PRF) of the iiN by ultrasound (US) – guided technique showed significant pain relief in 57% of IN patients after positive US-guided diagnostic block of the iiN. These data suggested PRF of the iiN is a valuable treatment for IN. In a pilot study we examined if these observations could be validated by long-term results.

Materials and methods

We analyzed 28 cases attending our pain center over the past 39 months with IN. All patients underwent US-guided diagnostic block of the iiN with 2mL of lidocaine 2%. Only patients with more than 50% pain relief were scheduled for US-guided PRF. The iiN was accessed about 2cm above the anterior superior iliac spine, perpendicular to its course, using a high-frequency linear ultrasound probe. A 23-gauge canula with thermocouple electrode was advanced until 50Hz sensory stimulation provoked paresthesias in the iiN dermatome at less than 0.50V to ensure correct 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 6 weeks, 3, 6 and 12 months. GPE >50% was considered significant.

Results and discussion

28 patients were included. In 23 patients IN occurred after lower abdominal surgery (82%), 5 cases were labeled idiopathic (18%). Positive diagnostic block confirmed neuralgia of the iiN in 17 cases (61% of 28 patients, i.e. 14 post-surgical and 3 idiopathic IN). At 6 weeks, 11 of 17 patients (65%) had GPE >50%. There was still pain relief in 9 of 17 patients (53%) at 3 months, in 9 of 17 patients (53%) at 6 months and in 4 of 17 patients (24%) at 12 months. Mean time of recurrence after successful initial PRF was 10 months. In 3 of 17 patients (18%) an ongoing effect of more than 2 years still exists.

Conclusion

Treatment of inguinal neuralgia with ultrasoundguided PRF of the ilioinguinal nerve seems to be a promising modality with possible long-term pain relief. These observations must be validated in larger studies, also analyzing possible difference between in-plane and out-of-plane approach.

Geriatric

Tijdschr Geneesk. 2016; 72(3):145-157.

Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen

Van Den Noortgate N, Vanden Berghe P, De Lepeleire J, Ghijsebrechts G, Lisaerde J, Beyen A

ABSTRACT

Levensmoeheid bij ouderen kan aanleiding geven tot een wens om te sterven. Deze tekst biedt artsen een praktische handleiding over deze problematiek. De lichamelijke, psychische en sociaaleconomische risicofactoren voor levensmoeheid moeten opgespoord en geëvalueerd worden op hun reversibiliteit en behandelmogelijkheden. Een multidisciplinaire evaluatie en aanpak van levensmoeheid is gezien de vaak multifactoriële etiologie wenselijk.

De zorgverlener kijkt na of de levensmoeheid aanleiding geeft tot lijden dat uitzichtloos en ondraaglijk is. De uitzichtloosheid is een professioneel oordeel over het nog aanwezige behandelen zorgperspectief en is vaak objectiveerbaar. De ondraaglijkheid is een beleving van de patiënt, strikt persoonlijk en altijd subjectief. De criteria van de huidige wetgeving rond euthanasie, de reversibiliteit van de onderliggende oorzaken van levensmoeheid en de ondraaglijkheid van het lijden bepalen of een verzoek tot euthanasie van de patiënt met levensmoeheid in overweging kan worden genomen. Soms past een verzoek niet binnen het voorgestelde kader zodat een weloverwogen multidisciplinair advies van een commissie voor medische ethiek wenselijk is.



Klinische biologie

**Clin Chim Acta. 2015 Oct;450(23):46–50.
Defining thresholds of specific IgE
levels to grass pollen and birch
pollen allergens improves clinical
interpretation**

*Van Hoeyveld E, Nickmans S, Ceuppens J,
Bossuyt X*

ABSTRACT

Background

Cut-off values and predictive values are used for the clinical interpretation of specific IgE antibody results. However, cut-off levels are not well defined, and predictive values are dependent on the prevalence of disease. The objective of this study was to document clinically relevant diagnostic accuracy of specific IgE for inhalant allergens (grass pollen and birch pollen) based on test result interval-specific likelihood ratios. Likelihood ratios are independent of the prevalence and allow to provide diagnostic accuracy information for test result intervals.

Methods

In a prospective study we included consecutive adult patients presenting at an allergy clinic with complaints of rhinitis or rhinoconjunctivitis. The standard for diagnosis was a suggestive clinical history of grass or birch pollen allergy and a positive skin test. Specific IgE was determined with the ImmunoCAP Fluorescence Enzyme Immuno-Assay.

Results

We established specific IgE test result interval related likelihood ratios for clinical allergy to inhalant allergens (grass pollen, rPhl p 1,5, birch pollen, rBet v 1). The likelihood ratios for allergy increased with increasing specific IgE antibody levels. The likelihood ratio was < 0.03 for specific IgE < 0.1 kU/L, between 0.1 and 1.4 for specific IgE between 0.1 kU/L and 0.35 kU/L, between 1.4 and 4.2 for specific IgE between 0.35 kU/L and 3.5 kU/L, > 6.3 for specific IgE > 0.7 , and very high (∞) for specific IgE > 3.5 kU/L.

Conclusion

Test result interval specific likelihood ratios provide a useful tool for the interpretation of specific IgE test results for inhalant allergens.

Oncologie

Janssens J, 2016. The Paradigms in Breast Cancer Prevention. In: Russo J (Ed.), Trends in Breast Cancer Prevention, Springer, 1-21.

ABSTRACT

Three important recent models have shaped our current knowledge about breast cancer prevention: the accumulating evidence that the disease originates early in life, the impact of (epi-)genomic imprinting, and the recognition that breast cancer is a family of related but distinct diseases. The breast, the target organ, starting a unique intense growth after the first decade of life and involuting already during the third decade, is tremendously vulnerable to several endogenous and exogenous hormone disrupting molecules and other chemical and physical genotoxic factors. Lifestyle and toxins seem to generate long lasting (epi-)genomic marks especially in rapidly growing tissues such as the breast that can be reset for example by an early first full term pregnancy. The preclinical interval between generation of susceptibility and appearance of the diseases offers opportunities for primary prevention and presumably has a period when genetic control is modifiable. Reversibility declines progressively when different premalignant or early malignant phenotypes appear. Early detection becomes now the priority and can be achieved through recognition of risk markers that reliably predict disease. Newer sophisticated imaging techniques detect the disease in phases where cure is expected. But these tools don't address the rapid mortal threat of breast cancer in the third world. This is now the prime concern for the next generations worldwide that probably are best served with affordable primary prevention. High priority must be given to lifestyle research on affordable reversion of (epi-)genomic alterations.

Orthopedie

J Hand Microsurg. 2016 Aug;8(2): 115–117.

Pathological avulsion fracture of the flexor digitorum profundus after enchondroma - case report

Goorens CK, Huizing JW, Goubau JF

ABSTRACT

It is uncommon that an avulsion of the flexor digitorum profundus and an enchondroma situated in a phalanx occur together. Favorable outcome can be achieved by simultaneous treatment of the enchondroma and the reinsertion of the FDP avulsion. If dead space is induced after tumor curettage, subsequent bone reconstruction is required with bone grafting to achieve stable fixation. Possible complications are residual pain, infection, joint stiffening, joint arthritis, flexor tenofibrosis and rerupture.

Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie. 2015;22(4):105-108.
Arthroscopical debridement and grafting of intraosseous ganglia of the lunate

Goorens CK, Geeurickx S, Staelens B, Goubau JF

ABSTRACT

Intraosseous ganglia of the lunate are relatively rare. When persistent pain and discomfort occur, surgical options may be chosen.

We describe 2 such cases. Arthroscopic debridement and grafting was performed after typical radiographic and bone scan findings were assessed. The intraosseous cyst was drilled and autologous bone was impacted in the cavity, using an appropriate cannula under arthroscopic guidance. No complications occurred. Short term residual pain was minimal (visual analogue scale 2) and mobility and grip strength increased to 90%, compared to the contralateral side, after 4 months. Professional and recreational activities

were fully recuperated after 4 months, leading to high patient satisfaction. Control MRI scans showed adequate bone graft incorporation.

No recurrence of symptoms or cyst formation were noted after 1 year of follow-up.

The technique of arthroscopic debridement is a valid alternative to the traditional treatment of open curettage and bone grafting, possibly leading to decreased ongoing pain and stiffness of the wrist, with minimal morbidity and recurrence of symptoms during the follow-up period. Functional recovery and excellent cosmetic results give high patient satisfaction.

Acta Orthop Belg. 2015; 82: 321-326.
Evaluation of current treatment techniques for distal radius fractures amongst Belgian orthopaedic surgeons

Van Schaik DEC, Goorens CK, Wernaers P, Hendrickx B, Scheerlinck T, Goubau Jf

ABSTRACT

This online questionnaire was initiated to investigate if a consensus on the treatment of distal radius fractures amongst orthopaedic surgeons in Belgium exist. Two cases were presented: an extra-articular fracture, with dorsal displacement (Frykman type I) and a displaced intra-articular fracture (Frykman type VII). Treatment of choice and rationale of choice were investigated. 158 responses were collected. In case of a Frykman type I, the majority of surgeons would have performed a closed reduction and intrafocal K-wiring (37.3%) or volar plating (34.8%). In case of a Frykman type VII, volar plating was the primary treatment of choice (66.5%), closed reduction and K-wiring was chosen in 24.7% and external fixation in 4.4%. We cannot conclude on a consensus in treatment choice amongst Belgian orthopaedic surgeons. Compared to previous research, an increase in the use of volar plating in intra- as well as in extra-articular distal radius fractures was noticed.



Vaatheel- kunde

J Cardiovasc Surg (Torino). 2016 Jul;26. Outcome of a drug eluted 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 30mm and 100mm, 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 mm (2-100; ± 25.06). 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 of amputation). At the 12-month follow-up time point, a total of 36 out of 42(85.7%) patients improved in their Rutherford classification with 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 of TLR and amputation free survival as in short lesions.

J Endovasc Ther. 2016 Oct;23(5):701-7. Twelve-Month Results From the MAJESTIC Trial of the Eluvia Paclitaxel-Eluting Stent for Treatment of Obstructive Femoropopliteal Disease

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

ABSTRACT

Purpose

To report the 12-month results of the MAJESTIC clinical study of the self-expanding Eluvia paclitaxel-eluting stent in the treatment of femoropopliteal lesions.

Methods

The prospective, single-arm, multicenter trial (clinicaltrials.gov identifier NCT01820637) enrolled 57 patients (mean age 69 ± 9 years; 47 men) with chronic lower limb ischemia referable to de novo or restenotic lesions in the native superficial femoral and/or proximal popliteal arteries. A third of the patients had diabetes. Mean lesion length was 70.8 ± 28.1 mm, and

diameter stenosis was $86.3\%\pm 16.2\%$; 26 (46%) lesions were occluded. Primary patency was defined as duplex ultrasound peak systolic velocity ratio ≤ 2.5 and the absence of target lesion revascularization (TLR) or bypass. Major adverse events (MAEs) included all-cause death through 1 month and target limb major amputation and TLR through 12 months.

Results

All 57 patients had a single Eluvia stent implanted, employing pre- and postdilation in 93% (53/57) and 95% (54/57) of cases, respectively. Technical success was 97% (55/57; 2 failures due to residual stenosis $>30\%$). At 12 months, primary patency was 96% (49/51) and the MAE rate was 4% (2/53); both MAEs were TLRs. No stent fractures were identified. There were no major amputations. One death occurred 368 days postprocedure, unrelated to the device or procedure. Improvements in the Rutherford category were sustained through 1 year, with 81% (43/53) exhibiting no symptoms (category 0) and 13% (7/53) presenting with mild claudication (category 1). Mean ABI improved from 0.73 ± 0.22 at baseline to 1.02 ± 0.20 at 12 months.

Conclusion

MAJESTIC results showed that patients whose femoropopliteal arteries were treated with the Eluvia drug-eluting stent sustained high patency and low MAE rates through 12 months.

Nieuwe artsen



PEDIATRIE

Dr. Caroline Buyck

Ons pediatrisch team verwelkomde dit najaar dr. Buyck als nieuw staf lid. Zij studeerde geneeskunde in Leuven en specialiseerde zich in de kindergeneeskunde in UZ Leuven, Jessa en Ziekenhuis Oost-Limburg. Specifieke interessegebieden zijn neonatologie en gastro-enterologie. Dr. Buyck houdt raadplegingen in Tienen en Aarschot.



PNEUMOLOGIE

Dr. Eva Vandoorne

Sinds midden dit jaar hebben we met dr. Vandoorne opnieuw een welgekomen tweede pneumoloog. Na haar opleiding tot arts in Leuven volgden assistentschappen interne geneeskunde in UZ Leuven, AZ Groeninge (Kortrijk) en Heilig-Hartziekenhuis Roeselare-Menen (nu AZ Delta). Ze specialiseerde zich in de pneumologie in Kortrijk, Brussel (UMC Sint-Pieter) en Leuven. Dr. Vandoorne heeft zich bijzonder bekwaamd in slaappathologie.



GYNAECOLOGIE

Dr. Lotte Claes

Voor onze medische staf Gynaecologie-Verloskunde en het voedvrouwenteam was het in september een blij weerzien met dr. Claes. Zij startte haar medische opleiding en specialisatie in Leuven en was van 2011 tot 2013 assistent in RZ Heilig Hart Tienen. Dr. Claes coördineert samen met dr. Sileny Han het senologisch zorgpad in ons ziekenhuis (zie pag. 6).



NEUROLOGIE

Dr. Annelies Vanhee

De medische staf Neurologie heeft zich in aanloop naar de nieuwe eenheid voor beroertezorg (zie pag. 4) alvast versterkt met een vijfde collega. Dr. Vanhee startte haar studies geneeskunde op de Kortrijkse campus van KU Leuven en specialiseerde zich in de klinische neurologie in UZ Leuven, AZ Sint-Jan (Brugge) en Nationaal MS Centrum (Melsbroek). Zij heeft een specifieke interesse in cognitieve neurologie, slaappathologie en klinische neurofysiologie (EMG).



KLINISCHE BIOLOGIE

Dr. Silvie Nickmans

Het klinisch labo heeft na het vertrek van dr. Bram Ngô een dynamische nieuwe collega gevonden in dr. Nickmans. Zij behaalde haar master in de specialistische geneeskunde in 2015 en volgde bijkomend de opleidingen kwaliteitszorg en de master in management en beleid van de gezondheidszorg, beide aan de KU Leuven. Haar specifieke interesses zijn hematomorfolgie en transfusiebeleid.

