

INTRO

Nr. 65 - Maart 2020

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Even voorstellen:
onze nieuwe medisch
directeur

Vulvavaginale pathologie
in de kijker

ONDERZOEK
Infecties en
antibioticagebruik
na een beroerte





‘Elkaar de hand geven’ in een nieuw perspectief



*Dr. Bruno Van Eesbeeck,
medisch directeur*

De laatste tijd heeft de pers het uitvoerig over de gewoonte om een ‘hand te geven’, ook in een ziekenhuisomgeving.

Onlangs haalden we hierover een negatieve krantenkop met een uitzonderlijk en eenmalig voorval waarbij een hand geven noodzakelijk was. Het is een teken van beleefdheid en vriendelijkheid, maar het gebaar op zich wordt nu sterk geweerd en in vraag gesteld omwille van de hygiëne en het besmettingsgevaar.

De doorbraak van het coronavirus en de bijhorende wereldwijde onrust heeft het ‘handen geven’ in een heel ander daglicht geplaatst.

Ieder zijn mening, maar...

Meer dan ooit heeft het SFZ ervaren dat een slechte review de reputatie van ons ziekenhuis ernstig kan schaden. Nog moeilijker is het om anonieme recensies of opmerkingen als representatief te beschouwen, zeker voor de meer dan 1.000 ziekenhuismedewerkers op wie we altijd kunnen rekenen.

Volgens het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zijn er grenzen aan de vrije meningsuiting ter bescherming van de reputatie en de rechten van andere burgers. Slachtoffers van onjuiste informatie kunnen de nodige procedures opstarten wegens laster. Helaas is dat altijd na de feiten en is de schade moeilijk aan te tonen.

Veiligheid, kwaliteit en respect

Wij proberen er in ons ziekenhuis constructief mee om te gaan en ons dagelijks handelen erop af te stemmen. In onze multiculturele samenleving, waarin we dagelijks zij aan zij samenwerken om patiënten uit de regio de beste zorgen dichtbij huis te bieden, willen we meer dan ooit onze visie en missie realiseren door geen onderscheid te maken in afkomst. We zetten ons in om medische zorgen op een veilige, medisch kwaliteitsvolle en respectvolle wijze aan te bieden aan iedereen die een beroep doet op het SFZ.

Deze gezamenlijke uitdaging heeft een impact op onze geschiedenis, ons dagelijks handelen en zeker ook onze toekomstige opdrachten.

Dit leest u in deze Intro...

Dat we kunnen rekenen op de inzet van innovatieve teams en medewerkers, dat willen we in dit nummer extra toelichten.

Verder vindt u een uiteenzetting over onze normen en waarden die we in 2020 verder uitdiepen. Deze uitdaging wordt ook verder kracht bijgezet door onze nieuwe hoofdarts: dr. Inge Wouters versterkt het directieteam sinds 1 maart. Graag stellen we haar aan u voor, net zoals enkele nieuwe artsen in ons medisch korps. Ook de specialisaties van oftalmologen en gynaecologen zetten we in de kijker.

Veel leesplezier!



In onze
multiculturele
samenleving willen
we meer dan ooit
de visie en missie
van ons ziekenhuis
realiseren door
geen onderscheid te
maken in afkomst.



Even voorstellen: onze nieuwe medisch directeur

Begin maart 2020 heeft dr. Inge Wouters de rangen van ons ziekenhuis versterkt. Zij was voordien 3 jaar actief als medisch directeur in Vilvoorde en is uroloog van opleiding. Wij spraken haar voor een korte kennismaking...

Kan u iets vertellen over uw ervaringen als medisch directeur?

“Mijn eerste leidinggevende ervaring deed ik op als medisch diensthoofd urologie en vervolgens als diensthoofd algemene heelkunde. In 2008 werd ik lid van de medische raad en van 2011 tot 2016 was ik er voorzitter. Hier kreeg ik de smaak te pakken om ook beleidsmatig mee te denken. Daarvoor heb ik de nodige opleidingen gevolgd, want als arts leer je niet meteen om op managementniveau leiding te geven. Ik vind het belangrijk dat dit soort skills mee opgenomen wordt in de opleiding van artsen, zeker in het kader van de toekomstige ontwikkelingen van de gezondheidszorg.”



Ik kijk ernaar uit om het SFZ samen verder op de kaart zetten.

Hoe ziet u deze taak?

“Het is voor mij een mooie kans om een nieuwe uitdaging aan te gaan binnen het evoluerende ziekenhuislandschap. Ik zie het als een mogelijkheid om een strategische rol te combineren met een meer operationele en dat ziekenhuisbreed.

Vroeger was het meestal één van de oudste artsen of één van de meest gedragen of erkende dokters die hoofdarts werd. De laatste jaren is het beroep verjongd en vervrouwelijkt en draait het ook meer om ‘het zich willen verdiepen in mensen’ om het ziekenhuis beleidsmatig te managen. Het zal een moeilijke, maar uitdagende job worden, maar ik kijk er vol enthousiasme naar uit. Samen met het medisch team, de verpleegafdelingen, de medisch-technische diensten, het leidinggevende korps en de ondersteunende diensten wil ik het SFZ verder op de kaart zetten.”

Waarom koos u voor geneeskunde als studies en voor urologie als specialisatie?

“Dat is een bijzonder verhaal. Ik ben gestart met de studie geneeskunde om pediater te kunnen worden. Als adolescente werkte ik tijdens zomervakanties vaak in een tehuis voor geplaatste kinderen. De liefde voor kinderen en het zorgen voor hen is daar sterk aangewakkerd en ik wilde dan ook graag kinderarts worden.

Tijdens de opleiding kom je uiteraard ook in aanraking met andere disciplines. Zo kwam mijn interesse voor gynaecologie onverwachts naar boven. En tijdens mijn volgende stage in urologie ontdekte ik dat ik perfect de combinatie kon maken van het chirurgische met het pediatische en het gynaecologische.

Dit is dan ook mijn subspecialisatie in de urologie geworden: de pediatische en functionele urologie. Mijn oorspronkelijke wens heb ik dus kunnen bijstellen naar een bredere doelgroep.”

Wat trekt u aan in het SFZ?

“Het SFZ is niet kleiner dan het ziekenhuis waar ik vandaan kom, zeker niet op vlak van operationele bedden. Ik heb bewust voor het SFZ gekozen omwille van de ambitie van het ziekenhuis en de plaats die het SFZ wil innemen in het ziekenhuisnetwerk. Dat zijn uitdagingen waar ik van hou. Er zijn hier heel wat specialismes aanwezig en de meeste medische disciplines zijn innovatief bezig. Dat sprak me meteen heel erg aan.”

Mogen we ook vragen naar uw gezin en persoonlijke interesses?

“Ik ben niet alleen medisch hoofdarts, maar ook moeder van 2 zonen van 25 en 21 jaar. Inmiddels ben ik ook grootmoeder van een kleinzootje van 10 maanden. Verder ben ik partner van Frank en plusmoeder van Alix, 13 jaar. Alle generaties zijn dus wel een beetje vertegenwoordigd in mijn familie. We hebben ook 2 dobbermannen die heel wat aandacht vragen en dat is wel leuk.

Ik heb lange tijd weinig hobby's gehad, buiten paardrijden dan. Daar ben ik enkele jaren geleden wel mee moeten stoppen. Sinds vorig jaar doe ik veel aan yoga en verder ga ik lopen, doe ik aan meditatie, ... Allemaal dingen die de spirituele en mentale gezondheid bevorderen. Daarnaast ben ik erg geboeid door fotografie.”

Vernieuwde kernwaarden van het SFZ

Vicky Draelants, stafmedewerker algemene directie

Het SFZ evolueert continu, net zoals de ziekenhuissector zelf. Daarom nemen we regelmatig de missie, visie, kernwaarden en strategie van ons ziekenhuis kritisch onder de loep. Zo kunnen we ons strategisch plan bijsturen waar nodig.

Bevraging van partners

Via een digitale bevraging vroegen we eind 2018 inbreng van alle diensthoofden en artsen van het ziekenhuis. Daarnaast gaven we een stem aan diverse partners van het SFZ zoals patiënten(organisaties), zorgprofessionals in de eerste-

lijnsgezondheidszorg, opleidingscholen, woonzorgcentra, buurtbewoners, ...

In het voorjaar van 2019 gingen de raad van bestuur, medische raad, directie en alle diensthoofden tijdens strategiedagen aan de slag met de output. Hieruit ontstond een vernieuwd

strategisch plan voor het SFZ dat de basis vormt voor onze beleidsplannen tijdens de komende 5 jaar.

'VIPS' in het SFZ

Uit de vernieuwde missie van het SFZ werden 4 kernwaarden gedistilleerd: **Vriendelijk - Inlevend - Professioneel - Samenwerkend**. Kortweg, VIPS. Zie het gerust als de 4 windstreken van ons waardenkompas die richting geven aan ons dagelijkse doen en laten. Zo kunnen we ons allemaal VIPS voelen in het SFZ.

Vriendelijk

We staan 'aan jouw zijde'. We luisteren actief, zijn hoffelijk en beleefd en respectvol. We behandelen iedereen met waardigheid en respect. We doen recht aan de zienswijzen en keuzen van de patiënt en zijn familie. Kennis, waarden, geloof en culturele achtergrond van de patiënt en zijn familie worden geïntegreerd in de zorgplanning en -verlening.

Samenwerkend

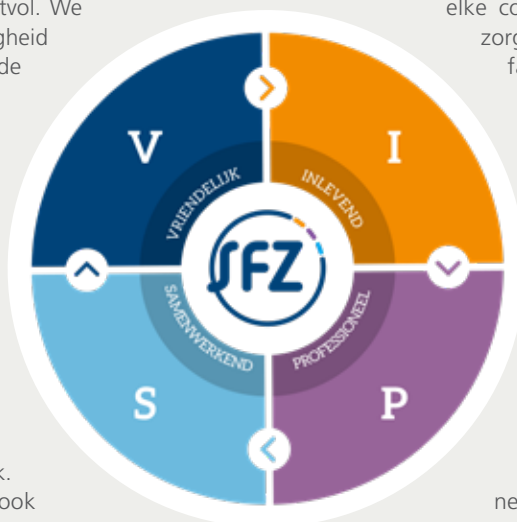
Omdat zorg teamwork is! We bieden zorg in teamverband en staan dichtbij de patiënt en onze collega's. Collegiaal staan we sterk. We slaan de handen in elkaar, ook met de patiënt en zijn familie, vanuit een open dialoog. We luisteren met respect naar de ander en respecteren onze afspraken. We werken actief samen met anderen, zowel binnen als buiten onze afdeling, expertise of organisatie. Dat komt de samenwerkingsverbanden binnen en buiten het ziekenhuis alleen maar ten goede.

Inlevend

We maken tijd voor elke patiënt, elke bezoeker, elke collega. Hun 'goed voelen' is onze zorg. We erkennen de patiënt en zijn familie als partner in alles wat we doen. We moedigen hen aan om te participeren in de zorg en besluitvorming in de mate waarin zij dit wensen en ondersteunen hen daarbij.

Professioneel

We voeren onze job deskundig en integer uit. We zijn ondernemend en wachten niet alleen maar op een opdracht. We nemen ook zelf initiatief. We nemen onze verantwoordelijkheid en doen wat nodig is, als een 'goede huisvader'. We zorgen mee voor een veilige omgeving in al zijn aspecten. We verstrekken volledige en onbevooroordeelde informatie op een positieve en passende manier. We bezorgen onze patiënten en hun familie tijdig volledige en accurate informatie waardoor zij effectief kunnen participeren in de zorg en besluitvorming.



Vulvavaginale pathologie: Zit het tussen je oren? Nee, tussen je benen!

Dr. Silvie Aendekerk, gynaecoloog



Sinds kort kan het SFZ het lijstje van het zorgaanbod aanvullen met een nieuwe vulvakliniek. Hier kunnen patiënten terecht die vulvodynie (pijn bij betrekkingen), recidiverende vulvaire en/of vaginale infecties of vulvaire dermatosen (o.a. lichen) hebben. Dit zijn problemen met vaak weinig erkenning volgens dr. Silvie Aendekerk, gynaecoloog in ons ziekenhuis sinds begin 2020. Op p. 11 leest u meer over haar achtergrond, terwijl we hier haar specialisme verder belichten.

Dr. Aendekerk, welk type gynaecoloog bent u?

“Ik zie mezelf als een allround gynaecoloog. Ik ben graag actief in de verloskunde, maar ook in benigne gynaecologie. De variatie in de job is wat me altijd heeft aangetrokken. We doen consultaties, voorzien beeldvorming via echografie, maar voeren ook veel technische handelingen uit zoals bevallingen en operaties. Toch

blijft mijn niche de vulvopathologie. In Heusden-Zolder werken we samen in een associatie met 8 gynaecologen. Heel fijn, want ieder van ons heeft een eigen niche en kan zo heel vlot naar elkaar doorverwijzen om patiënten de beste behandeling te bieden.”

Ontdek het volledige team van gynaecologen in het SFZ op www.sfz.be/zorgaanbod/alle/gynaecologie

Kunt u iets meer vertellen over vulvopathologie?

“Mijn interesse voor vulvaire problemen is gestart bij vulvodynie.”

Nog nooit van gehoord. Maar blijkbaar ben ik de enige niet, toch?

“Nee, dat klopt. Patiënten komen op consultatie met een verhaal van pijn bij betrekkingen. Maar ook bij artsen en zelfs gynaecologen is het een vrij onbekend begrip. Er zal eerder gesproken worden van pijn bij betrekkingen, vaginisme, dyspareunie, ... Naar schatting heeft 8% van de vrouwen er ooit last van. Het gaat om een chronische, vaak brandende pijn bij het vrijen. Dit is natuurlijk een breed begrip, maar vulvodynie is echt wel een strikt gedefinieerde aandoening sinds eind jaren '80.

De criteria zijn dat de patiënte een branderige pijn ervaart bij aanraking, meestal ter hoogte van de ingangszone van de vagina en dat deze pijn uitgelokt kan worden met de zgn. Q-tip test. Bij klinisch onderzoek is er vaak weinig te zien en dat maakt het net verraderlijk: vrouwen krijgen vaak van artsen te horen dat het tussen hun oren zit of ze worden verkeerd gediagnosticeerd met vaginisme. Het onderwerp zelf is vaak moeilijk bespreekbaar voor een patiënte, maar als ze dan toch naar een arts stapt en te horen krijgt dat ze ‘eerst maar eens zwanger moet worden’ of ‘eens een paar glazen wijn moet drinken en nog eens moet proberen’, voelt ze zich terecht erg onbegrepen. Je ziet de opluchting meteen als je de effectieve diagnose meedeelt.”



Kunt u deze patiënten ook helpen?

“Ik heb geen wondermiddel of magische trukendoos voorhanden. Ik ga eerlijk zijn: het is een lang proces. Maar een behandeling bestaat uit 4 pijlers. Eerst en vooral ‘vulvacare’. Dit wil zeggen zoveel mogelijk irritaties vermijden, zowel chemische producten als mechanische zaken. Vaak raad ik ook een penetratiestop aan. Dit is noodzakelijk om de vicieuze cirkel te doorbreken. Vervolgens wordt er een medicamenteuze behandeling gestart.

Vulvodynie heeft veel gemeen met neuropathische pijn. Een bepaalde klasse van antidepressiva of anti-epileptica wordt verwerkt tot een crème voor lokaal gebruik of wordt oraal ingenomen. Er zijn veel stappen mogelijk, maar het is altijd een beetje ‘trial and error’. De benadering is ook altijd multidisciplinair, zo wordt er samengewerkt met een seksuoloog om rust in de relatie te brengen.

Tot slot gaat de patiënte op het einde van de behandeling ook naar een bekkenbodembiotherapeut om terug zelfcontrole en zelfvertrouwen te krijgen. Zelden komt het tot een heelkundige ingreep.”

Dit is wellicht niet de enige pathologie die u ziet in een vulvapolikliniek?

“Vulvopathologie is een breed begrip. Vulvodynie is hier een deel van, maar we zien ook veel patiënten die klachten hebben van vulvaire en/of vaginale irritatie of jeuk. Dit kan dan een beeld zijn van een vulvaire of vaginale

infectie, maar het kan evengoed een huidprobleem zijn. Klachten zijn vaak gelijkaardig, maar een goede anamnese en klinisch onderzoek kunnen toch vaak duidelijkheid scheppen. Jammer genoeg zijn vulvaire problemen voor patiënten vaak een moeilijk onderwerp om over te spreken. Er heerst nog vaak een taboe rond.”

Komen patiënten soms ‘te laat’ op consultatie?

“We zien inderdaad ook patiënten met een vergevorderde ‘lichen sclerosus’. Dit is een chronische huidaandoening waarbij de huid vaak wit verkleurt en er is ook verlies van vulvaire architectuur. De clitoris raakt begraven en de binnenste schaamlippen verdwijnen als het ware. In extreme gevallen kan de vulva zelfs praktisch dichtgroeien doordat de schaamlippen aan de voorzijde lijken samen te smelten. 4% van de patiënten met lichen ontwikkelt tevens een vulvakanker. Vandaar dat vulvopathologie uit de taboesfeer moet gehaald worden. Ik sta dus helemaal achter ‘vulva awareness’.”

Heeft u hiervoor een specifieke opleiding gevolgd?

“Toen mijn interesse in deze pathologie ontstond, zocht ik contact met vulva-arts dr. Verstraelen in het UZ Gent. Bij hem en zijn team ben ik in de leer gegaan. Buiten mijn consultaties hier in het ziekenhuis en in het Medisch Centrum in Beringen werk ik 1 dag per week in het UZ Gent om mijn expertise verder uit te bouwen.”



Vulvopathologie moet absoluut uit de taboesfeer gehaald worden. Ik sta dus helemaal achter ‘vulva awareness’.

Meer info?

Patiënten kunnen via het secretariaat gynaecologie (011 71 58 09) altijd een afspraak maken in de vulvakliniek. Elke vrijdag is er raadpleging voorzien in het SFZ.

Benieuwd naar meer?

Bekijk het filmpje van dr. Aendekerk op digitaalmagazine.sfz.be/intro3 waarin ze zelf vertelt over haar specialisme én het SFZ-team waarin ze terechtgekomen is.

Echoscreening bij zwangeren volgens internationale richtlijnen

Dr. Anneleen Reynders, gynaecoloog



Al sinds haar opleiding tot gynaecoloog is dr. Anneleen Reynders erg geboeid door de wonderlijke manier waarop een ongecompliceerde zwangerschap verloopt. Het merendeel van de zwangerschappen is gelukkig effectief probleemloos, maar het lijstje van mogelijke 'complicaties' is eindeloos. Het gaat van problemen met minimale impact tot pathologieën die een drama vormen voor de toekomstige ouders en hun omgeving.

Belang van vroegtijdige opsporing

"Prenataal en tijdens de zwangerschap kunnen er gelukkig heel wat onderzoeken gebeuren om de gezondheidstoestand van de (toekomstige) moeder en het nog ongeboren kind goed op te volgen", vertelt dr. Reynders.

"Normaal gezien gebeuren er minstens 3 belangrijke echografieën waarbij de foetus structureel grondig wordt nagekeken. Het doel is om pathologieën op te sporen, om toekomstige ouders voor te bereiden op de komst van een kind met eventuele afwijkingen of om tijdens de zwangerschap al de nodige interventies te kunnen uitvoeren."

Verder worden er ook andere screeningstesten uitgevoerd zoals de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en ook de serologiestatus van de moeder wordt opgevolgd gedurende de zwangerschap. Ook familiale of aangeboren aandoeningen bij het koppel of hun familieleden kunnen het verloop van een zwangerschap beïnvloeden.

Binnen het gynaecologische team nemen dr. Anneleen Reynders en dr. Nele Raus alle screeningsecho's van onze zwangere patiëntenpopulatie in het tweede trimester voor hun rekening. Zij zijn ook het aanspreekpunt voor collega's om overleg te plegen bij gecompliceerde zwangerschappen.



Dankzij een intensieve interuniversitaire opleiding heb ik meer inzicht verworven in een uitgebreid aantal foetale pathologieën en de mogelijkheden om ze op te volgen.



Juiste kennis van zaken

Om patiënten goed te counsellen tijdens de uitvoering van de testen en zeker wanneer ze afwijkend blijken te zijn, is een goede kennis van zaken noodzakelijk. "Het domein van de foetale geneeskunde is de afgelopen decennia enorm geëvolueerd", zegt dr. Reynders. "Zo zijn er technische verbeteringen in de echografische apparatuur, nieuwe inzichten in foetale pathologie en behandelingsopties en een breed scala aan nieuwe genetische onderzoeksinstrumenten voorhanden."

Gespecialiseerde opleiding

Sinds enkele jaren bestaat er ook een Vlaamse cursus, o.a. onder leiding van professor Luc De Catte (UZ Leuven). Die beantwoordt aan de nood van vele artsen die betrokken zijn bij de zorg van (complexe) foetale aandoeningen.



Het gaat om een interuniversitaire opleiding in prenatale echografie en foetale geneeskunde en dit is een initiatief van de Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel en KU Leuven. De opleiding omvat een theoretisch deel dat bestaat uit 3 modules van telkens 4 dagen aangevuld met een examen. Aansluitend is er een praktijkgedeelte waarbij getoetst wordt of de opgedane kennis ook in de praktijk kan worden toegepast.

Verdiepen in complexe aandoeningen

Het voorbije jaar heeft dr. Reynders het theoretische luik van deze opleiding succesvol beëindigd. "Door de lessen intensief te volgen; me de theorie eigen te maken en te studeren voor het examen heb ik meer inzicht verworven in een uitgebreid aantal foetale pathologieën en de mogelijkheden om ze op te volgen."

Tijdens de cursus werd per onderdeel telkens gestart met een uiteenzetting van de embryologie en/of genetica om vervolgens de normale echografische beeldvorming van een orgaansysteem toe te lichten. Hierna werd de pathologie van dat systeem aangepakt en meestal volgde ook een uiteenzetting over de mogelijkheden van de neonatale opvang.

Dr. Reynders benadrukt: "Er kwamen veel nationale, maar ook internationale sprekers aan bod. Zo werd het meteen ook een interactief gebeuren waarbij elke subsessie werd afgesloten met casuïstiek. Het summum van deze 12-daagse was een intensieve week 'blok' zoals tijdens de universiteitsjaren en vervolgens - gelukkig - een succesvol examen."

Echoscreening volgens internationale richtlijnen

Het komende jaar volgt nog een praktijkgedeelte om te toetsen of de screeningsechografieën in de dagelijkse praktijk wel uitgevoerd worden volgens de internationale richtlijnen. "Uiteraard hoop ik ook voor dit praktijkexamen te slagen", zegt dr. Reynders. "Deze cursus is voor mij als gynaecoloog met bijzondere interesse in de verloskundige echografie een flinke meerwaarde geweest." Dat komt de patiënten in ons ziekenhuis én hun ongebornen kind uiteraard alleen maar ten goede!

Benieuwd naar meer?

Bekijk het filmpje op digitaalmagazine.sfz.be/intro3 en ontdek hoe een 20 weken echo concreet verloopt in ons ziekenhuis.

DMEK, nieuwe techniek voor hoornvliestransplantatie



Dr. Minh-Tri Hua, oftalmoloog



DMEK staat voor 'Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty' en is een state-of-the-art techniek voor de meest voorkomende indicatie voor hoornvliestransplantaties.

Een hoornvliestransplantatie is vaak nodig bij patiënten met een symptomatische Fuchs' endotheel dystrofie. Bij deze langzaam verslechterende hoornvliedystrofie verliest de cornea zijn helderheid omwille van een zwelling van het hoornvlies. Het zicht gaat achteruit, vooral eerder 's morgens dan in de loop van de dag in het beginstadium. In een verder gevorderd stadium is het zicht continu wazig en soms kan de patiënt pijn ervaren als gevolg van vochtblaasjes ter hoogte van het hoornvlies. De symptomen beginnen meestal rond de leeftijd van 50 tot 70 jaar en de aandoening komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

Het is nu geweten dat de oorzaak van de Fuchs' dystrofie zich in de binnenste laag van het hoornvlies (het endotheel) bevindt. De endotheelceldensiteit neemt sneller af dan bij een normale veroudering.

Mogelijke behandeling

Vroeger was een volledige (penetrerende) transplantatie van de cornea de enige optie bij een symptomatische patiënt. Dit betekent dat de hele dikte van de cornea vervangen wordt door een donorcornea. Er zijn veel hechtingen nodig, de herstelperiode kan tot 2 jaar duren, een onvoorspelbaar onregelmatig astigmatisme is meestal aanwezig en de kans op afstoting kan tot 20% bedragen na 5 jaar. Levenslang loopt de patiënt rond met een risico op loslating of dehiscentie van de wonde. Daarom wordt een volledige corneatransplantatie vaak in een universitair ziekenhuis uitgevoerd.

Nieuwe techniek

Ongeveer 20 jaar geleden heeft een Nederlandse oogarts, Dr. Gerrit Melles, een nieuwe lamellaire techniek ontwikkeld, nl. DMEK. Bij deze procedure wordt enkel de binnenste laag van het hoornvlies verwijderd en vervangen door een donorendotheel. De patiënt behoudt dus het grootste deel van zijn eigen cornea. De ingreep kan door een kleine opening in het hoornvlies gebeuren en er zijn geen hechtingen meer nodig. De incisie is klein genoeg om waterdicht te zijn zonder hechting. De vorm van de cornea verandert bijna niet en daarom is er geen onregelmatig astigmatisme na de ingreep. Het zicht wordt meestal beter na een week of 2 en de kans op afstoting bedraagt ongeveer 1% tot 2% na 5 jaar.

DMEK is nu wereldwijd erkend als de gouden standaard bij patiënten met symptomatische Fuchs' dystrofie. Tegenwoordig gebeurt de procedure meestal onder lokale verdoving en kan de patiënt dezelfde dag nog naar huis.

Benieuwd naar het verloop van de ingreep?

Surf naar digitaalmagazine.sfz.be/intro3 voor een fotoreportage die de DMEK-techniek stap voor stap in beeld brengt.

Nieuwe artsen

Om de medische teams van het SFZ te versterken, verwelkomen we enkele nieuwe artsen. We stellen ze graag even kort aan u voor...



Dr. Galina Khorosheva

Dienst Endocrinologie
sinds 3 januari 2020

Dr. Khorosheva is in Rusland geboren in 1973. Zij volgde haar opleiding geneeskunde in Moskou. In haar land van herkomst werkte ze als endocrinologe in diverse medische settings. Daar behaalde ze ook haar PhD in endocrinologie. Ze kwam in 2010 naar België en verdiepte zich verder in interne geneeskunde en endocrinologie. Bovendien werkte ze mee aan diverse wetenschappelijke studies zowel aan de KU Leuven als in het UZ Brussel. Bijgevolg heeft Dr. Khorosheva al 20 jaar klinische ervaring.



Dr. Silvie Aendekerk

Dienst gynaecologie - verloskunde
sinds 2 januari 2020

Dr. Aendekerk volgde haar opleiding geneeskunde in de UHasselt (bachelor) en aan de KU Leuven (master). Zij specialiseerde zich verder tot gynaecoloog en werkte als assistent in UZ Leuven, Jessa Ziekenhuis Hasselt en ZOL Genk. Binnen haar vakgebied heeft zij een bijzondere interesse in vulvovaginale pathologie (vulvodynie, dermatosen zoals o.a. lichen en recidiverende infecties). Hiervoor volgt zij een bijkomende opleiding aan het UZ Gent. In het SFZ zal ze in associatie werken met dr. Buekenhout, dr. Beckers, dr. Schepers, dr. Raus, dr. Janssen, dr. Maesele en dr. Reynders.



Dr. Stefan Vanden Bussche

Dienst gastro-enterologie
sinds 1 maart 2020

Dr. Vanden Bussche volgde zijn opleiding geneeskunde aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich verder tot gastro-enteroloog en werkte in het UZ Leuven, AZ Sint-Maarten, ZNA Stuivenberg en ZOL Genk. Binnen zijn vakgebied heeft hij een bijzondere interesse in therapeutische endoscopie zoals het wegnemen van grotere poliepen, echo-endoscopie en onderzoek van de galwegen (ERCP). Hiervoor volgde hij een bijkomend fellowship aan het UZ Leuven. In het SFZ versterkt hij het team dat bestaat uit dr. Raf Leus, dr. Marc Willems, dr. Jo Swinnen en dr. Mart Van den Moortele (zijn echtgenote).



Dr. Tanja Kluijt

Dienst pneumologie
vanaf 1 april 2020

Dr. Kluijt volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Zij liep er stage in verschillende medische disciplines. Aansluitend startte zij haar opleiding tot pneumoloog in het Zuyderland Ziekenhuis in Heerlen. Hierbij verrichtte zij assistentschappen in Heerlen, Sittard en Maastricht. Het laatste jaar specialiseerde zij zich in astma en OSAS. Dr. Kluijt start op 1 april als pneumoloog in het SFZ.

Infecties en antibioticagebruik na een beroerte

Dr. Jan-Dirk Vermeij, neuroloog

Op 8 november 2019 behaalde dr. Jan-Dirk Vermeij zijn doctoraat aan de Universiteit van Amsterdam met de thesis 'Preventive antibiotic therapy in patients with acute stroke'. In combinatie met zijn specialisatie deed hij 8 jaar lang onderzoek naar het optreden van infecties na een beroerte, de invloed van deze complicatie op de prognose en het effect van preventieve antibioticatoediening op deze complicatie en op de functionele uitkomst. De conclusies waren onverwacht en kregen media-aandacht van onder andere Het Belang van Limburg. Hieronder vindt u een overzicht van zijn bevindingen.

Situering

De term 'beroerte', in de volksmond ook 'CVA' of 'attaque' genoemd, betreft een verzamelterm voor een 'bloedvatafsluiting' (TIA of herseninfarct), dan wel een 'bloedvatscheur' (hersenbloeding). De meest recente cijfers stellen dat jaarlijks 25.000 personen in België een beroerte krijgen. Omgerekend zijn dit er bijna 70 per dag. De verwachting is dat dit aantal tegen 2035 zal toenemen met maar liefst 34%. Dit is het gevolg van de vergrijzing en toename van risicofactoren zoals hoge bloeddruk, roken en overgewicht.

De prognose na een beroerte is somber. Studies hebben aangetoond dat 1 jaar na het 'event' circa 25% van de patiënten met een herseninfarct zijn overleden en bij patiënten met een hersenbloeding is dit zelfs 55%. Zelfs wanneer men een



dr. Jan-Dirk Vermeij

beroerte overleeft, blijft de prognose slecht: 5 jaar na het event is nog altijd 40% van de overlevenden (ten minste deels) hulpbehoevend.

Infecties komen veel voor

Infecties zijn een zeer frequente complicatie in de eerste dagen na een beroerte. In een grote systematische meta-analyse onder bijna 140.000 patiënten concludeerden wij dat maar liefst 30% van alle patiënten in de eerste dagen na een beroerte een infectie oploopt. Dit betreft met name pneumonie en urineweginfectie: beiden treden op bij circa 10% van de patiënten. Wanneer patiënten worden opgenomen op intensieve zorgen is de incidentie nog hoger: 45% van de patiënten krijgt een infectie (28% krijgt een pneumonie en 20% een urineweginfectie).

Wij schrijven dit opvallend hoge incidentiecijfer toe aan een combinatie van 3 'pijlers'. Allereerst zijn er **klinische factoren**. Hieronder vallen patiëntgerelateerde factoren (leeftijd, premorbide functioneren, geslacht, bedlegerigheid, slikklachten, verminderd bewustzijn, enz.) en ziekenhuisgebonden factoren (plaatsing



van een sonde, gebruik van een urinekatheter, kunstmatige beademing, enz.). Als tweede wordt gesuggereerd dat **anatomische factoren** een rol kunnen spelen (locatie en grootte van de laesie van het herseninfarct of de hersenbloeding), hoewel de literatuur hier momenteel nog niet conclusief in is. Tot slot zijn er **immunologische factoren**: een nieuw begrip is het 'stroke-induced immunodepression'. Dit houdt in dat er een continue interactie is tussen de hersenen en het 'perifere immuunsysteem'. Het krijgen van een beroerte leidt tot een onderdrukking van het afweerstelsel en dat maakt een patiënt a priori al meer vatbaar voor het oplopen van infecties, zeker rekening houdend met de eerder genoemde klinische factoren.

Sombere prognose

Het effect van een infectie op de klinische uitkomst na een beroerte is in verschillende studies onderzocht. Vrijwel alle onderzoeken tonen een negatieve associatie aan met een hogere mate van neurologische uitval, een slechter functioneel herstel en een hoger sterftecijfer. Globaal zou het krijgen van 'een infectie' - in de brede zin van het woord - gepaard gaan met een overlijdenskans die tweemaal zo hoog ligt. Voor pneumonie is deze kans zelfs ruim vijfmaal verhoogd. De kans op 'zorgafhankelijkheid na een beroerte' ten opzichte van 'volledig zelfstandig functioneren' is na het optreden van een infectie tot viermaal verhoogd. Studies



omtrent pneumonie zijn beperkt, maar tonen (maximaal) maar liefst 52 x een verhoogde kans.

Preventieve antibiotica ter voorkoming van infecties

Voorkoming van infecties kan potentieel worden bewerkstelligd door het preventief toedienen van antibiotica. Tussen 2010 en 2013 heeft dr. Vermeij samen met enkele collega's in Nederland de 'Preventive Antibiotics in Stroke Study' uitgevoerd. De resultaten werden in 2015 gepubliceerd in The Lancet. In deze multicentre studie, waaraan 30 Nederlandse ziekenhuizen deelnamen, randomiseerden wij 2.550 patiënten binnen 24 uur na het ontstaan van de beroerte tussen 'preventieve toediening van Ceftriaxon' en de huidige 'standaardzorg'.

De primaire uitkomstmaat was het functionele herstel, ofwel de mate van zorgafhankelijkheid na 3 maanden. De resultaten waren opvallend, wat dr. Vermeij later vertaalde als '1 + 1 is geen 2': patiënten die preventief Ceftriaxon kregen, hadden minder infecties. Het optreden van een infectie, ongeacht de behandelarm, bleek geassocieerd met een slechtere uitkomst. Preventief toedienen van Ceftriaxon bleek echter

niet van (gunstige) invloed op de functionele uitkomst of het sterftcijfer.

Eén enkele studie is natuurlijk onvoldoende om robuuste conclusies te trekken, want er bestaat nog altijd de kans op 'toevalsbevindingen'. Gelijktijdig met het Nederlandse onderzoek zijn er internationaal nog enkele soortgelijke studies uitgevoerd. De resultaten heeft dr. Vermeij in 2018 samengevoegd in een cochrane meta-analyse.

Huidige inzichten

Tot op heden blijken er 8 studies te zijn verricht naar het effect van preventieve antibioticatoediening op het functionele herstel en het infectierisico na een beroerte. In totaal zijn hiervoor 4.488 patiënten geïncludeerd. Kanttekening is dat er grote verschillen zijn tussen deze studies in het type antibioticum, de toedieningsweg en de behandelduur. Toch geeft het samenvoegen van de resultaten een duidelijk en opvallend 'eerste inzicht'.

Algemeen genomen blijken preventieve antibiotica geen effect te hebben op de functionele uitkomst en het sterftcijfer na een beroerte: onder de grote patiëntaantallen gaan de odds ratio's letterlijk richting de 1.0. Opnieuw blijkt '1 + 1 geen 2': preventieve antibiotica leiden namelijk wel degelijk tot een significante afname van het aantal infecties.

Wanneer dit nader onder de loep wordt genomen, dan blijkt het effect evident voor het 'totale aantal infecties' en voor de urineweginfecties, maar blijkt deze interventie geheel niet in staat om pneumonie te voorkomen - het type infectie dat nota bene het sterkst geassocieerd wordt met een slechte functionele uitkomst en een hoger

sterftcijfer. Sterker nog: zelfs in een subanalyse van de studies waarbij elk antibioticum gebruikt mag worden, mits de longontsteking adequaat wordt behandeld, blijkt preventieve antibioticatoediening geheel niet beschermend tegen pneumonie.

Implicaties voor de toekomst

Het is nog altijd denkbaar dat preventieve toediening van antibiotica in de toekomst toegepast zal worden. Hoewel 'overall' antibiotica niet van invloed blijven op de prognose, is het denkbaar dat bepaalde typen van antibiotica nog altijd van meerwaarde kunnen zijn.

Van enkele typen, bv. minocycline en macroliden, wordt in kleine (vaak retrospectieve) studies een 'neuro-protectief' in plaats van infectiepreventief effect gesuggereerd: minder hersenweefsel zou beschadigen en de neurologische uitval zou afnemen. Ook zouden er specifieke patiënt(sub-)groepen baat kunnen hebben bij de interventie. In een posthoc analyse van de 'Preventive Antibiotics in Stroke Study' vond dr. Vermeij bv. een meerwaarde van preventief Ceftriaxon bij gethromboliseerde patiënten, wellicht door interactie tussen Ceftriaxon en alteplase.

Tot slot is een indicatie denkbaar op basis van kosteneffectiviteit. Vanuit de 'Preventive Antibiotics in Stroke Study' concludeerden wij dat de interventie kostendrukkend was voor de opname: minder infecties, kortere ziekenhuisopname, minder gebruik van duurdere antibiotica, enz.

Nieuwe onderzoeksvragen

Surf naar digitaalmagazine.sfz.be/intro3 voor meer details.

Interesse in het doctoraat?

De integrale versie is vrij te raadplegen via dare.uva.nl en is terug te vinden via Google met ISBN-nummer 9789402817607.

Innovatieve 'octopus' zorgt voor meer postoperatief comfort

Dr. Kurt Dilen, uroloog



Het SFZ is wereldwijd het eerste ziekenhuis dat dit nieuwe 'octopustoestel' in huis haalt. Met dit innovatieve stuurbare instrument kunnen urologen die deel uitmaken van de 'Kliniek voor Urologie' precisieoperaties in de buik sneller en nauwkeuriger uitvoeren. Concreet gaat het om een kruising tussen een klassiek laparoscopisch instrument en een robot-instrument.

Nieuwe mogelijkheden

Het voordeel van deze innovatieve beweegbare techniek voor de patiënt is vooral het grotere postoperatieve comfort. De uroloog kan immers sneller en nauwkeuriger opereren in kleine ruimtes in het lichaam. Dr. Kurt

Dilen legt uit: "De uiteinden van dit precisie-instrument kunnen naar alle kanten bewegen en maken het ons, als medisch specialist, mogelijk om ook op moeilijk bereikbare plaatsen goed te werken. Dit benadert de beweeglijkheid van instrumenten bij robotoperaties."

Belangrijke voordelen

De nieuwe werkmethode heeft belangrijke voordelen bij de meest klassieke laparoscopische of kijkoperaties in de buik. Denk maar aan ingrepen om een verzakking van de blaas of de dikke darm te verhelpen, het wegnemen van een tumor in de nier, ... Dr. Kurt Dilen: "Bij deze ingrepen zorgt het buigzame deel van het

instrument ervoor dat de weefsels beter gemanipuleerd kunnen worden onder verschillende hoeken. Zo verlopen operaties nauwkeuriger, sneller en veiliger."

Wendbaar als een tentakel

Het bijzondere van het toestel is dat de chirurg met één eenvoudige polsbeweging de tip in alle richtingen kan sturen. Het werd ontwikkeld door een team van jonge ingenieurs van DEAM, in samenwerking met de Technische Universiteit Delft. Ze lieten zich inspireren door de anatomie van de octopus omdat de tentakels van dit dier eenzelfde beweegbaarheid vertonen.

Dit nieuwe instrument zal op termijn gebruikt kunnen worden door de 12 urologen die deel uitmaken van de 'Kliniek voor Urologie'. Die groepeerde de 4 ziekenhuizen van het netwerk Zuid-West Limburg, nl. het Sint-Franciscusziekenhuis in Heusden-Zolder, het Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden, het AZ Vesalius in Tongeren en het Jessa Ziekenhuis in Hasselt. Vanzelfsprekend blijven robotoperaties voorbehouden voor meer invasieve ingrepen.

Stippenkunst als therapie

Dr. Fons Henckens, kinderarts

Yayoi Kusama (°1929) is een Japanse kunstenares die al vanaf jonge leeftijd worstelde met hallucinaties. Haar vader was overspelig en haar moeder fysiek agressief. "Mijn koortsachtige schilderen komt voort uit wanhoop, het is de enige manier waarop ik in leven kan blijven", schrijft ze in haar autobiografie.



In 1948 studeerde Kusama af aan de School voor Kunst en Kunstnijverheid in Kyoto en niet veel later stelde ze voor het eerst haar werk tentoon. Ze schilderde vooral fantastische scènes met stippen en netmotieven. In 1957 verhuisde ze naar New York, met de hoop dat haar hallucinaties en angstaanvallen zouden wegblijven. Daar produceerde ze een reeks schilderijen die beïnvloed waren door de abstracte expressionistische beweging. Ze droeg er bij aan een breed scala van media, o.a. schilderkunst, beeldhouwkunst, performances, installaties en antioorlogsprotesten. Aan het eind van de jaren '60 organiseerde ze 'Body Festivals' waarin naakte

deelnemers werden beschilderd met felgekleurde stippen. Hierbij gebruikte ze stevast polkadots die dan ook haar handelsmerk zouden vormen.

Succesrijk werk

De hallucinaties en angstaanvallen bleven haar achtervolgen: ze gaven haar het gevoel dat ze door een net werd gewurgd. Deze gevoelens stopte ze met groot succes in haar werk en ze omschreef het als 'kunstmedicijnen', een soort therapie. Het is één groot gestippeld universum: kunst waar je je letterlijk en figuurlijk in kan verliezen. Kusama poseerde haar werken

naast andere grootheden als Donald Judd, Claes Oldenburg en Andy Warhol. In 1973 verhuisde ze terug naar Japan, waar ze zich na een zelfmoordpoging vrijwillig liet opnemen in een psychiatrische kliniek. Er zou een obsessieve compulsieve stoornis zijn vastgesteld, maar officieel worden er geen mededelingen gedaan over een diagnose. Wel is bekend dat ze lijdt aan hallucinaties als gevolg van psychoses. Uiteindelijk is Kusama ook in eigen land erkend als wereldberoemde kunstenares met een eigen museum dat in 2017 de deuren opende.



Het werk van Kusama is één groot gestippeld universum: kunst waar je je letterlijk en figuurlijk in kan verliezen.



Infinity Nets is een van haar allereerste werken in New York: eindeloze herhalingen van patronen die Kusama omschrijft als 'zonder begin, einde of midden'.



Benieuwd naar meer?

Kijk voor meer foto's, links en interessante tentoonstellingen op digitaalmagazine.sfz.be/intro3

Wilt u Intro liever digitaal ontvangen?

- Altijd en overal raadpleegbaar op pc, laptop en smartphone
- Meer diepgang voor boeiende topics over de dagelijkse ziekenhuisrealiteit
- Interactieve mogelijkheden, educatieve filmpjes, fotoreportages, nuttige links, enz.

Mail uw naam, functie, e-mailadres en gemeente naar diane.momers@sfz.be of scan de QR-code en vul meteen uw gegevens in.



Colofon

Algemeen

Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 (algemeen)
011 75 55 55 (polikliniek)

Algemeen directeur

Dhr. Rudy Poedts

Eindredactie

Diane Momers

Redactieraad

Voorzitter, Dr. Stijn Loonbeek,
Dr. Christoph Kenis, Dr. Nele Guion,
Dr. Fons Henckens, Mevr. Diane
Momers, Dr. Bruno Van Eesbeek

Foto's

Kris Dexters, Marion Andries

V.U.

Dhr. Rudy Poedts

Hebben meegewerkt

Dr. Stefan Vanden Bussche, Dr. Silvie
Aendecker, Dr. Inge Wouters,
Dr. Minh-Tri Hua, dr. Jan-Dirk Vermeij,
Dr. Kurt Dilen, Dr. Anneleen Reynders,
Dr. Fons Henckens, Mevr. Vicky
Draelants