

INTRO

Nr. 76 - December 2023

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Cardiaal CT-onderzoek

Astma
bronchiale

Orthognatische
chirurgie



Heb je onze digitale telefoongids al ontdekt?



In het belang van de patiënten is een vlot contact tussen verwijzers en artsen in SFZ essentieel. Om de communicatielijnen te verkorten, hebben we een digitale telefoongids ontwikkeld.

De voordelen van onze digitale telefoongids

- Overzicht per discipline
- Uitgebreide contactinfo per arts
- Rechtstreeks contact met onze artsen



Scan de QR-code
en blader door onze
digitale telefoongids.



Nog geen toegang
tot onze digitale
telefoongids?

Stuur een mail naar
communicatie@sfz.be.

De wonderen van de medische vooruitgang



Dr. Steven Pans,
medisch directeur

Een gezond, kloppend hart. Het lijkt haast vanzelfsprekend dat onze motor draait of klopt. Ons hart zorgt ervoor dat we kunnen functioneren, nadenken, werken, genieten ... Er zijn minstens 23 spreekwoorden en uitdrukkingen die 'het hart' bevatten. Met deze Intro halen we alvast ons hart op, samen met de dienst radiologie en cardiologie.

Met de komst van nieuwe beeldvormingstechnieken, zoals cardio-CT, kunnen we het hart beter zien dan ooit tevoren. Deze geavanceerde technologieën op de dienst radiologie, cardiologie en nucleaire geneeskunde stellen ons in staat om gedetailleerde beelden te maken van het hart. Dit opent de deur naar vroegtijdige en nauwkeurigere diagnoses. Zo kunnen artsen het functioneren en de status van het hart beter monitoren en gerichte behandelingen toepassen.

Dr. Hustings, dr. Meersman en dr. Nguyen, 3 radiologen op onze dienst, verdiepen zich in de CT- en MR-beeldvorming van het hart. Dr. Sema Bektas, cardiologe in ons ziekenhuis, spreekt over de impact en het belang van cardio-CT in haar dagelijkse praktijk.

Van het hart naar het ademhalingsstelsel is een kleine stap. Dr. Kristien Sleurs, dienst NKO, en dr. Katrien Morias, dienst pneumologie, bespreken de nieuwe behandelingstrends in hun domein, zoals *biologicals*. Dr. Sleurs beschrijft de toepassing hiervan bij patiënten met chronische rhinosinuititis, dr. Morias geeft meer uitleg hierover bij astmapatiënten.

Eind 2022 startte dr. Lieselotte De Bruyn op de dienst mond-, kaak- en aangezichtschirurgie. Samen met dr. Struelens en dr. Gacoms zal ze de orthognatische chirurgie door middel van osteotomie van de kaakbeenderen verder uitbouwen. In deze Intro licht ze dit type chirurgie toe.

We zetten ook 2 medewerkers in de kijker naar aanleiding van hun pensioen: dr. Buekenhout van de dienst gynaecologie-verloskunde en Diane Mombers van de dienst communicatie, de drijvende kracht achter het Intro-project. De directie is dr. Buekenhout en Diane bijzonder dankbaar voor hun grote engagement en inzet voor de patiënten en collega's.

Als afsluiter geven we een update over het nieuwbouw- en renovatieproject van ons ziekenhuis. Hiermee bouwen we aan vertrouwen, verbinding en een aangename zorgomgeving voor onze patiënten en medewerkers.

Terwijl we de wonderen van de medische vooruitgang vieren, kijken we ook uit naar de magie van het kerstseizoen. Het hart is het symbool van liefde en warmte. En op Kerstmis en Nieuwjaar staan net die gevoelens centraal.

Graag wens ik, mede in naam van de directie, ieder van jullie rustige en behouden feestdagen, een fijne en liefdevolle kerst en een gezond nieuwjaar.

Met ons
nieuwbouw- en
renovatieproject
bouwen we aan
vertrouwen,
verbinding en
een aangename
zorgomgeving.

Cardiale CT vanuit de invalshoek van radiologie

Dr. Van Lai Nguyen, dr. Pieter Meersman
en dr. Nico Hustings, radiologen



Hart- en vaatziekten waren in 2020 met 21,8% de tweede voornaamste doodsoorzaak in Vlaanderen, na kanker en zelfs nog voor COVID-19. Voor cardiologen is het dus essentieel om goed te kunnen anticiperen op bijvoorbeeld een hartinfarct.

Waar een elektrocardiogram (ECG) enkel een aanwijzing kan geven van een probleem met de kransslagaders (of coronairen) rondom het hart, kunnen we met moderne apparatuur deze bloedvaten rechtstreeks onderzoeken en mogelijke problemen opsporen. Terwijl de interventiecardiologen meer spoedeisende patiënten onderzoeken via catheterisatie, kunnen wij als radiologen op een minder invasieve en veelzijdigere manier naar het hart kijken bij stabiele patiënten met pijn op de borst.

Vandaag in SFZ

De kwaliteit van een cardiaal CT-onderzoek is sterk afhankelijk van verschillende factoren, zowel patiëntgebonden als technisch.

Alles begint bij de patiënt. Bewegingsartefacten hebben een sterke impact op de beeldkwaliteit van een CT-onderzoek. In tegenstelling tot de hersenen, longen of buikorganen,

kan je een hart niet zomaar enkele seconden stilhouden. En dat terwijl bewegingsartefacten een van de moeilijkst te corrigeren artefacten zijn, zelfs voor de nieuwste deep-learning AI-algoritmes.

De patiënt moet tijdens het onderzoek verschillende keren langdurig de adem inhouden, om zo min mogelijk te bewegen tijdens de scan. Daarnaast moet de hartslag van de patiënt zo traag mogelijk gehouden worden om de bewegingsartefacten van het hart zelf te verkleinen. Daarom geven we vlak voor het onderzoek een bètablokker om de hartslag onder de 65 slagen per minuut te krijgen. Tot slot dienen we nog nitraten toe, om de kransslagaders zo goed mogelijk open te zetten en ze optimaal te kunnen beoordelen.

Vervolgens komt onze CT-scanner in actie. Een high-end toestel is uiterst noodzakelijk om zo snel en precies mogelijk de coronairen rondom het hart in beeld te brengen. We beginnen

steeds met een blanco onderzoek, de zogenaamde calciumscore. Hiermee kunnen we al na enkele seconden een inschatting maken van hoeveel kalk er zich in de kransslagaders bevindt. Daarna moeten we een weloverwogen keuze maken. Voor elke patiënt moeten we een goede balans vinden tussen de beeldkwaliteit van het onderzoek en de stralingsdosis waar de patiënt aan blootgesteld wordt.

Er zijn meerdere scanprotocollen waaruit we kunnen kiezen. We houden onder andere rekening met de leeftijd, hartslag en hoeveelheid kalk. Zijn al deze factoren gunstig? Dan gebruiken we het FLASH-protocol, waarbij onze scanner vliegensvlug heel het hart in 1 keer scant tijdens de diastole. Omdat we het hart 1 keer scannen, heeft dit protocol de laagste stralingsdosis.

Vaak moeten we door ongunstige factoren kiezen voor een ander protocol, waarbij we het hart in verschillende stappen en op verschillende momenten

in de hartcyclus scannen. Daardoor moeten we meer straling geven. In sommige gevallen zien we zelfs zoveel kalk dat we gewoon moeten stoppen na de calciumscore, omdat een bijkomende scan geen meerwaarde zal zijn (onder andere door kalkartefacten).

Na de scan maken we met behulp van geavanceerde software analyses en zelfs een 3D-voorstelling van het hart (zie *figuur 1*). Als eerste stap kwantificeren we de hoeveelheid kalk in de coronairen en bepalen we de 'coronaire leeftijd', gebaseerd op grote studies (bijvoorbeeld de *Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis* (MESA)). Vervolgens beoordelen we de coronairen zelf door naar de anatomie te kijken. Sommige anatomische varianten geven een verhoogd risico op plotse cardiale dood of een minder goede kans op overleven bij een zwaar hartinfarct. Daarna volgen we het hele traject van deze bloedvaten, op zoek naar vernauwingen. Die classificeren we volgens het CAD-RADS-systeem, gaande van perfect normale tot volledig verstopte kransslagaders.

Maar schijn kan soms bedriegen. Ook al scannen we vliegensvlug, het hart staat nooit volledig stil en ook de kalk kan het beeld verstoren. Hierdoor kunnen sommige stukjes bloedvat er anders uitzien op de scan dan in realiteit. Als we op voorhand de juiste inschatting hebben gemaakt en het juiste scanprotocol hebben gekozen, hebben we heel het hart niet 1, maar minstens 2 keer gescand. We kunnen dan de verschillende scanfases naast elkaar leggen. Zo puzzelen we de hele coronaire circulatie terug in elkaar. We bepalen hoe sterk het bloedvat is vernauwd, maar kijken ook naar de oorzaak. Soms vertoont het bloedvat kenmerken die erop kunnen wijzen dat de wand instabiel is en er dus een risico is dat de vaatwand scheurt en er plots een acuut hartinfarct ontstaat.

Toekomst

Radiologie is een van de snelst evoluerende disciplines in de geneeskunde. De recente innovaties in de CT-coronarografie, zowel qua hardware (CT met brede detector en *photon-counting CT*) als qua software ('fractional flow reserve'-metingen), zorgen voor een steeds betere resolutie van de scan, met meer diagnostische nauwkeurigheid als resultaat. Dat is zeker ook het geval voor de cardiale CT. Ieder jaar komen er nieuwe CT-toestellen op de markt met gevoeliger en bredere detectors (tegenwoordig tot 16 cm) en snellere rotatietijden. Nieuwe computermodellen en AI-algoritmes kunnen de ruwe data van de scanner ook steeds preciezer reconstrueren tot levensechte beelden.

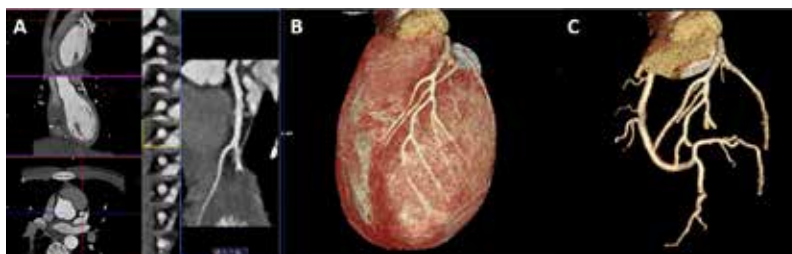
Tot een paar jaar geleden was *fractional flow reserve* (FFR) een techniek die alleen uitgevoerd kon worden door de interventiecardioloog. Die moest daarvoor een katheter tot in het hart brengen. Sinds enkele jaren zijn er steeds meer bedrijven die met complexe computermodellen de FFR berekenen met CT-beelden. Het is dus waarschijnlijk een kwestie van tijd tot ook dit deel uitmaakt van de standaardtools van de radioloog.

Tot slot is er nog *photon-counting CT* (PCCT), hét hot topic in de radiologie de laatste jaren. Met dit nieuwe type CT-scan kunnen we niet alleen de hoeveelheid stralen, maar ook het type

De recente innovaties in de CT-coronarografie zorgen voor een steeds betere resolutie van de scan, met meer diagnostische nauwkeurigheid als resultaat.



stralen dat door de patiënt heen gaat bepalen. Dit stelt ons in staat om met minder stralen en meer precisie de patiënt te onderzoeken. Voor cardiale beeldvorming is PCCT vooral een grote stap voorwaarts voor het detecteren en karakteriseren van instabiele plaques. Voorlopig staat er in heel België nog maar 1 exemplaar van deze scanner, maar ook voor PCCT is het waarschijnlijk een kwestie van tijd tot ook dit deel wordt van het basisarsenaal van de radioloog.



Figuur 1: A: visualisatie van de coronairen in meerdere snederichtingen. B: 3D-voorstelling van het hele hart. C: gerichte 3D-voorstelling van de coronairen.

*Dr. Sema Bektas,
cardioloog, hartfalenspecialist*



Pijn op de borst is een vaak voorkomende klacht in de algemene huisartsenpraktijk. Een beperkt gedeelte van de patiënten met thoracale klachten heeft obstructief coronairlijden. Het blijft een klinische uitdaging om onderliggend coronairlijden in de spreekkamer uit te sluiten. De huisartsen verwijzen om deze vraag te kunnen beantwoorden voor een cardiologisch nazicht. De cardioloog zal naast de anamnese, risicostratificatie en echocardiografie

Ook asymptomatische patiënten, bijvoorbeeld patiënten met verhoogd cardiovasculair risicoprofiel of patiënten met belast familiair voorkomen van cardiale aandoeningen, vragen geregeld of ze wel of niet aan een hartziekte lijden of hoe hoog hun kans op coronairlijden is. Het risico wordt door de huisarts of cardioloog in kaart gebracht aan de hand van

Sinds begin jaren 90 is het mogelijk om met een CT-scan de coronairen in kaart te brengen en de coronaire calcificaties te kwantificeren. Met de zogenoemde calciumscore (Ca-score) kan de mate van coronaire calcificaties bij een

patiënt vastgesteld en vergeleken worden met die van andere patiënten van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht.

Calciumscore

De CT-Ca-score heeft een hoge negatief voorspellende waarde, mits een goede voorbereiding, betreft een relatief snel uitvoerbare scan en heeft een relatief lage stralingsbelasting (zie artikel radiologie). Hierdoor worden we in de klinische praktijk in toenemende mate geconfronteerd met uitslagen van dit onderzoek.

Een calciumscore van 0 betekent dus simpelweg dat er geen coronaire calcificaties zijn (Agatston-score). In combinatie met een negatief functioneel onderzoek, zoals fietsergometrie, zou men kunnen aannemen dat prognostisch belangrijk coronairlijden uitgesloten is. Het is belangrijk om te beseffen dat calcificatie het laatste stadium van atherosclerose is. De afwezigheid van calcium staat dus niet gelijk met afwezigheid van atherosclerose. Denk hierbij aan jongere patiënten. Die zullen vaker een vroege vorm van atherosclerose hebben, met voornamelijk niet-gecalcificeerde plaques die middels de CT-Ca-score niet opgespoord worden.

Ernst van stenose

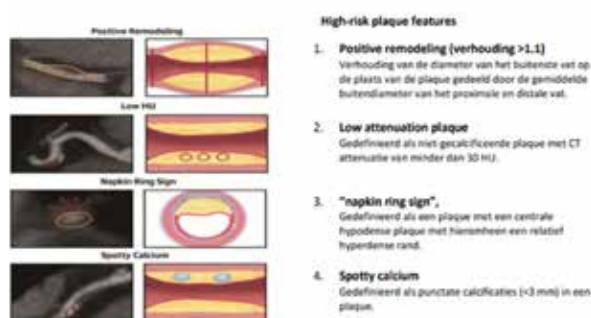
Voor de gradatie van de stenose-ernst wordt een classificatiesysteem voorgesteld door *The Society of Cardiovascular Computed Tomography*. CAD-RADS-categorieën zijn dus afhankelijk van de ernst van de stenosen. Ze variëren van CAD-RADS 0 (afwezigheid van atherosclerose) tot CAD-RADS 5 (aanwezigheid van ten minste 1 totale occlusie).

Tabel: CAD-RADS-categorieën (Bron: vertaald vanuit Cury 2022)

Score	Stenose	Interpretatie	Vervolgonderzoek
0	0%	Geen coronairlijden	Geen
1	1-24%	Minimale stenose	Geen
2	25-49%	Milde stenose	Geen
3	50-69%	Intermediaire stenose	Overweeg functionele beeldvorming / ischemie-detectie
4A	Eén of twee vaten 70-99%	Ernstige stenose	Overweeg CAG of functionele beeldvorming / ischemie-detectie
4B	Hoofdstam stenose >50% of in drie vaten stenosen ≥70%	Ernstige stenose	CAG
5	100%	Chronische totale occlusie	Overweeg CAG, functionele beeldvorming / ischemie-detectie of <i>viability imaging</i> middels MRI
N	Niet-diagnostische studie	Obstructief coronairlijden kan niet worden uitgesloten	Aanvullende/ alternatieve beeldvorming kan noodzakelijk zijn

Modifiers

Er worden meerdere *modifiers* in het CT-verslag opgenomen. Maar gezien de klinische impact gaan we nader in op de aanwezigheid van hoogrisicoplaque-kenmerken (HRP), de zogenaamde plaque-vulnerabiliteit. De CT-HRP-kenmerken worden beschreven in figuur 1. De aanwezigheid van HRP-kenmerken (≥ 2) verhoogt het risico op acuut coronair syndroom en de kans op cardiovasculaire events, onafhankelijk van de Ca-score en ernst van de stenose. Dit is belangrijk voor de interpretatie van de resultaten en de daaruit voortvloeiende behandeling.



Figuur 1: High-risk plaque features (Bron: Puchner 2014)

Herstratificering en behandelconsequenties in de praktijk

Het belangrijkste resultaat van deze nieuwe gestandaardiseerde vorm van verslaglegging is misschien wel dat op basis van de HRP-kenmerken (vulnerabiliteit), dus los van de Ca-score en stenose-ernst (CAD-RADS), een groot deel van de patiënten met een intermediair risico, bij wie de beslissing tot het beginnen met medicamenteuze behandeling lastig is, opnieuw geclassificeerd kon worden naar een laag- of hoogrisicogroep, waarvoor de te volgen behandelingsstrategie duidelijker is omschreven. De huidige richtlijnen rechtvaardigen het gebruik van de Ca-score mede de aanwezigheid van plaque-vulnerabiliteit dan ook juist bij patiënten met een intermediair risico.

Dus, ongeacht de klinische setting (acuut of stabiele 'pijn op de borst'-klachten), impliceert de aanwezigheid van HRP-kenmerken (≥ 2 kenmerken) dat we bij deze patiëntengroep strengere cardiovasculaire preventiemaatregelen moeten toepassen.

Deze adviezen zijn als gevolg gedefinieerd: rookstop, target LDL <55mg/dL, target BD <130/80mmHg, gewichtsreductie (target BMI <25kg/m²), indien DM: target HbA1c <7%, dagelijks minstens 30 minuten matige fysieke inspanning en laagdrempelig starten van aspirine.



Astma bronchiale

Dr. Katrien Morias, pneumoloog

De luchtwegen worden klassiek opgedeeld in de bovenste en de onderste luchtwegen en behoren respectievelijk tot het domein van de NKO-arts en de pneumoloog. Toch worden ze stilaan steeds meer beschouwd als eenzelfde morfologische en functionele entiteit ('united airway'-concept). Er is logischerwijze dan ook een bepaalde graad van overlap aanwezig in de pathofysiologie van hun bijbehorende ziektebeelden.

Allergische rhinitis (AR), chronische rhinosinusitis (CRS) en astma kunnen voorkomen als unieke ziektebeelden, maar komen in de praktijk vaak voor als co-existerende aandoeningen. Naar schatting is de prevalentie van AR in astma 30-70% en van astma in AR 10-40%. De prevalentie van CRS in astma ligt tussen 20-40% en van astma in CRS rond 50%.

Astma

Astma bronchiale is een aandoening die gekarakteriseerd wordt door chronische luchtweginflammatie.

Het is een erg heterogene ziekte met significante verschillen in zowel fenotype (patiëntkarakteristieken, triggers) als endotype (immunopathogenese op cellulair niveau). De klassieke symptomen zijn dyspnee, thoracale benauwdheid, *wheezing* en hoesten. De klachten variëren in tijd en intensiteit en worden vaak getriggerd door inspanning, allergeen- of irritantiablootstelling, weersveranderingen of respiratoire infecties. Er zijn wereldwijd 300 à 400 miljoen patiënten die aan astma lijden. Binnen deze patiëntenpopulatie heeft naar schatting 3% tot 10% een ernstig astma.

De 2 hoofddoelen van een astma-behandeling zijn symptoomcontrole en reductie van het exacerbatierisico. Het toepassen van levenshygiënische maatregelen, met onder meer het mijden van allergische triggers, is belangrijk (bv. maximale huisstofmijthygiëne, verwijderen van kat binnenshuis ...). Geassocieerde comorbiditeiten, zoals chronische rhinosinusitis en allergische rhinitis, moeten ook optimaal behandeld worden. De medicamenteuze hoeksteen in de behandeling van astma is het gebruik van inhalatiecorticoiden (ICS). In de GINA-richtlijn is er een stappenplan uitgewerkt, waarbij de dosis ICS-LABA

stelselmatig opgedreven wordt en er in de laatste stap nog een LAMA geassocieerd kan worden. Als er ondanks maximale inhalatietherapie nog steeds ongecontroleerde klachten zijn, kan de opstart van een *biological* overwogen worden.

Biologicals in astma

De huidige beschikbare *biologicals* werken enkel in op eiwitten van de type 2-inflammatie. Dit impliceert dat enkel patiënten met een type 2-astma (allergisch astma en eosinofiel niet-allergisch astma) in aanmerking komen voor een behandeling met een *biological*. Er zijn momenteel 5 *biologicals* goedgekeurd en terugbetaald voor deze indicatie: Xolair® (omalizumab, werkt op IgE), Nucala® (mepolizumab, werkt op IL-5), Cinqaero® (reslizumab, werkt op IL-5), Fasenra® (benralizumab, werkt op IL-5-receptor) en Dupixent® (dupilumab, werkt op IL-4- receptor).

Patiënten met een non-type 2-astma (neutrofiel astma en paucigranulocytair astma) komen dus niet in aanmerking en kunnen tot op heden niet behandeld worden met een *biological*. Er is voor deze patiëntengroep wel toekomstperspectief door de recente komst van Tezpire® (tezepelumab). Dit product werkt in op een eiwit van de non-type 2-inflammatie en wordt sinds 1 december 2023 ook in België terugbetaald.

De keuze van de *biological* kan soms uitdagend zijn, zeker omdat er geen formele richtlijnen beschikbaar zijn. De selectie gebeurt individueel, op basis van het persoonlijke biomarkerprofiel en de geassocieerde comorbiditeiten (bv. CRSwNP, atopische dermatitis ...). Zo zal er voor een patiënt met enkel een eosinofiel astma vaak gekozen worden voor Fasenra® en voor een patiënt met hetzelfde astma én CRSwNP meestal voor Nucala®. Bovendien leggen de Belgische terugbetalingscriteria bijkomende voorwaarden op alvorens een *biological* voorgeschreven kan worden. Die verschillen van *biological* tot *biological* en omvatten onder andere longfunctionele waarden (FEV1,

FeNO), biochemie (eosinofilie, IgE), allergietesten (huidtest, RAST), inname van orale steroïden en aanwezigheid van spoedpresentaties of hospitalisaties.

De resultaten van add-on-therapie met een *biological* zijn erg positief. Enerzijds is er een duidelijk klinisch effect, met verbetering van de ACT-score en uitblijven van exacerbaties met noodzaak aan steroïden, anderzijds is er ook longfunctionele verbetering waarneembaar. Patiënten kunnen de inhalatiemedicatie hierdoor vaak afbouwen, al blijft een basisbehandeling met minstens een intermediaire dosis ICS wel steeds geïndiceerd.



Bronnen

1. GINA. Difficult-to-treat & severe asthma in adolescent and adult patients. A GINA pocket Guide for health professionals. 2019; 1-39.
2. Brusselle G, Koppelman G. Biologic therapies for severe asthma. NEJM. Jan 2022.
3. Busse W et al. Biological treatments for severe asthma: A major advance in asthma care. Allergy International. 2019; 158-166.
4. Bachert et al. The unified airway Hypothesis: evidence from specific intervention with anti-IL 5 biologic therapy. JACI. Sept 2023.

**Allergische
rhinitis, chronische
rhinosinusitis en
astma komen in de
praktijk vaak voor
als co-existerende
aandoeningen.**

ICS = inhalatiecorticoiden
LABA = long acting beta agonist
LAMA = long acting muscarine antagonist

Aanpak van chronische sinusitis met poliepen en allergische rhinitis

Dr. Kristien Sleurs,
NKO-arts



Studies hebben aangetoond dat bij 84% van de patiënten allergische symptomen onder controle zijn na immunotherapie.

Chronische sinusitis met neuspoliepen

Chronische sinusitis met neuspoliepen is een veelvoorkomende ziekte (1-2% van de Europese bevolking) met ernstige impact op de levenskwaliteit. Neuspoliepen zijn goedaardige zwellingen van het sinusslijmvlies, die kunnen uitzakken tot in de neusholte. De belangrijkste klachten zijn neusverstopping en reukverlies. Daarnaast kunnen patiënten last hebben van een vol gevoel in de neus, druk rond de ogen, hoofdpijn en neusloop. Chronische sinusitis met neuspoliepen wordt gekenmerkt door een type 2-ontstekingsreactie, zoals die ook voorkomt bij astma, allergie en NSAID-intolerantie. Bijgevolg hebben patiënten met neuspoliepen vaak astma en vaker ernstiger astma dan patiënten zonder neuspoliepen. Daarom is een multidisciplinaire aanpak samen met de longarts van groot belang.

De diagnose van neuspoliepen wordt gesteld door een neusendoscopie op de raadpleging NKO, eventueel aangevuld met een CT van de sinussen.

De behandeling bestaat in eerste instantie uit dagelijkse neusspoelingen met een zoutoplossing en neussprays op basis van corticosteroïden. Bij ernstige klachten kunnen ook korte kuren van orale corticosteroïden voorgeschreven worden. Wanneer een medicamenteuze behandeling onvoldoende effectief is, wordt er overgegaan naar functionele endoscopische sinuschirurgie (FESS). FESS heeft als doel de poliepen te verwijderen en de sinussen te openen. Zo kunnen neusspoelingen en neussprays beter het zieke slijmvlies van de sinussen bereiken na een sinusingreep. Helaas keren bij sommigen patiënten neuspoliepen terug na chirurgie. Deze patiënten kunnen geholpen worden met een revisie-FESS-ingreep en/of *biologicals*.

Biologicals

Biologicals worden al langer gebruikt voor ernstig allergisch astma, atopische dermatitis en urticaria. Maar sinds kort zijn *biologicals* ook goedgekeurd voor patiënten met ernstige, ongecontroleerde chronische sinusitis met neuspoliepen. In België worden 2 *biologicals* terugbetaald:

omalizumab of Xolair® (anti-IgE) en mepolizumab of Nucala® (anti-IL-5). Ze grijpen in op de onderliggende type 2-ontstekingsreactie, die een belangrijke rol speelt in het ontstaan van neuspoliepen en bijbehorende klachten.



Studies hebben aangetoond dat biologicals een gunstig effect hebben op het verkleinen van neuspoliepen, het verminderen van neusverstopplingklachten en het verbeteren van reukzin.

Ze verhogen de levenskwaliteit en reduceren de ernst van comorbiditeiten zoals astma. Patiënten kunnen in aanmerking komen voor *biologicals* als ze voldoen aan minstens 3 van de volgende 5 criteria: evidentie voor type 2-inflammatie, nood aan systemische corticosteroïden of een contra-indicatie hiervoor, significant verminderde levenskwaliteit, significant reukverlies en/of astma als comorbiditeit. *Biologicals* worden voorgeschreven door de NKO-arts, eventueel in overleg met de longarts.

Allergische rhinitis

Allergische neus- en oogklachten komen voor bij 20 tot 30% van de Belgische bevolking. Veelvoorkomende

klachten zijn neusverstopping, neusloop, tranende ogen, niezen en jeuk in de neus en de ogen. De diagnose wordt gesteld via huidpriktesten op de onderarm of via een bloedafname. De behandeling is gericht op 3 belangrijke pijlers. Ten eerste wordt vermijden van contact met het allergeen aangeraden. Ten tweede wordt antiallergische medicatie voorgeschreven, zoals een oraal antihistaminicum en corticosteroïden-neussprays. Ten derde wordt immunotherapie overwogen bij patiënten die veel klachten hebben ondanks antiallergische medicatie of patiënten die een langdurige oplossing willen.

Immunotherapie

Immunotherapie voor allergische rhinitis, ook wel allergievaccinatie of desensibilisatie genoemd, heeft als doel de gevoeligheid voor een specifiek allergeen te verminderen. Zo wordt het allergeen beter verdragen door het immuunsysteem en lukt het geen heftige allergische reactie uit. Studies hebben aangetoond dat bij 84% van de patiënten allergische symptomen onder controle zijn na immunotherapie en hun levenskwaliteit aanzienlijk verbetert. Klassieke antiallergische medicatie kan meestal afgebouwd of zelfs gestopt worden.

Immunotherapie bestaat in 2 vormen: subcutaan (injecties) en sublinguaal (tabletten of druppels). Subcutane injecties worden maandelijks door

de huisarts of NKO-arts toegediend. Sublinguale tabletjes of druppels worden dagelijks door de patiënt thuis ingenomen. De behandeling wordt bij voorkeur minstens 4 maanden voor het allergieseizoen opgestart en voor langdurig effect 3 tot 5 jaar volgehouden. In België wordt sinds 2022 sublinguale immunotherapie voor huisstofmijt (Acarizax®) terugbetaald bij patiënten met ongecontroleerd allergisch astma. Sublinguale immunotherapie voor gras- en boompollen en subcutane immunotherapie worden momenteel niet terugbetaald in België, maar kunnen in overleg met de NKO-arts wel opgestart worden.

Bronnen

- Fokkens WJ, Lund V, Bachert C, Hellings PW et al. EUFORA consensus on biologics for CRSwNP with or without asthma. *Allergy*. 2019 Dec.
- Han JK, Bachert C, Fokkens W, Hopkins C et al. SYNAPSE study investigators. Mepolizumab for chronic rhinosinusitis with nasal polyps (SYNAPSE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Respir Med*. 2021 Oct.
- Fokkens WJ, Viskens AS, Backer V, Hellings PW et al. EPOS/EUFORA update on indication and evaluation of Biologics in Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps 2023. *Rhinology*. 2023 Jun.
- Hellings PW, Pugin B, Mariën G, Seys SF et al. Stepwise approach towards adoption of allergen immunotherapy for allergic rhinitis and asthma patients in daily practice in Belgium: a BelSACI-Abeforcal-EUFORA statement. *Clin Transl Allergy*. 2019 Feb.
- Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Muraro A et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018 Apr.



Orthognatische chirurgie door middel van osteotomie van de kaakbeenderen

*Dr. Lieselotte De Bruyn, mond-,
kaak- en aangezichtschirurg*



Afwijkingen in de stand van de tanden en kaak kunnen met behulp van een operatie gecorrigeerd worden. De behandeling vindt steeds plaats in samenwerking met de orthodontist.

Dr. Lieselotte De Bruyn (1990) studeerde geneeskunde aan de UHasselt en de KU Leuven en volgde daarna de opleiding tandheelkunde aan de KU Leuven. In 2018 startte ze de specialisatie mond-, kaak- en aangezichtschirurgie aan de KU Leuven. Vervolgens zette ze haar opleiding verder in AZ Nikolaas (Sint-Niklaas), Nooderhart (Pelt) en de laatste 2 jaar in AZ Sint-Jan (Brugge) onder leiding van prof. dr. Swennen.

Ze heeft bijzondere interesse in de orthognatische en preprothetische chirurgie en in de dermatochirurgie. Daarnaast ontwikkelde ze expertise in 3D-planning en minimaal invasieve chirurgie. Sinds september 2022 versterkt dr. De Bruyn het team van dr. Struelens en dr. Gacoms op de dienst mond-, kaak- en aangezichtschirurgie. Die richt zich op dento-alveolaire chirurgie, orale pathologie, preprothetische chirurgie, implantologie, traumatologie, speekselklierpathologie en dermatochirurgie.

Wat is MKA?

Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie betreft

- Afwijkingen aan tanden, het tandvlees en slijmvliezen
- Preprothetische chirurgie en implantologie
- Aangeboren afwijkingen in hoofd- en halsgebied, zoals lip-, kaak- en verhemeltespleten en halscysten

- Oncologie in het hoofd- en halsgebied
- Dermatochirurgie van het gelaat
- Traumatologie van de kaken en het aangezicht
- Aandoeningen van de speekselklieren
- Esthetische aangezichtschirurgie
- Orthognatische chirurgie: correctie van malocclusie en afwijkende kaakstand
- Pathologie van het kaakgewricht

Het woord orthognatisch komt van het Griekse woord 'orthos', wat 'recht' betekent, en 'gnatho', wat 'kaak' betekent. Orthognatische chirurgie bestaat uit de heilkundige verplaatsing van de verschillende beenderen van het skelet van het aangezicht. Het doel is het herstel van de anatomische en functionele verhoudingen van het aangezicht en correctie van de beet. Afwijkingen in de stand van de tanden worden vaak veroorzaakt door een onderliggende afwijkende verhouding van de kaken. De behandeling vindt dan ook steeds plaats in samenwerking met de orthodontist. Deze ingreep wordt in de eerste plaats uitgevoerd om medische en functionele redenen.

Een osteotomie betekent letterlijk 'het bot doorsnijden'. Met een osteotomie wordt de stand van het bot veranderd. Een osteotomie van de kaken is geen esthetische ingreep, maar brengt wel vaak een harmonisatie van het gelaat met zich mee. Bij een onregelmatige kaak- en tandstand kunnen de normale kaakfuncties in het gedrang komen. De meest voorkomende klachten zijn pijn aan de kaakgewrichten, verminderde kauwfunctie, beperkte mondopening, moeilijkheden met de mondhygiëne, sliklast en spraakproblemen, vroegtijdig tandverlies door overbelasting en een vernauwde bovenste luchtweg met OSAS.

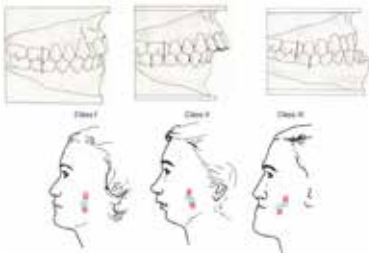
Orthognathische chirurgie herstelt de anatomische en functionele verhoudingen van het aangezicht en corrigeert de beet.



Indicaties

Er zijn tal van beperkingen die een indicatie vormen voor orthognathische heelkunde.

- Asymmetrie: scheefstand van het aangezicht, de boven- en/of onderkaak
- Voorachterwaartse afwijkingen in kaakstand (Angle-classificatie):
 - **Angle-klasse I:** normale verhouding tussen boven- en onderkaak
 - **Angle-klasse II:** onderkaak te klein en/of bovenkaak te groot
 - **Angle-klasse III:** onderkaak te groot en/of bovenkaak te klein



- Verticale afwijkingen:
 - Diepe beet
 - Open beet, waarbij de voorste snijtanden van de onder- en bovenkaak elkaar niet raken
 - Excessieve verticale groei van de bovenkaak, resulterend in een overmatige blootstelling van tandvlees bij het lachen (*gummy smile*)
- Transversale afwijkingen, zoals een te smalle boven- of onderkaak
- Slaapproblematiek (= obstructief slaapapneusyndroom)

Behandeltraject

Meestal ziet een behandeltraject eruit als volgt:

1. Eerste consultatie(s) bij de orthodontist en/of kaakchirurg
2. Voorbereidende chirurgische ingrepen (indien nodig), zoals:
 - a. Wijsheidstanden verwijderen (6 maanden voor de ingreep)
 - b. Verbreding van de boven- en/of onderkaak (bv. TPD)
 - c. Plaatsen van botankers
3. Voorbereidende behandeling door de orthodontist ($\pm 1,5$ jaar)
4. Operatie bij de kaakchirurg
5. Afwerking door de orthodontist (± 6 maanden)

Voorbereiding en planning

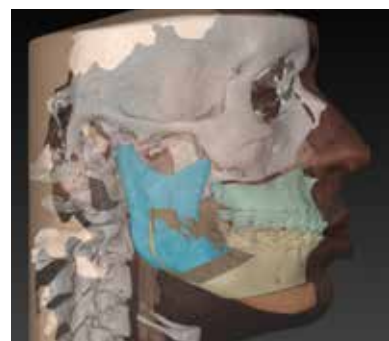
Een osteotomie van de kaakbeenderen vereist een uitgebreide planning in nauwe samenwerking met de orthodontist. De voorbereiding bestaat uit het klinisch onderzoek met opmeting van het gelaat, de intra-orale scan met modelanalyse van de tandenbogen, klinische foto's van het aangezicht en radiologisch onderzoek van het aangezichtsskelet met CBCT. Op basis van deze informatie worden een 3D-planning en analyse gemaakt. Zo krijgt de chirurg een nauwkeurig inzicht in de relatie tussen de weke delen, de kaken en de stand van de tanden. Hierna wordt een zorgvuldige 3D-simulatie van de ingreep uitgevoerd, met als doel een optimaal functioneel en esthetisch resultaat.

Ingreep

De gewenste eindstand van de tanden en kaak wordt tijdens de ingreep overgebracht aan de hand van de wafer (een soort beetplaatje), zodat de voorbereidingen vertaald kunnen worden naar de situatie in de mond. De operatie vindt volledig via de mond plaats, er worden geen incisies aan de buitenkant van het gezicht gemaakt. De kaken worden gefixeerd in de gewenste positie met plaatjes en schroeven. De ingreep wordt uitgevoerd onder algemene narcose. Hiervoor wordt een korte opname van ongeveer 2 dagen voorzien.

Als de bovenkaak te smal is, kan een bovenkaakverbreding met plaatsing van een TPD-apparaat nodig zijn. Een te smalle bovenkaak kan leiden tot plaatsgebrek voor de tanden, een gestoorde beet en/of mondademhaling. De bovenkaakverbreding heeft als doel het bot in de bovenkaak op verschillende plaatsen te verzwakken, zodat de orthodontische behandeling verdergezet kan worden. Na de ingreep neemt het bot terug zijn normale sterkte aan.

Zoals eerder vermeld, kan orthognathische chirurgie ook een belangrijke rol spelen in de behandeling van obstructief slaapapneusyndroom. Hierbij treedt er tijdens het slapen een ademstilstand op door vernauwing van de bovenste luchtweg. Deze patiënten snurken niet alleen, maar hebben vaak ook last van vermoeidheid en concentratiestoornissen. Tijdens de chirurgische ingreep worden de kaken voorwaarts verplaatst om het volume van de bovenste luchtweg significant te vergroten.



Mogelijke onderwerpen voor LOK-vergaderingen

Abdominale heilkunde

- Proctologie: anale pathologie (abces, hemorroïden, fistels, fissuren, sinus pilonidalis ...). Wat kan je als huisarts doen? Wat stuur je beter door? Wat zijn de nieuwe trends?
- Liesbreuken: wanneer opereren, welke operaties (Lichtenstein/open, laparoscopisch (TAPP vs. TEP)), toelichting over robotchirurgie, opvolging, recidieven ...
- Obesitas: het Obesitascentrum, het traject en medicamenteuze behandeling (bv. Ozempic)

Meer info?

Contacteer dr. Evelien Berkman
via evelien.berkmans@sfz.be.

Geriatric

- Gangstoornissen, valkliniek en osteoporose
- Dementie
- Werking van een geriatrisch daghospitaal
- CVA

Meer info?

Contacteer dr. Michel Schellemans
via michel.schellemans@sfz.be.

Pijnkliniek

- Pijnkliniek SFZ anno 2024

Meer info?

Contacteer dr. Christine Lescrenier
via christine.lescrenier@sfz.be.

Gynaecologie

- Toelichting zorgpad laagrisicozwangerschap
Dr. Thaens
- Infecties bij zwangerschap
Dr. Beckers
- Behandeling van de borstkankerpatiënt: wie en waar?
Dr. Beckers
- Multidisciplinair psychosociaal overleg voor zwangeren
Dr. Beckers
- HPV: toekomstperspectief, screening en vaccinaties
Dr. Maesele
- Update anticonceptie
Dr. Maesele en dr. Reynders

Meer info?

Contacteer de betreffende gynaecoloog:

Dr. Anke Thaens
anke.thaens@sfz.be

Dr. Els Beckers
els.beckers@sfz.be

Dr. Nele Maesele
nele.maesele@sfz.be

Dr. Anneleen Reynders
anneleen.reynders@sfz.be

Longziekten

Wil je een uiteenzetting over een specifiek onderwerp rond longziekten?

Contacteer dr. Rudolf Van Puijbroek via rudolf.vanpujbroek@sfz.be.

Medische beeldvorming

- MRI in de (huisartsen)praktijk
- Need-to-knows, nice-to-knows en enkele praktische tips rond MRI
- Wat willen klinici weten van de radioloog en wat willen radiologen weten van de clinicus?
- Wat met protheses, pacemakers, contrastallergie, claustrofobie en borstvoeding?

Meer info?

Contacteer dr. Pieter Meersman
via pieter.meersman@sfz.be.

Oogziekten

- Rode ogen
- Oogheelkunde in de huisartsenpraktijk

Meer info?

Contacteer dr. Andreas Aerts
via andreas.aerts@sfz.be.

Seksuologie

- Seks ter sprake brengen in de huisartsenpraktijk
- HIV- & SOA-screening in de huisartsenpraktijk
- Seksualiteit voor, tijdens en na de zwangerschap
- Mannelijke seksuele problemen
- Vrouwelijke seksuele problemen

Meer info?

Contacteer Sam Geuens
via sam.geuens@sfz.be.



Symposia 2024 save the date

Inflammatory Bowel Disease (IBD)

ZATERDAG 27 JANUARI VAN 9.00 TOT 12.30 UUR

Vroegtijdige zorgplanning

DONDERDAG 7 MAART VAN 20.00 TOT 22.00 UUR

Wil je op de hoogte blijven van symposia en netwerkmomenten van SFZ?

Schrijf je in op de mailinglijst via www.sfz.be/symposia.

Nieuwe artsen

Om de medische teams van SFZ te versterken, verwelkomen we enkele nieuwe artsen.
We stellen hen graag kort aan je voor.



Dr. Lisa van Beusichem
Neurologie

Sinds 1 september versterkt dr. Lisa van Beusichem het team van neurologen in SFZ. Ze genoot haar opleiding tot neuroloog in Maastricht. Daarna werkte ze als neuroloog in Zuyderland in Sittard. Naast ervaring in de algemene neurologie heeft dr. van Beusichem specifieke expertise op het vlak van hoofdpijn en cognitieve stoornissen. Ze legt ook graag de nadruk op patiëntgerichte zorg en een persoonlijke manier van werken.



Dr. Evelien Berkman
Abdominale heelkunde

Op 1 augustus startte dr. Evelien Berkman als abdominaal chirurg bij SFZ. Ze studeerde geneeskunde aan de UHasselt en vervolgens aan de Universiteit Antwerpen, waar ze in 2017 promoveerde als arts. Aansluitend startte ze haar specialisatie in de algemene en abdominale heelkunde. Als arts-specialist in opleiding werkte ze in ZNA Jan Palfijn in Merksem, AZ Sint-Dimpna in Geel, GZA in Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen. Ze focust zich voornamelijk op minimaal invasieve technieken zoals laparoscopie en robotchirurgie, met bijzondere interesse in obesitaschirurgie, bekkenbodembchirurgie en colonchirurgie van tumorale en inflammatoire darmaandoeningen.



Dr. Pieter Meersman
Radiologie

Dr. Pieter Meersman is afkomstig uit Hasselt. Na zijn bacheloropleiding aan de UHasselt volgde hij zijn masteropleiding aan de Universiteit Antwerpen, waar hij in 2018 met grote onderscheiding afstudeerde als arts. Hij volgde zijn opleiding tot algemeen radioloog in het Heilig-Hartziekenhuis in Lier en het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen. Tijdens zijn assistentschap ontwikkelde hij een bijzondere interesse in cardiovasculaire beeldvorming, door dr. Rodrigo Salgado. Zijn andere interessegebieden zijn thoracale en abdominale beeldvorming. Dr. Meersman heeft ook een persoonlijke passie voor technologie en informatica, wat van pas komt als radioloog. Hij woont sinds kort terug in Hasselt en versterkt het team radiologie sinds 1 oktober 2023.



Dr. Kristien Sleurs
NKO

Op 16 augustus startte neus-, keel- en oorarts dr. Kristien Sleurs bij SFZ. Ze behaalde haar master in de geneeskunde en specialisatie neus-, keel- en oorziekten en gelaats- en halschirurgie aan de KU Leuven. Als NKO-assistent werkte ze in het ZOL in Genk, Zuyderland in Heerlen en UZ Gasthuisberg in Leuven. Dr. Sleurs heeft bijzondere interesse in de rhinologie, met name sinuschirurgie, esthetische neuschirurgie en allergologie. Ze zal verder ervaring opdoen als consulente rhinologie in het UZ Leuven, onder begeleiding van prof. Mark Jorissen en prof. Laura Van Gerven.



Dr. Brecht Jacobs
Urologie

Sinds 1 september versterkt dr. Brecht Jacobs het urologische team van SFZ. Hij voltooide zijn opleiding geneeskunde en zijn opleiding tot uroloog met grote onderscheiding aan de KU Leuven. Daarnaast behaalde hij de Europese onderscheiding van *Fellow of the European Board of Urology* (FEBU). Tijdens zijn assistentschap deed hij kennis en vaardigheden op in SFZ en in Zuyderland in Heerlen en Sittard. Zijn laatste jaar als assistent urologie volbracht hij in het UZ Leuven, onder de deskundige supervisie van prof. dr. Van der Aa. Zijn professionele focus ligt op algemene urologie, met een bijzondere nadruk op oncologische urologie. Om zijn vaardigheden op dit gebied te verfijnen, doorloopt hij een deeltijds fellowship onder supervisie van prof. dr. Decaestecker in het AZ Maria Middelaars in Gent. Hier specialiseert hij zich in robot-geassisteerde blaasgrepen, inclusief vervangblaasprocedures.



Dr. Nico Hustings
Radiologie

Sinds 1 augustus maakt dr. Nico Hustings deel uit van het team van radiologen van SFZ. Hij voltooide zijn master in de geneeskunde in 2018 aan de KU Leuven. Daarna specialiseerde hij zich in de radiologie, eerst in het Sint-Lucas Ziekenhuis in Gent en later in het UZ Leuven, onder begeleiding van prof. dr. Oyen en prof. dr. Demaerel. In 2022 behaalde hij het Europese Diploma in Radiologie.



Dr. Helena Pilate
Gastro-enterologie

Op 1 oktober startte dr. Helena Pilate als gastro-enteroloog bij SFZ. Ze volgde haar opleiding geneeskunde aan de KU Leuven en haar opleiding tot gastro-enteroloog in Maastricht en Heerlen. Nadien werkte ze 4 jaar als gastro-enteroloog in het ziekenhuis van Geel. Haar aandachtsgebieden zijn inflammatoire darmziekten (colitis ulcerosa en ziekte van Crohn), endoscopie en functionele maag-darmziekten.



Dr. Inge Custers
Reumatologie

In het voorjaar startte dr. Inge Custers als reumatoloog bij SFZ. Ze studeerde eerst biologie aan de UHasselt en de Universiteit Antwerpen. Daarna deden haar nieuwsgierigheid naar wetenschap en interesse in het menselijk lichaam haar beslissen om geneeskunde te studeren. In 2014 behaalde ze haar artsdiploma aan Maastricht University. Haar opleiding tot reumatoloog volbracht ze grotendeels in het MUMC+ in Maastricht en in het Universitair Centrum in Leuven. Haar aandachtsgebieden zijn reumatoïde artritis, spondylarthropathieën, zoals de ziekte van Bechterew en artritis psoriatica, jicht en systeemziekten, zoals systemische lupus erythematosus, de ziekte van Sjögren en systemische sclerose.

Hij ontving zijn erkenning als radioloog in augustus 2023. Dr. Hustings is een allround radioloog met bijzondere expertise in cardiale, thoracale en musculoskeletale beeldvorming. Zijn masterproef vergeleek de maceratiescore van foetale hersenen op postmortem-MRI met conventionele autopsie. De resultaten van de studie werden gepubliceerd in *Pediatric Radiology*.



SFZ start met grondige renovatie van verloskwartier binnen totaalproject

Het Sint-Franciscusziekenhuis start begin 2024 met een totaalproject om zich voor te bereiden op de zorgnoden van de toekomst. De eerste stap is de volledige verbouwing van het verloskwartier. Daarna volgt de bouw van een bijkomende ziekenhuisvleugel. Op deze manier kunnen we patiënten de best mogelijke totaalzorg blijven bieden, dicht bij hun vertrouwde omgeving.

Inspelen op de zorgnoden van de toekomst

SFZ staat voor 'zorg aan jouw zijde'. Daarmee willen we steeds de beste zorgen bieden aan onze patiënten, zo dicht mogelijk bij hun vertrouwde omgeving. Om in te spelen op de veranderende zorgnoden dienden we in 2019 een aanvraag in bij de Vlaamse overheid voor de verbouwing van het verouderde verloskwartier en de bouw van een bijkomende ziekenhuisvleugel. Na de goedkeuring van de Vlaamse overheid in 2021 als een precair bouwdoosier en het doorlopen van de procedure voor het toewijzen van een aannemer kunnen de werken nu beginnen.

Maximale aandacht voor aanstaande mama's

In de eerste helft van 2024 bouwen we 5 nieuwe verloskamers binnen het huidige

verloskwartier. Elke verloskamer wordt een ruimte met een rustige sfeer en alle faciliteiten voor aanstaande ouders om van bij aankomst in het ziekenhuis tot net na de bevalling ongestoord te kunnen verblijven. Na de verbouwing zullen alle verloskamers beschikken over veel natuurlijke lichtinval, de mogelijkheid om met sfeerverlichting te werken en om eigen rustige muziek af te spelen.

Daarnaast heeft elke kamer een ontspannings- of bevallingsbad, een hangtouw en een zitbal om aanstaande mama's zoveel mogelijk te ondersteunen, te laten bewegen en verschillende houdingen te laten toepassen tijdens de arbeid. We voorzien ook in elke kamer een extra bed, zodat de partner comfortabel kan blijven overnachten, en een aparte sanitaire cel met douche, toilet en lavabo.

Verder is er in de nieuwe verloskamers een voorbereidingszone in functie van de bevalling en zijn alle materialen om de bevalling vlot te laten verlopen voorradig. De verloskamers zijn ook uitgerust met de nodige voorzieningen om na de bevalling de eerste zorgen toe te dienen aan het pasgeboren kindje (weegschaal, meetlat, verwarmingslamp ...). Zo kan het kindje op de kamer bij de ouder(s) blijven tijdens deze zorgen.

Bij vroeggeboorte of problemen tijdens de bevalling beschikt de vroedvrouw over een zorgvuldig uitgeruste ruimte met reanimatiemogelijkheid, in de onmiddellijke nabijheid van de verloskamers. Bij een keizersnede wordt de afstand van het verloskwartier tot aan de operatiezaal tot een minimum beperkt.

Zowel het team van gynaecologen als het ziekenhuis hechten er veel belang aan om elke bevalling zoveel mogelijk in samenspraak met het koppel te laten verlopen. Samen met de gynaecoloog en vroedvrouw worden er daarom op voorhand geboortewensen opgesteld. De nieuwe verloskamers geven alle mogelijkheden om daar maximaal rekening mee te houden. Natuurlijk kunnen aanstaande moeders ook nog altijd een eigen vroedvrouw of doula meebrengen, als ze dat willen.

Om de verbouwingen mogelijk te maken, verhuist het huidige verloskwartier eind dit jaar tijdelijk naar een andere

locatie in het ziekenhuis. Op deze tijdelijke verlosafdeling zijn dezelfde voorzieningen aanwezig als in de huidige verloskamers. Zo kunnen alle patiënten ook tijdens de verbouwingen de beste zorgen krijgen en zo comfortabel mogelijk bevallen. De ingebruikname van de nieuwe verloskamers is voorzien voor de zomer van 2024.

Nieuwe ziekenhuisvleugel met 5 verdiepingen

Op de plaats van de huidige psychiatrische afdeling komt een volledig nieuwe ziekenhuisvleugel. Die zal bestaan uit 5 verdiepingen die elk hun eigen invulling krijgen. Zo worden de semi-ondergrondse verdieping -1 en de gelijkvloerse verdieping de nieuwe psychiatrische afdeling. Daar is ruimte voor zowel dagbehandeling als een langer verblijf.

De eerste verdieping omvat een multifunctioneel dagziekenhuis. Dat speelt in op de stijgende nood aan kleine heelkundige ingrepen waarvoor de patiënt niet opgenomen hoeft te worden, zoals kleine chirurgische ingrepen, de pijnkliniek, een endoscopie ...

Op de tweede verdieping komt een nieuwe geriatrische afdeling. Door de toenemende vergrijzing is er namelijk ook een toenemende nood aan geriatrische zorg. Deze afdeling zal aansluiten op de bestaande geriatrische

afdeling en zo meer ruimte creëren voor kamers, dagbesteding en kinesithérapie voor deze patiënten.

Op de derde verdieping komt een oncologisch en inwendig dagziekenhuis. In deze nieuwe ruimte zetten we volop in op een huiselijke omgeving en een zo aangenaam mogelijke beleving voor de patiënt.

De bouw van deze nieuwe vleugel start na de verbouwing van het verloskwartier. In 2025-2026 wordt de vleugel in gebruik genomen. Naast de bouw- en verbouwwerken wordt ook de buitenruimte volledig heraangelegd, met aandacht voor ontharding en een groene omgeving. Zo zorgen we zowel binnen als buiten voor een *healing environment*.



Met de bouw- en verbouwwerken en de heraanleg van de buitenruimte zorgen we zowel binnen als buiten voor een *healing environment*.



Op de koffie bij Luc Beukenhout

Dr. Els Beckers

Sven Schepers en ikzelf maakten een afspraak met dr. Luc Beukenhout, de kapitein van onze afdeling gynaecologie, om samen terug te blikken op zijn loopbaan als gynaecoloog. Sven zorgde voor de koffiekoeken, Luc voor de koffie. Die was lekker. Anders dan de koffie van het ziekenhuis, die even rust en soms ook troost of energie brengt op een drukke werkdag of -nacht. Het was koffie die hoort bij een gezellige babbel. Een babbel over een lingeriewinkel, een leraar fysica, fertiliteit, het verschil tussen mannen en vrouwen, communicatie, de nood aan coaching, de kracht van mensen en linedancen.

Het was een heel fijn gesprek. Jammer dat Sven en ik het moesten afronden omdat de raadpleging ons terugriep naar de dagelijkse gynaecologenpraktijk. Dankjewel voor de koffie, Luc. Het ga je oprecht goed, kapitein!

Waarom heb je ervoor gekozen om je te specialiseren in de gynaecologie-verloskunde?

"De charme van de gynaecologie-verloskunde werd me duidelijk tijdens het coassistentchap: raadpleging, chirurgie, verloskunde en echografie. Een goede mix van praktische vaardigheden en wetenschappelijke inzichten."

Als je terugkijkt op je carrière, wat zijn dan de belangrijkste evoluties?

"De omschakeling van open chirurgie naar de operatieve laparoscopie, de grote evolutie in de ivf-behandeling met de komst van ICSI in 1993 en de terugbetaling van ivf in 2003, de omzetting van de analoge naar de digitale echografie en de toegankelijkheid van de echografie, de intrapartummonitoring via CTG en STAN. Al deze evoluties hebben geleid tot meer veiligheid en kwaliteit, maar ook tot de uitbouw van de subdisciplines en de groei van de associatie. De komst van het elektronisch medisch dossier, met de online beschikbaarheid van up-to-date, en de nieuwe polikliniek in SFZ betekenden een vooruitgang in werkqualiteit."

Wat zijn jouw verdiensten in de gynaecologenpraktijk van SFZ van vandaag?

"Ik heb veel voldoening gehaald uit de uitbouw van de non-ivf-fertiliteit, zowel de counseling als de behandeling. De samenwerking met dr. Ombelet van het ZOL was hierbij een absolute meerwaarde. Samenwerken over ziekenhuizen heen laat namelijk toe om te groeien in een subdiscipline."

Is er een casus of verhaal dat je het meest geraakt heeft als mens of gynaecoloog?

"Ik vond het fantastisch om vanop de eerste rij te ervaren hoe veerkrachtig vrouwen en mannen kunnen zijn. Als gynaecoloog zie je veel miserie, maar ook mensen die na een zware tegenslag terug rechtkrabbelen. Dat is mooi. Er zijn casussen die mij tot in het diepste geraakt hebben."

En kon je dat gevoel dan ergens kwijt?

"Niet echt. Ik kon bij collega's terecht, maar uiteindelijk was het altijd doorgaan en op je tanden bijten ... Intussen werken we met een vaste wacht en achterwacht,



wat toelaat om altijd met een collega te overleggen bij een moeilijke casus. Dat helpt. Maar het moet beter, voor onze jonge collega's, maar ook voor de verpleging. Preventie is een belangrijk aandachtspunt, je leren wapenen tegen moeilijke situaties. Daarnaast zou je, indien nodig, moeten kunnen rekenen op een coach die samen met jou een casus retrograad objectief kan bekijken, de emotionele verwerking van deze medische tegenslag op jouw medisch functioneren bevraagt en zo nodig gespecialiseerde begeleiding organiseert."

Heb je vrede met het afronden van je loopbaan?

"Ik had gepland om met pensioen te gaan in januari 2024. Maar door gezondheidsredenen werd ik gedwongen om mijn loopbaan vroeger te beëindigen. Tijdens de neurorevalidatie in Herk-de-Stad tekende ik voor mezelf een aantal doelstellingen uit: weer met de auto rijden, zelfredzaamheid in alle dagelijkse activiteiten, reizen voorbereiden, lezen, zeilen en linedancen. Elk van deze doelen kan ik afvinken. Dus ja, ik ben een tevreden mens."

Lees het volledige interview in de digitale versie van deze Intro.



Ik heb het belang van de dienst communicatie echt zien groeien in het ziekenhuis.

Afscheid van Diane Mombers

Op 1 augustus 2023 namen we afscheid van communicatieverantwoordelijke Diane Mombers. Na een carrière van meer dan 30 jaar is ze nu met pensioen, maar ze blijft wel nog actief op verschillende fronten. Hier lees je een stukje van het interview dat we met haar deden.



Communicatie, van de start van de dienst tot tal van initiatieven

De oorsprong van de dienst communicatie ligt in de periode 2005-2007. Onder stimulans van Erwin Bormans, toenmalig directeur, organiseerde Diane, samen met collega's van haast alle afdelingen en diensten, op 5 weken tijd een heuse opendeurdag. De dag werd een waanzinnig succes, met 2500 bezoekers en een apart event voor de huisartsen/ eerste lijn en familie van medewerkers. Hiermee werd de grondslag gelegd voor de communicatiedienst van SFZ. Vanaf toen voerde Diane ook steeds meer communicatietaken uit.

In de jaren daarna werd er een huisstijl opgemaakt en kreeg de eerste website van SFZ vorm, net zoals de digitale schermen verspreid over het ziekenhuis en tal van brochures. De dienst groeide verder met de komst van Kris Dexters en ook het aantal communicatie-initiatieven groeide gestaag. Zo waren er de initiatieven voor medewerkers, zoals de Dag van de Verpleging, en de

vele patiëntenprojecten, met als grote voorbeeld een uit de voegen gebarsten regionale prostaatinfoavond.

Te veel projecten om allemaal in detail te bespreken, maar we willen er samen met Diane toch graag enkele uitlichten. Een greep uit het interview.

Op welk initiatief ben je het meest trots?

"Dat is moeilijk om te kiezen. Er zijn zoveel evenementen. Onder andere dat op het circuit van Zolder voor Memisa, waarvoor we nauw samenwerkten met lokale handelaars, geneeskundige kringen, sportieve organisaties en een groot aantal vrijwilligers, en de inleefreis naar Congo hebben toch een blijvende indruk nagelaten. Maar ook de film waarin ballerina's door het hele ziekenhuis dansen is een uitschieter. Een eerste filmpje dat we opgenomen hebben doorheen heel het ziekenhuis, naar aanleiding van een kwaliteitsprijs, dat ook getoond werd in de bioscoop. Het is een echt kippenvelmoment als je voelt dat een initiatief gedragen wordt door zoveel collega's uit het ziekenhuis."

Wat was de grootste uitdaging voor de communicatiedienst?

"Ik heb het belang van communicatie echt zien groeien in het ziekenhuis. In het begin hebben we het beste van onszelf gegeven om aan te tonen dat de communicatiedienst zijn bestaansrecht had. Van in het begin hebben we met weinig budget altijd gewikt en gewogen. Daarnaast hebben we heel wat baanbrekend werk gedaan, zoals een operatie live tonen in de inkomhal in tijden dat streaming nog niet de gewoonste zaak van de wereld was."

Hoe blik je terug op je jaren bij SFZ?

"Ik kijk vooral terug met warme herinneringen aan alle fijne mensen die ik hier ontmoet heb. De grote bereidheid van de medewerkers op de werkvloer en hun onvoorwaardelijk engagement voor de patiënten gaven met telkens een boost van energie. Ik werd ook altijd aangemoedigd door de directie. Elke dag opnieuw kreeg ik de kans om samen te werken met fijne mensen en nieuwe dingen te leren."

Koen Vanmechelen: “Een kunstenaar heelt eerst zichzelf en dan de wereld”

Dr. Fons Henckens



Symbiosis © Koen Vanmechelen

We hadden een boeiend gesprek met kunstenaar Koen Vanmechelen over zijn werk. De link met geneeskunde is duidelijk: zijn kunst is gebaseerd op genetica en aanverwante wetenschappelijke domeinen. Hij sprak met ons over kunst, opvoeding, filosofie, tendensen in de maatschappij en het milieu. Te veel dus om in een beperkt artikel te steken. Daarom stellen we graag Koen en zijn werk aan je voor, met enkele quotes.

Conceptuele kunst

Koen Vanmechelen is geboren in Sint-Truiden in 1965. Als kunstenaar staat hij bekend om zijn interdisciplinaire en conceptuele benadering van kunst. Zijn werk onderzoekt thema's als bioculturele diversiteit, identiteit, evolutie, wetenschap, globalisering, migratie, duurzaamheid en genetica. Het belang van Koen als kunstenaar ligt voornamelijk in zijn vermogen om kunst en wetenschap te combineren. Met zijn kunstwerken kaart hij maatschappelijke vraagstukken aan en brengt hij een dialoog op gang.

“Wat is vrij zijn? Ben je ook vrij in een gesloten omgeving? Als er geen nieuwsgierigheid is, is er ook geen ontdekking. Maar het leven van de nieuwsgierigen is niet altijd even gemakkelijk. Mijn ouders zagen een kind met andere noden.”

Hij brengt verschillende culturele achtergronden samen en verbeeldt in zijn (levende) installaties met dieren de complexiteit en diversiteit van de mensheid. In zijn bekendste project, *The Cosmopolitan Chicken Project*, kruist hij verschillende kippensoorten om zo een kosmopolitische kip te creëren die alle kleuren en vormen van de bestaande rassen combineert. Dit project onderstreept het belang van diversiteit en de noodzaak om verschillende culturen en achtergronden te omarmen.

Naast kippen werkt Koen ook met andere dieren, de mens en zijn DNA. Hij is geïnteresseerd in de genetische diversiteit van de mensheid en hoe die fertiliteit en immuniteit genereert. In zijn serie *The Walking Egg* creëert hij sculpturen en installaties die de ideeën van vruchtbaarheid en evolutie bevragen.



The Cosmopolitan Chicken Project
© Koen Vanmechelen, 1999

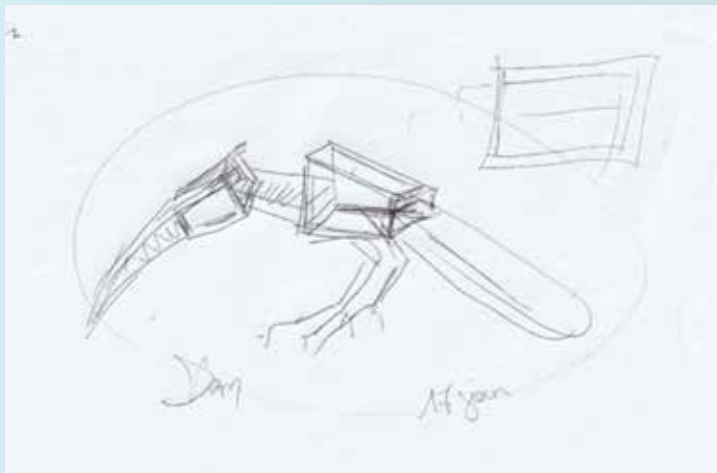
“Aan je geest ontsnapt een beeld en dat beeld ontsnapt aan de eigen gevangenis. Loutering komt van hetgeen waarnaar je op zoek bent.”

"Het kruisen van genetisch materiaal is essentieel voor goede evolutie. De oplossing van ons zijn ligt in onszelf. De positie van de mens in het grotere geheel zie ik als een verantwoordelijkheid van de mensheid. Ons brein geeft ons de mogelijkheid om dingen aan te pakken en te veranderen, zowel in de positieve als in de negatieve zin."



Internationaal bekend

Koen heeft voor zijn werk internationale erkenning gekregen. Hij heeft tentoonstellingen gehad in gerenommeerde musea over de hele wereld en zijn werk is opgenomen in belangrijke kunstcollecties. Hij spreekt zowel kunstliefhebbers als wetenschappers aan, waardoor hij een breed publiek bereikt en discussies kan stimuleren op het snijvlak van kunst, wetenschap en filosofie. Een mooi overzicht van zijn werk vind je in LABIOMISTA in Genk, een evoluerend kunstwerk van 24 hectare over de mix van het leven.



© Koen Vanmechelen

"Wij hier in het Westen zijn de geprivilegieerden en gaan ervan uit dat dit het leven is zoals je het zou moeten leven, maar dat klopt dus niet. Het is misschien door een gebrek aan kennis dat we niet ingezet hebben op de juiste balans tussen vrijheid en omgeving. We komen als maatschappij in de fase van regulering. Alles wat we tot nu toe verworven hebben, gaan we weer langzaam moeten afgeven, om in een nieuwe fase te komen, waarin ons opnieuw verteld wordt hoe we moeten leven."

Koen maakt een beeld van een vogel met kooien waarin vogels opgesloten waren. De perfecte illustratie van de wisselwerking tussen opsluiting en bevrijding.

In de online versie van deze Intro kan je het volledige interview lezen. Hier geven we graag enkele schetsen en gedachten mee die Koen met ons deelde tijdens ons gesprek.

"Als kunstenaar heb je altijd commentaar op de maatschappij. Kunst heeft hierin een scharnierfunctie. *The global only exists by the generosity of the local.* Volgens mij moet kunst het fundament van het leven aanraken. Een kunstenaar heelt eerst zichzelf en dan de wereld. En het onevenwicht in de wereld wordt alsnog duidelijker. Er zal een andere vorm van solidariteit moeten ontstaan. Er zal een mentaliteitswijziging moeten komen, waarbij wij het ook belangrijk vinden dat de anderen het goed hebben."

Meer info

www.koenvanmechelen.com
www.labiomista.com

NUTTIGE TELEFOONNUMMERS SFZ

Afsprakenbeheer	011 71 55 55
Algemeen	011 71 50 00
Directiesecretariaat	011 71 54 17

Medische specialismen

Abdominale heelkunde	011 71 58 12
Endocrinologie	011 71 58 13
Fysische geneeskunde	011 71 59 18
Gynaecologie	011 71 58 09
Hematologie	011 33 79 79 (VJZ)
Inwendige ziekten (gastro-entero, pneumo, cardio, geriatrie)	011 71 58 05
Kinder- & jeugdgeneeskunde	011 71 58 45
Labo	011 71 59 57
Medische beeldvorming	011 71 56 10
Medische oncologie	011 33 79 79 (VJZ)
Mond-, kaak- & aangezichtschirurgie	011 71 58 14
Neurologie	011 71 59 00
Nucleaire geneeskunde	011 71 59 52
Orthopedie	011 71 58 06
Pijnkliniek	011 71 55 95
Preoperatieve raadpleging	011 71 54 73
Revalidatie	011 71 55 63
Spoedgevallen	011 71 55 04
Urologie	011 71 58 10
Vaatheelkunde	011 71 58 07

Specialismen die NIET in deze lijst opgenomen zijn, bereik je via het afsprakenbeheer op het nummer 011 71 55 55. Je kan ook toegang vragen tot onze digitale telefoongids door te mailen naar communicatie@sfz.be.



WIL JE INTRO LIEVER DIGITAAL ONTVANGEN?

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

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



Colofon

Algemeen

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

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Mevr. Ilse Luybaerts

Redactieraad

Voorzitter: dr. Stijn Loonbeek
Redactie: dr. Fons Henckens, mevr. Ilse Luybaerts
Leden: dr. Leen De Cuyper, dr. Steven Pans

Foto's

Lies Engelen en Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt

Dr. Van Lai Nguyen, dr. Pieter Meersman, dr. Nico Hustings, dr. Sema Bektas, dr. Katrien Morias, dr. Kristien Sleurs, dr. Lieselotte De Bruyn en dr. Els Beckers