

INTRO

Nr. 79 - December 2024

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Dossier: obesitas

AI in de radiologie

Nieuwe techniek liesbreuk

Kinderoogheelkunde



Nieuwe inzichten in de strijd tegen obesitas

De herfst is volop bezig en de winter staat voor de deur, seizoenen van verandering en reflectie. Een mooie kans om stil te staan bij een aantal thema's over de gezondheid van onze patiënten.

Obesitas is een groeiend probleem dat niet alleen de fysieke gezondheid van onze patiënten beïnvloedt, maar ook hun mentale welzijn en kwaliteit van leven. De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelt dat tegen 2030 1 op de 5 vrouwen en 1 op de 7 mannen obesitas zal hebben. Als zorgverleners hebben we de unieke positie om onze patiënten te begeleiden in hun strijd tegen deze aandoening. Samen met de eerste lijn gaat ons multidisciplinaire obesitasteam aan de slag om de patiënten te begeleiden naar de beste behandeling.



We hebben
de unieke positie
om onze patiënten
te begeleiden
in hun strijd
tegen obesitas.

De frequentste behandeling bestaat uit een conservatieve of medicamenteuze therapie, toegelicht door dr. Khorosheva. Een subgroep van patiënten komt in aanmerking voor een chirurgische behandeling als de conservatieve behandeling geen of onvoldoende effect heeft. In dit nummer beschrijft dr. Deferme de langetermijneffecten van de bariatrische heekunde en de verschillende mogelijkheden in medicamenteuze aanpak. Bijkomend kan plastische heekunde eveneens een deel zijn van de totale behandeling van de patiënt, geïllustreerd en toegelicht door dr. Hilven.

De incidentie van obesitas bij kinderen kent wereldwijd een stijging. Dit topic wordt terecht steeds meer onder de aandacht gebracht. In dit nummer zetten dr. Bogovic en dr. Oud een aantal items in de kijker. Een tijdige behandeling en goed preventiebeleid kunnen de korte- en langetermijneffecten van overgewicht beperken, waarbij we denken aan diabetes type 2, hoge bloeddruk en astma tot zelfs een laag zelfbeeld, depressie en sociale isolatie. Dr. Henckens belicht obesitas en eetgewoonten dan weer via de geschiedkundige weg, met een blik terug in de tijd, op de 16de eeuw.



Dr. Steven Pans,
medisch directeur

Verder belichten we graag enkele nieuwe technieken waar we trots op zijn. Zo bespreekt onze radioloog, dr. Hustings, de impact en werking van artificiële intelligentie in het traject van de beeldvorming. Onze abdominale chirurg, dr. De Gols, licht zijn nieuwe of *modified* chirurgische techniek toe voor de behandeling van inguinale hernia of liesbreuken. De resultaten van deze techniek werden onlangs gepubliceerd in het medisch vaktijdschrift Journal of Clinical Medicine.

Dr. Van Renterghem is een nieuw aangekomen oogarts die zich gespecialiseerd heeft in kinderoogheekunde. Vanuit de dagelijkse praktijk en inzichten uit klinische studies benadrukt ze de impact van beeldschermen op onze jonge patiënten. Hoofdpijn, een frequent voorkomende klacht, kent veel oorzaken. Dr. van Beusichem beschrijft helder en beknopt enkele rode vlaggen en aandachtspunten, als leidraad voor de dagelijkse praktijk.

Ik wens u een inspirerend najaar en eindejaar toe, vol nieuwe inzichten en kansen om onze patiënten te ondersteunen op weg naar een gezonder leven.

Medicamenteuze aanpak van overgewicht en obesitas

Dr. Galina Khorosheva, endocrinoloog

Ondanks de erkenning van obesitas als een chronische ziekte blijft de behandeling ervan complex en uitdagend. Zoals bij veel chronische ziekten vraagt die vaak om levenslange inzet. Daarnaast kan medicatie een onderdeel zijn van de behandeling, maar is het zeker niet de enige oplossing.

Geen ideale pil

Historisch gezien zijn er tal van pogingen ondernomen om een effectieve chemische stof te ontwikkelen die duurzaam gewichtsverlies bevordert. Toch blijft de zoektocht naar de ideale pil zonder resultaat, wat te wijten is aan de complexe en veelzijdige aard van obesitas.

Hoewel de exacte oorzaken nog niet volledig ontrafeld zijn, weten we dat genetische, hormonale, omgevings- en levensstijlfactoren allemaal bijdragen aan het ontstaan van obesitas. Deze multifactoriële oorsprong maakt een uniforme behandeling onmogelijk. Elke patiënt vraagt om een gepersonaliseerde aanpak voor succesvol en blijvend gewichtsverlies.

Multidisciplinaire behandeling

Een multidisciplinaire benadering is onmisbaar. Diëtisten, fysiotherapeuten, endocrinologen en psychologen moeten nauw samenwerken om het beste behandeltraject te bieden. Ook de integratie met de eerstelijnszorg is van groot belang voor effectief obesitasmanagement.

Toch blijft obesitas vaak onvoldoende erkend als een chronische aandoening, zowel door zorgverleners als door patiënten zelf. Dit leidt ertoe dat veel patiënten niet de zorg krijgen die ze nodig hebben en zich onvoldoende bewust zijn van de ernst en chronische aard van hun ziekte.

Om overmedicalisering te vermijden, moet de behandeling van obesitas gericht zijn op de individuele patiënt en zijn specifieke situatie. Het doel is een duurzame en hoogwaardige behandeling die de levenskwaliteit van de patiënt aanzienlijk verbetert, zonder terug te vallen op standaardoplossingen die zelden effectief zijn op lange termijn.

Beschikbare medicatie in België*

Momenteel zijn er 3 medicijnen goedgekeurd voor obesitasbehandeling in België, elk voor verschillende gezondheidsprofielen. Liraglutide (Saxenda) is een GLP-1-agonist, oorspronkelijk ontwikkeld voor diabetes en geschikt voor mensen met verstoorde bloedsuikers. Deze medicatie vermindert het hongergevoel en kan tot een gewichtsverlies van 5 tot 10% leiden.

Het wordt toegediend met een dagelijkse injectie en kan misselijkheid of andere gastro-intestinale bijwerkingen veroorzaken. Volgens het KB van 14 november 2023 mogen GLP-1-agonisten uitsluitend voorgeschreven worden door endocrinologen en zijn ze alleen beschikbaar voor patiënten met een BMI hoger dan 35 kg/m² of hoger dan 30 kg/m² als er minstens 1 gewichtgerelateerde comorbiditeit aanwezig is.

Naltrexon/Bupropion (Mysimba) is vooral geschikt voor emotionele eters, omdat het de eetlust onderdrukt door in te werken op hersengebieden die het beloningssysteem reguleren. Het leidt



De zoektocht naar de ideale pil blijft zonder resultaat, wat te wijten is aan de complexe en veelzijdige aard van obesitas.

tot een vergelijkbaar gewichtsverlies van 5 tot 10% en wordt oraal ingenomen. Misselijkheid en hoofdpijn zijn de meest voorkomende bijwerkingen.

Orlistat (Alli, Xenical) richt zich op mensen met een vetrijk dieet. Het blokkeert de vetopname in de darmen en levert 3 tot 5% gewichtsverlies op. Als bijwerking kunnen er darmklachten ontstaan bij vetrijke maaltijden. Zoals gezegd zijn deze 3 soorten medicatie een hulpmiddel binnen een gepersonaliseerde aanpak die duurzame levensstijlveranderingen ondersteunt.

* Op 15 november kwamen er nieuwe geneesmiddelen op basis van tirzepatide op de markt. Op dit moment hebben we nog geen richtlijnen over het gebruik ervan en worden ze ook nog niet terugbetaald.

Chirurgische behandelingen van obesitas en hun langetermijnresultaten

Dr. Nathalie Deferm, bariatrisch chirurg Obesitascentrum SFZ

Sinds enkele jaren erkent de World Health Organization (WHO) obesitas als een chronische aandoening. Wereldwijd lijdt 1 op de 8 volwassenen hieraan. Sinds 1990 is de wereldwijde prevalentie van obesitas bij volwassenen verdubbeld en bij kinderen zelfs verviervoudigd. Op dit moment heeft 43% van de volwassen populatie overgewicht (een Body Mass Index (BMI) groter dan of gelijk aan 25 kg/m²), waarvan 16% obesitas (BMI groter dan of gelijk aan 30 kg/m²).

Aangezien deze aandoening tal van ernstige comorbiditeiten met zich meebrengt (hart- en vaatlijden, galsteenziekten, gewrichtsaandoeningen, slaapapnoe, diabetes mellitus, verhoogd risico op 13 soorten kanker ...), is het noodzakelijk om deze ziekte op tijd en multidisciplinair aan te pakken.

Naast de vele conservatieve en medicamenteuze behandelingen heeft bariatrische of metabole chirurgie de laatste decennia absoluut haar plaats in de behandeling van obesitas verdiend. Zo zijn de klassieke laparoscopische roux-en-y gastric bypass (RYGB) en sleeve gastrectomie (SG) nog steeds de meest uitgevoerde chirurgische ingrepen in de behandeling van morbide obesitas.

Laparoscopische sleeve gastrectomie (SG)

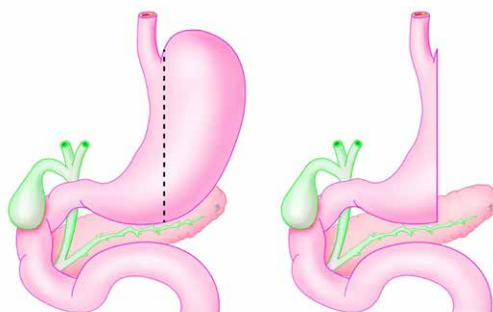
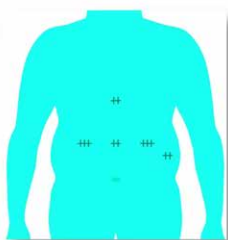
Bij deze quasi puur restrictieve ingreep wordt het grootste deel van de maag (grote curvatuur) verwijderd. Hierdoor blijft een lange smalle buismaag over (de sleeve). De voordelen van deze techniek zijn de vrij lage morbiditeit en mortaliteit

(0,1%) en de eenvoudigere procedure. Aangezien er geen chirurgie aan het dunne darmstelsel aan te pas komt, verwachten we geen dunne darmcomplicaties. Omdat er geen malabsorptie plaatsvindt, zien we ook minder vitaminetekorten.

Het grote nadeel van de SG is dat ongeveer 30% van de patiënten postoperatief enige vorm van reflux ontwikkelt. Meestal is die te controleren met medicatie (*proton pump inhibitors*), maar een klein deel heeft op termijn toch nood aan een conversie naar een roux-en-y gastric bypass door therapieresistente reflux. Andere mogelijke complicaties zijn lekkages van de sleeve-maag (1%) en stenose (vernauwing).

Uiteraard is dit een onomkeerbare procedure. Een correcte selectie van patiënten is dan ook essentieel bij bariatrische chirurgie. Daarom voeren we deze procedure bij SFZ voornamelijk uit bij heel jonge patiënten, jonge dames met een duidelijke kinderwens (minder vitaminetekorten en geen risico op interne hernie peripartaal), volume-etters, zwaar psychiatrisch belaste patiënten en patiënten die specifieke medicatie nemen die 100% absorptie vereist (bv. anti-epileptica).

Wereldwijd wordt de SG meer uitgevoerd dan de RYGB. In de Verenigde Staten gaat het zelfs om 60% van de bariatrische procedures.





De 2 gouden standaardgrepen in de behandeling van obesitas zijn nog steeds de sleeve gastrectomie en de roux-en-y gastric bypass.

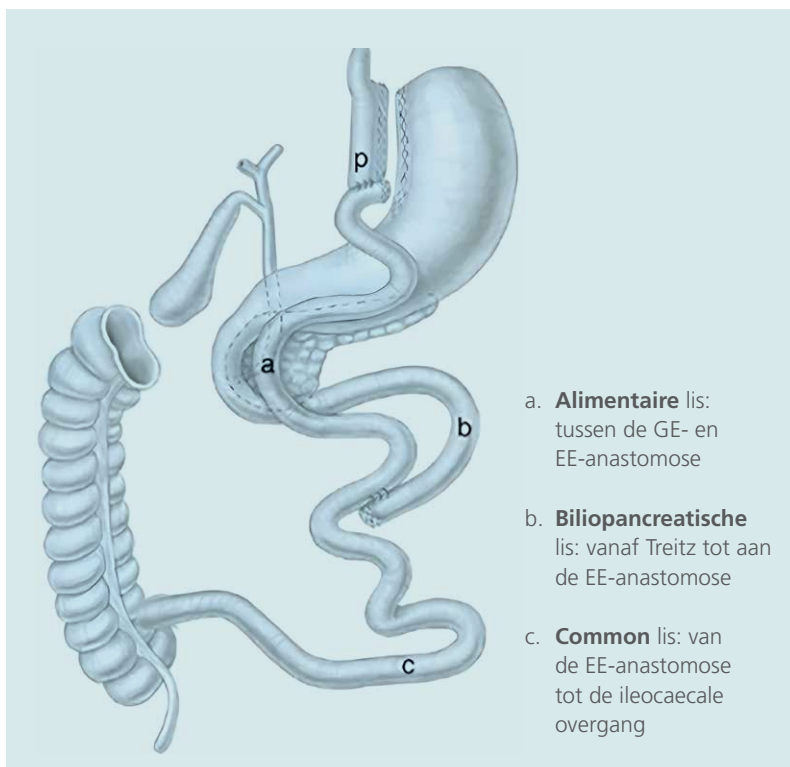
Laparoscopische roux-en-y gastric bypass (RYGB)

De roux-en-y gastric bypass (RYGB) is een combinatie van zowel restrictie (door de aanmaak van een kleine maagpouch) en malabsorptie (door de omleiding van het dunne darmstelsel). Bij deze ingreep wordt het jejunum 70 tot 80 cm achter de hoek van Treitz doorgenomen. Het distale uiteinde van het jejunum wordt dan geanastomoseerd op de kleine maagpouch en vormt de gastro-enterale anastomose (GE). Het jejunum en de biliopancreatische lis (BPL) worden op ongeveer 130 cm in een Y-configuratie geanastomoseerd en worden de entero-enterale (EE) anastomose.

Het voordeel van de RYGB is een groter en langer behoud van het verloren gewicht door de ingebouwde restrictie (kleine maag) en malabsorptie. Verder is dit een omkeerbare procedure en is het een goede behandeling voor patiënten die lijden aan zowel obesitas als reflux.

Ook hier liggen de perioperatieve mortaliteit en morbiditeit laag (0,16%). In ongeveer 1% van de gevallen komen lekkages voor. In een latere fase zien we soms ook interne herniaties (7-9%) en dumping (vaak te wijten aan dieetfouten). Andere minder voorkomende complicaties zijn stenosen, marginale ulcera (vaak te wijten aan overdadig roken of alcoholmisbruik) of een gastro-gastrische fistel (waarbij er opnieuw gewichtstoename is). Door de malabsorptie nemen we ook vaker vitaminetekorten waar. Het is dus van groot belang om levenslang vitamine- en mineralensupplementen te nemen.

Deze procedure kan bij veel patiënten uitgevoerd worden, van volume- over zoete tot emotionele eters. Belangrijk is wel dat de patiënt zeer compliant moet zijn. Bij kleine dieetfouten kunnen er namelijk al erg vervelende gevolgen optreden, zoals dumping.



Langetermijnresultaten na SG en RYGB

De afgelopen jaren hebben verschillende onderzoeksgroepen gerandomiseerde studies gedaan naar de korte- en langetermijnresultaten (5 tot 10 jaar postoperatief) van de SG en RYGB. We lichten graag 1 belangrijke studie toe: de SLEEVEPASS Trial, uitgevoerd in Finland onder leiding van dr. Paulina Salminen van de universiteit van Turku, Finland.

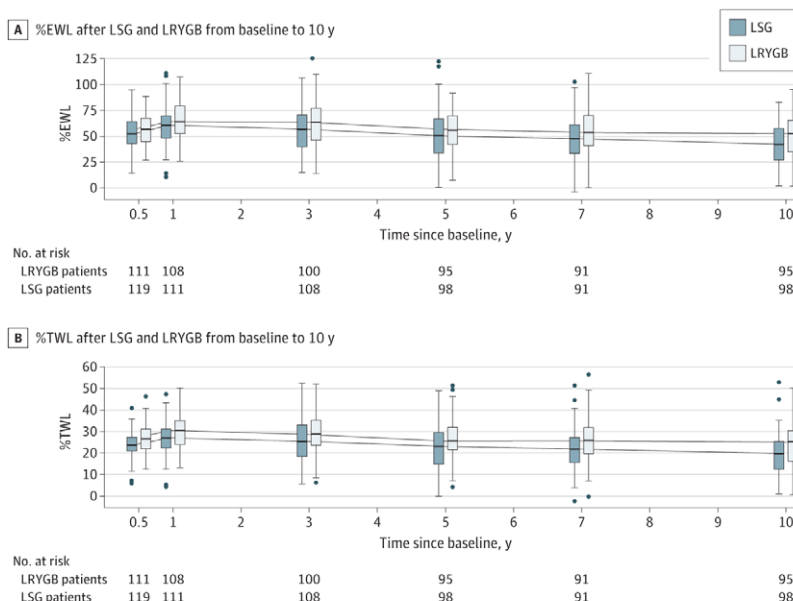
De hoofdonderzoeksvraag luidde: "Zijn de langetermijnuitskomsten na de SG en RYGB vergelijkbaar bij patiënten met morbide obesitas?" Hierbij werd gekeken naar het percentage effectief gewichtsverlies (% EWL), de behandeling van gastro-oesofageale reflux, het effect op de behandeling van arteriële hypertensie (AHT), diabetes mellitus type 2 (DMII), obstructieve slaapziekte (OSAS), de kwaliteit van leven en de perioperatieve morbiditeit/mortaliteit.

1. Gewichtsverlies

Uit deze tabellen kunnen we afleiden dat het % EWL voor beide procedures zeer gunstig is, zonder significant verschil. Dat wil zeggen dat geen van de procedures superieur is aan de andere wat betreft gewichtsverlies. Ook voor gewichtstoename op langere termijn lopen beide procedures gelijk op: 35% (SG) vs. 24,7% (RYGB), met een p-waarde van 0,16 (statistisch niet significant).

2. Behandeling van reflux

Uit deze tabel blijkt dat er statistisch gezien meer patiënten *proton pump inhibitors* (PPIs) moeten nemen na de SG dan na de RYGB ($p < 0,001$). We zien ook duidelijk meer patiënten met toename van refluxklachten en ontwikkeling van oesophagitis na de SG. Voor de evolutie naar een Barret-slokdarm (precancereus stadium van slokdarmkanker) zijn de cijfers gelijk.



Tabel: Gewichtsverlies 1

Model-Based Estimates of Percentage Excess Weight Loss (EWL), Body Mass Index (BMI), Percentage Excess BMI Loss, and Percentage Total Weight Loss

Time	LSG	LRYGB	LRYGB vs LSG difference (95% CI)	P value
%EWL, No. ^{b,c,d}				
Baseline	121	119	NA	NA
0.5 y	119	111	4.7 (-0.4 to 9.7)	NA
1 y	111	108	5.7 (0.6 to 10.8)	NA
3 y	108	100	8.6 (3.4 to 13.7)	NA
5 y	98	95	8.4 (3.1 to 13.7)	NA
7 y	91	91	9.0 (3.6 to 14.3)	NA
10 y	98	95	8.4 (3.1 to 13.6)	NA

Tabel: Gewichtsverlies 2

	No./total No. (%)		P value
	LSG (n = 91)	LRYGB (n = 85)	
All patients who underwent endoscopy	91/121 (75.2)	85/119 (71.4)	
PPI intake preoperatively	11/89 (12)	5/81 (6)	.20 ^a
PPI intake at 10 y	58/90 (64)	30/84 (36)	<.001 ^a
GERD symptoms			
No symptoms preoperatively or at any point	18/90 (20)	39/85 (46)	
Symptoms similar to preoperatively	16/90 (18)	6/85 (7)	
Symptoms alleviated postoperatively	12/90 (13)	32/85 (38)	<.001 ^a
Symptoms worsened postoperatively	44/90 (49)	8/85 (9)	
GERD-HRQL total score, median (range)	10.5 (0.0-47.0)	0.0 (0.0-47.0)	<.001 ^b
Hiatal hernia ^c	57/91 (63)	NA	NA
All patients with esophagitis	28/91 (31)	6/85 (7)	<.001 ^d
All patients with Barrett esophagus ^e	4/91 (4)	3/85 (4)	.29 ^a

Tabel: Behandeling van reflux

3. Remissie van obesitasgerelateerde symptomen

Voor de remissie van DMII en dyslipidemie zien we een trend die groter is na de RYGB dan na de SG, maar wel zonder statistische significantie.

Deze trend komt ook terug bij de remissie in de behandeling van AHT. We zien wel dat er statistisch gezien meer patiënten geen verandering hebben in hun medicatie voor AHT na de SG dan na de RYGB ($p = 0,04$).

Ook wat betreft de veranderingen in de behandeling van OSAS zijn de cijfers gelijklopend, zonder statistisch significant verschil.

DIABETES MELLITUS TYPE II

	SG	RYGB	
Baseline (%)	43	41	
10y FU remissie (%)	26	33	$p=,63$

DYSLIPIDEMIE

	SG	RYGB	
Baseline (%)	32	38	
10y FU remissie (%)	19	35	$p=,23$
<i>Geen medicatie/Normale lipidenlevels</i>			

ARTERIELE HYPERTENSIE

	SG	RYGB	
Baseline (%)	63	73	
10y FU remissie (%)	8	24	
<i>Geen medicatie</i>			
10y FU remissie (%)	32	24	
<i>Minder medicatie</i>			
10y FU remissie (%)	60	53	$p=,04$
<i>Geen verandering in medicatie</i>			

OSAS

	SG	RYGB	
Baseline (%)	24,8	29,4	
10y FU remissie (%)	31	26	
<i>Geen CPAP</i>			
10y FU remissie (%)	26	14	
<i>Minder CPAP</i>			
10y FU remissie (%)	58	55	$p=,30$
<i>Geen verandering in CPAP</i>			

Tabel: Remissie van obesitasgerelateerde symptomen

Bronnen

- www.who.org
- www.uzleuven.be
- Surgical Treatment of Obesity, Albaugh et al, 2018 May 21;7:F1000 Faculty Rev-617.

4. Quality of Life en morbiditeit/mortaliteit

De toename in levenskwaliteit in de 10 jaar na de operatie is vergelijkbaar. Ook op het vlak van complicaties op de korte en lange termijn zijn er geen verschillen tussen beide groepen.

QUALITY OF LIFE

	SG	RYGB	
Baseline score	0,94	1,12	
10y FU	1,24	1,23	$p=,91$

COMPLICATIES

	SG	RYGB	
10y Minor	34,7	24,4	$p=,08$
10y Major (re-interventie)	15,7 (GERD, conversie naar RYGB)	18,5 (Interne hernatie)	$p=,57$

MORTALITEIT

	SG	RYGB	
10y FU	7	5	Niet gerelateerd aan ingreep

Tabel: Quality of Life en morbiditeit/mortaliteit

Conclusie

Obesitas is een chronische aandoening die zeer ernstige comorbiditeiten met zich meebrengt. Hierdoor daalt de levenskwaliteit van de patiënten en wordt de levensduur drastisch verkort. Een goede aanpak van deze ziekte vraagt om een multidisciplinair team, dat alle behandelingen kan aanbieden. Van een conservatief bewegingstraject over medicamenteuze ondersteuning tot chirurgie.

De 2 gouden standaardingrepen in de behandeling van obesitas zijn nog steeds de sleeve gastrectomie en de roux-en-y gastric bypass. Meerdere *randomised controlled trials* bewijzen dat beide technieken een goede invloed hebben op zowel gewichtsverlies als de behandeling van de comorbiditeiten, zowel op korte als op lange termijn (10 jaar). Beide technieken kennen ook een lage perioperatieve morbiditeit en een zeer lage mortaliteit.

- A brief history of bariatric surgery, Faria, Porto Biomed J. 2017 Mar 6;2(3):90–92.
- Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss, Comorbidities, and Reflux at 10 Years in Adult Patients With Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. Salminen et al, JAMA Surg. 2022 Aug 1;157(8):656-666.

Bodycontouring na fors gewichtsverlies

Dr. Paulien Hilven, plastisch, reconstructief en esthetisch chirurg

In de plastische heelkunde zien we regelmatig patiënten die een fors gewichtsverlies ondergaan hebben, ofwel na een dieet en fysieke inspanningen ofwel na een medicamenteus traject of bariatrische heelkunde.

Door het forse gewichtsverlies ontstaat er vaak overtollige huid en een verlies van stevigheid. Vooral aan de borsten en buik wordt dit als storend ervaren. Ter hoogte van de buik zorgt huidoverschot onder andere voor wondjes en irritatie bij zweten of fysieke inspanningen. Verder kunnen de storende huidplooien ook de hygiëne bemoeilijken. Ter hoogte van de borsten kan er een verlies van décolleté ontstaan door volumeverlies. Ook hierdoor is er vaak huidoverschot.

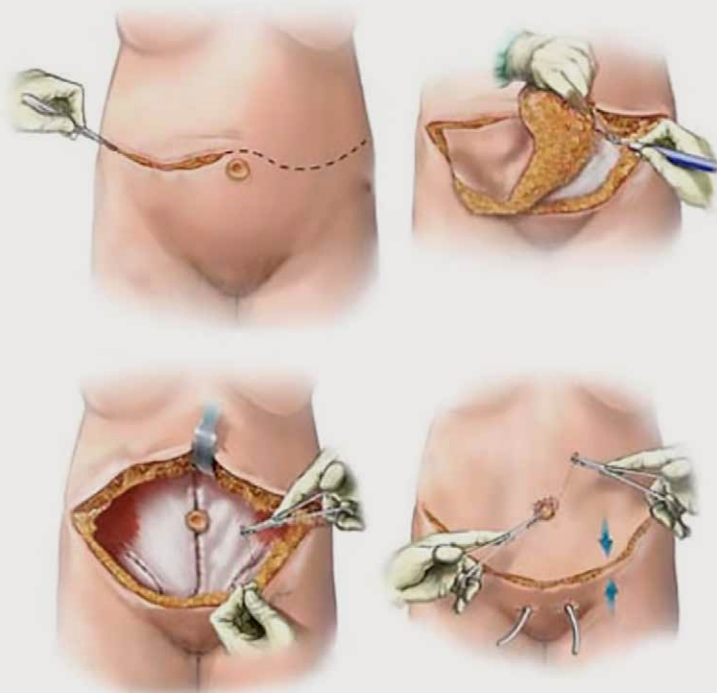
Vooraleer we deze problemen aanpakken via bodycontouring raden we aan om minstens een jaar een stabiel gewicht te hebben. Daarna bekijken we per patiënt welke ingrepen nodig zijn. Het hangt vooral af van de wensen, verwachtingen en lichaamsbouw.

Mommy makeover

Binnen bodycontouring is de *mommy makeover* tegenwoordig populair. Dit is een combinatie van een buikwandcorrectie en een borstingreep. Die laatste kan variëren van een borstvergroting met borstlift tot een borstvergroting of enkel een borstlift.

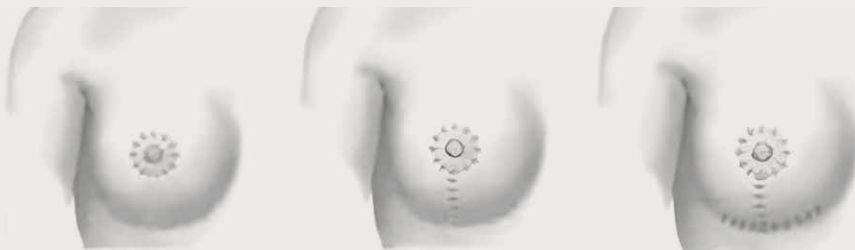
Buikwandcorrectie

Een buikwandcorrectie of abdominoplastie is een van de meest voorkomende bodycontouring-ingrepen na gewichtsverlies. Hierbij creëren we terug een strakkere en platte buik. Belangrijk om te vermelden is dat een buikwandcorrectie absoluut geen methode is om af te vallen, maar wel om de lichaamscontouren rondom de buik te verbeteren.





We bekijken per patiënt welke ingrepen nodig zijn. Het hangt vooral af van de wensen, verwachtingen en lichaamsbouw.



Onder andere na fors gewichtsverlies of na een zwangerschap kan er een huidoverschot ontstaan, al dan niet in combinatie met een verslapping door uitrekking (diastase) van de buikspieren. Dit kan helaas niet opgelost worden door een dieet of door extra te bewegen.

Tijdens de ingreep onder algemene verdoving worden de overtollige huid en het onderhuids vetweefsel ter hoogte van de buikwand verwijderd via een incisie ter hoogte van de navel en bikinilijn. Indien nodig kunnen de rechte buikspieren ook weer dicht bij elkaar gebracht en verstevigd worden. Dit helpt om een mooie taille en een stevige, vlakke buik te creëren. Via liposuctie ter hoogte van de abdominale flanken wordt het resultaat geoptimaliseerd.

Indien nodig kunnen we wonddrains achterlaten gedurende enkele dagen om het resterende wondvocht af te voeren. De thuisverpleegkundige controleert die dan dagelijks, tot ze verwijderd mogen worden.

Borstlift

Naast de buik vormen ook de borsten vaak een 'probleemzone' na fors gewichtsverlies. Een borstlift of mastopexie is een ingreep onder algemene narcose, waarbij het 'doorhangen' of de ptose van de borsten tegengegaan wordt.

Door veroudering (verlies van elasticiteit van de huid), het effect van de zwaartekracht, een zwangerschap/borstvoeding of belangrijk gewichtsverlies kunnen

de borsten hun stevigheid verliezen. Met een borstlift krijgen ze weer meer stevigheid en wordt hun vorm gecorrigeerd. Als er ook sprake is van volumeverlies, kan de borstlift gecombineerd worden met borstimplantaten.

Door het naar boven verplaatsen van de tepel voor de borstlift zal er altijd een klein litteken rond de areola (tepelhof) zijn (figuur links). In sommige gevallen is deze procedure al voldoende om het gewenste resultaat te bereiken.

Toch is het meestal nodig om ook een bepaalde hoeveelheid huid aan de onderzijde van de borst te verwijderen. Hierdoor ontstaat er een litteken dat loopt van de areola tot de onderzijde van de borst (figuur midden). Afhankelijk van de hoeveelheid huid die verwijderd moet worden, zal er ook een klein horizontaal litteken in de borstplooi aanwezig zijn (figuur rechts). Dit horizontale litteken valt meestal ter hoogte van de borstplooi en kan dus bedekt worden met een beha.

Als er onvoldoende volume is, kan er ook gewerkt worden met een borstimplantaat. Hiermee kunnen we een mooi volume in de bovenpool creëren.

Andere ingrepen

Er zijn nog enkele veelvoorkomende ingrepen na fors gewichtsverlies, zoals een arm- of dijlift. Bij deze ingrepen wordt ook het huidoverschot verwijderd. Het nadeel is wel dat er een zichtbaar litteken achterblijft. Deze ingrepen moeten dus goed besproken worden met de patiënt.



Het kind met obesitas

Dr. Sarah Bogovic en dr. Carlo Oud, kinderartsen

Obesitas is een van de grootste medische uitdagingen van de 21ste eeuw. In de laatste 40 jaar is het aantal kinderen en adolescenten met obesitas vertienvoudigd.

Oorzaken en gevolgen

De oorzaak van obesitas bij kinderen is een complexe combinatie van omgevings-, socio-economische, gedrags- en genetische factoren. Een belangrijke omgevingsfactor is de beschikbaarheid van goedkoop energie- en suikerrijk eten en frisdrank. Daarnaast is spontane beweging via sport en spel steeds minder aanwezig door de tijdsbesteding aan schermen (tv, gsm, tablet, laptop en pc).

Het spreekt voor zich dat een interventie wenselijk is, want overgewicht op kinderleeftijd heeft al snel gevolgen. Aandoeningen als diabetes mellitus type 2 en niet-alcoholische leververvetting worden nu al meer en meer vastgesteld in de adolescentie. Bovendien is er een niet te onderschatten impact op het psychosociaal functioneren en zelfbeeld, en is gewicht een van de meest voorkomende redenen voor discriminatie.

Inzetten op preventie

Er wordt al heel veel goed werk geleverd in het kader van preventie. Zo maken de medewerkers van Kind&Gezin en het CLB er een speerpunt van om informatie aan te bieden over gezonde leefgewoontes en om overgewicht te signaleren en te bespreken. Ook wij als kinderartsen zijn alert en breken te pas en te onpas het gesprek open bij zowel onder- als overgewicht.

Dit is een verantwoordelijkheid die we met z'n allen delen, van de eerste tot de derde lijn, en waarvan we hopen dat iedereen betrokken bij deze kinderen ze ook wil opnemen. Begeleiding door een

diëtist is ook gemakkelijker, omdat hier een financiële tussenkomst te bekomen valt, zonder dat het kind naar een specifieke conventie zou moeten gaan.

Aanpak van de kinderarts

Als kinderartsen bekijken we op de consultatie of er nood is aan aanvullend onderzoek naar onderliggende endocrinologische en/of genetische factoren. Vooral in genetische factoren is er de laatste jaren vooruitgang geboekt. Zo zijn er verschillende mechanismen voor het ontstaan van overgewicht blootgelegd (bv. eetlust-insulineresistentie-verandering). Deze genetische tests kunnen gebruikt worden bij een selectie van kinderen. Bij een kleine groep kan dit ook leiden tot een specifieke behandeling.



De oorzaak van obesitas bij kinderen is een complexe combinatie van omgevings-, socio-economische, gedrags- en genetische factoren.

In de algemene behandeling en aanpak stellen we ons als hulpverleners vaak de vraag: "Hoe?" Moeten we streng en moraliserend of medelevend zijn? Moeten we de ouders op de vingers tikken of het kind? Moeten we ingaan op de thuissituatie of net niet? We voelen dat het soms erg moeilijk is

om patiënten (blijvend) te motiveren, dat de stap om tot in onze spreekkamer te komen al groot was en dat de energie om er verder aan te werken op is.

We mogen als hulpverlener dan ook niet stigmatiserend zijn in onze communicatie. Daarom gebruiken we het bij veel hulpverleners bekende *motivational interviewing*. We proberen een open gesprek aan te gaan zonder veronderstellingen, letten op onze taal en bekrachtigen de inspanningen die al geleverd zijn. We vermijden ook een eenzijdige focus op het gewicht en leggen de nadruk op een gezonde levensstijl, een positief zelfbeeld en meer welbevinden.

Uit onderzoek blijkt namelijk dat vermindering van gezondheidsrisico's met name voortkomt uit levensstijl- en gedragsveranderingen en niet per se evenredig is met de mate van gewichtsverlies. Bovendien is afvallen zeker geen must bij een kind in volle groei. Beter streef je naar een stabilisatie van het gewicht door positieve levensstijlveranderingen, zodat de groei de rest van het werk kan doen.

Daarnaast is het belangrijk om ouders en kinderen te informeren over specifieke keuzes in dieet en beweging. Dagelijkse eet- en drinkgewoontes zoals frisdrank bij het eten kunnen heel vaak stoppen door ze te benoemen. Ook beweging in het dagelijks leven (bv. met de fiets naar school gaan of wandelen met de hond) in plaats van meteen bij een sportclub te moeten gaan is een meestal eenvoudige gedragsverandering met een positief effect.



Rode vlaggen bij hoofdpijn

Dr. Lisa van Beusichem, neuroloog

Hoofdpijn is een veelvoorkomende klacht waar bijna iedereen mee te maken krijgt. Meestal is er sprake van een primaire vorm van hoofdpijn, zoals spanningshoofdpijn of migraine. Secundaire hoofdpijnen kunnen verschillende oorzaken hebben, die niet gemist mogen worden. Maar wanneer moet er aanvullend onderzoek gebeuren om zo'n secundaire hoofdpijn op te sporen?

SNNOOP10

De rode vlaggen bij hoofdpijn zijn makkelijk samen te vatten met het acroniem SNNOOP10. Aan de hand van deze afkorting lijsten we de belangrijkste indicaties voor verder neurologisch nazicht en aanvullend onderzoek op.

S Systemische symptomen

Hieronder valt onder andere koorts, al dan niet met andere lichamelijke klachten. Koorts is een alarmsignaal, zeker als die samengaat met nekstijfheid, verminderd bewustzijn of focale neurologische uitval. Een meningitis, encefalitis of abces is dan een mogelijkheid. Ook B-symptomen in combinatie met hoofdpijn zijn reden voor verder onderzoek.

N1 Neoplasma / Oncologische voorgeschiedenis

De kans op een hersentumor bij een hoofdpijnpatiënt zonder voorgeschiedenis van maligniteit is klein, minder dan 0,1%. Bij patiënten met een oncologische voorgeschiedenis is deze kans natuurlijk groter. Een nieuwe hoofdpijn bij patiënten met een maligniteit is altijd een reden voor beeldvorming ter beoordeling van intracraniele metastasen. Zeker in combinatie met braken of focale neurologische uitval is spoedige beeldvorming aangewezen.

N2 Neurologische uitval

De combinatie van neurologische uitval en hoofdpijn kan verschillende ernstige onderliggende oorzaken hebben en is altijd een reden tot beeldvorming.

01 Onset / Donderslag- hoofdpijn

Een acute hevige hoofdpijn met een hoge intensiteit, vaak beschreven als de ergste hoofdpijn die de patiënt ooit gehad heeft, kan een uiting zijn van ernstige cerebrovasculaire aandoeningen. Het meest berucht is de subarachnoidale bloeding. Andere secundaire oorzaken voor een donderslaghoofdpijn zijn een sinustrombose en een cerebraal reversibel vasoconstrictiesyndroom.

02 Ouder (begin na 65 jaar)

Hoofdpijnpatiënten boven de 65 jaar lopen een groter risico op een onderliggende oorzaak dan jongere patiënten.

P1 Patroon- verandering

Een nieuw of recent veranderd patroon van hoofdpijn is een reden voor aanvullend onderzoek.

P2 Positieafhankelijke hoofdpijn

Hier wordt met name de houdingsafhankelijke hoofdpijn bij rechtstaan bedoeld, die snel weer verdwijnt wanneer de patiënt gaat liggen. Dit kan een uiting zijn van liquorlekkage en verlaagde intracraniele druk. Het is meestal een complicatie na een lumbaalpunctie of neurochirurgische ingreep, maar het kan zich ook spontaan voordoen.

P3 Positie / Drukver- hogende momenten

Een hoofdpijn die verergert bij platliggen kan duiden op verhoogde intracraniele druk. Een hoofdpijn die volgt op drukverhogende momenten als hoesten of kuchen (Valsalva) is een alarmsymptoom. Een hoesthoofdpijn kan een teken zijn van pathologie in de achterste schedelgroeve, zoals een tumor of een Chiari-malformatie.

II

De rode vlaggen bij hoofdpijn zijn makkelijk samen te vatten met het acroniem SNNOOP10.

P4 Papil- oedeem

Papiloedeem is altijd een reden voor verdere diagnostiek, aangezien dit kan wijzen op verhoogde intracraniele druk.

P5 Progressieve hoofdpijn

Een nieuwe of recent ontstane dagelijkse continue hoofdpijn, waarvan de pijn geleidelijk progressief is, kan een teken zijn van onderliggende intracraniele pathologie.

P6 Puerperium en zwangerschap

Het risico op een secundaire hoofdpijn is groter in de zwangerschap en het kraambed door de fysiologische veranderingen bij de zwangere vrouw. Een sinustrombose in het kraambed is berucht. Toch moet er bij een zwangere met hoofdpijn ook gedacht worden aan niet-neurologische aandoeningen, zoals hypertensie, pre-eclampsie, hypothyreoïdie, anemie en diabetes gravidarum.

P7 Pijnlijk oog met auto- nome verschijnselen

Orbitale pijn met roodheid van het oog kan een uiting zijn van een primaire hoofdpijn, zoals clusterhoofdpijn, of van andere trigeminale autonome cefalalgieën (TAC). Dit zijn veelal primaire hoofdpijnen, maar ze kunnen ook secundair zijn aan pathologie van de achterste schedelgroeve, hypofyse of sinus cavernosus. Een patiënt met een nieuwe TAC moet daarom altijd beeldvorming ondergaan. Denk bij een patiënt met een Hornersyndroom die een pijnlijk oog of hoofdpijn heeft ook aan een mogelijke carotidissectie als oorzaak van de hoofdpijn.

P8 Posttraumatische hoofdpijn

Deze secundaire hoofdpijn kort na een hoofdtrauma komt veel voor en is vaak reden tot beeldvorming.

P9 Pathologie van het immuunsysteem

Compromittatie van het immuunsysteem kan leiden tot verschillende neuro-infecties met atypische verwekkers.

P10 Pijnstillers- overgebruik

Pijnstillerovergebruik is de meest voorkomende oorzaak voor een secundaire hoofdpijn en een belangrijke factor in de chronificatie van hoofdpijn. Het vraagt niet zozeer om aanvullend onderzoek, maar geeft wel richting aan de behandeling. Stoppen met overmatig pijnstillergebruik kan een chronische dagelijkse hoofdpijn weer episodisch maken bij tot wel 70% van de patiënten. Bovendien is een profylactische behandeling veel effectiever als de patiënt stopt met pijnstillerovergebruik.

Snellere diagnoses door AI in radiologie

Dr. Nico Hustings, radioloog

Sinds de lente gebruiken we in SFZ artificiële intelligentie (AI) bij de evaluatie van röntgenfoto's van het skelet. De AI-technologie screent de gemaakte RX-beelden op breuken.

Duidelijke fracturen

De technologie die we hiervoor inzetten, Rayvolve® van AZmed, markeert verdachte gebieden met kleurcodes: een wit vlagje als er geen fracturen zijn, een oranje vlagje bij twijfelachtige gevallen en een rood vlagje bij hoge zekerheid dat er een fractuur aanwezig is. Deze verdachte botzones worden ook automatisch omkaderd.

Figuur 1 toont links de originele foto, rechts dezelfde foto na bewerking door AI. Bovenaan het AI-beeld staat een rood vlagje en de fractuurlijn in het spaakbeen is meteen herkenbaar door de omkadering. De radioloog die het officiële verslag maakte bij deze röntgenfoto's beschreef deze breuk en kon verder geen andere botletsels weerhouden.

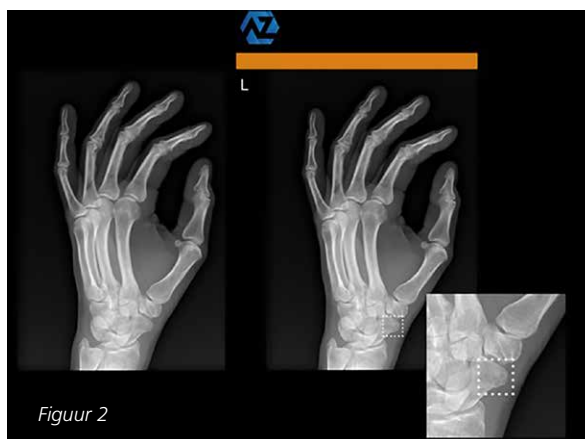
Hoge sensitiviteit

Sommige fracturen zijn moeilijker te detecteren dan die in figuur 1. Het vergt dan de nodige ervaring om te weten welke subtielere tekens op de röntgenfoto verdacht zijn. Toch verbaast AI ons soms met de gevoeligheid waarmee het deze nauwelijks waarneembare afwijkende botzones opspoort.

Figuur 2 toont een mogelijke scafoïdfractuur in een hand, met een oranje vlagje en omkadering van de verdachte zone. De radioloog vond ook dat het scafoïdbotje er abnormaal uitzag, zonder er een duidelijke botbreuk van te maken. De patiënt zou wel erg veel pijn hebben op die plaats in de hand. De hele klinische context zorgde voor een hogere waakzaamheid: extra beeldvorming bevestigde de breuk van het scafoïdbotje, waarna de correcte therapie gestart kon worden.



Figuur 1



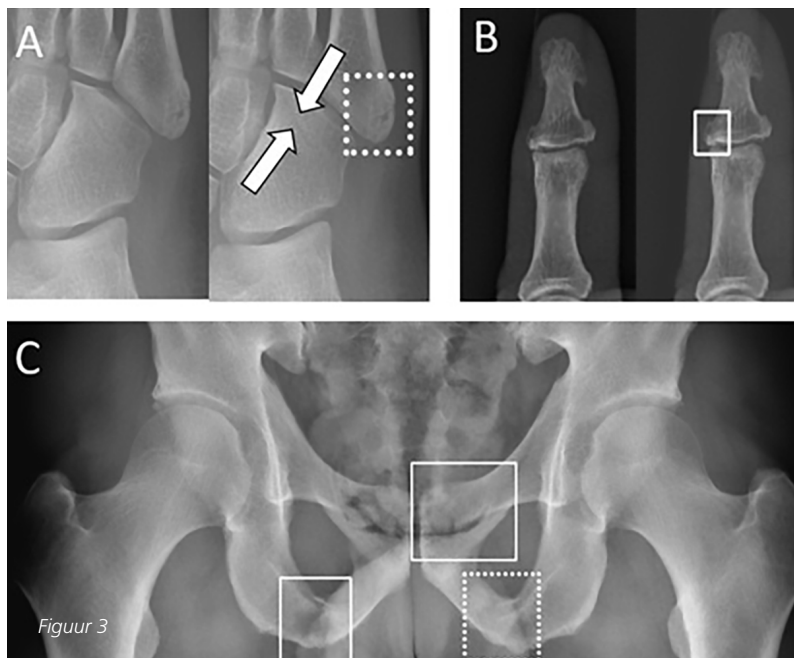
Figuur 2

Cijfers uit een recente externe validatiestudie tonen aan dat de software een sensitiviteit van 95,7%, een specificiteit van 91,2% en een accuraatheid van 92,6% behaalde, in vergelijking met radiologen.¹ Deze resultaten suggereren dat AI-technologieën zoals Rayvolve® steeds dichterbij menselijke nauwkeurigheid komen, wat veelbelovend is voor de toekomst van de radiologische diagnostiek.

Foute interpretaties

Toch is het belangrijk op te merken dat zelfs hoog presterende AI verward kan worden door factoren zoals patiëntspecifieke anatomie, complexiteit van het letsel of technische artefacten. Ook wij zien soms dat de resultaten van AI niet correct zijn, vooral bij moeilijker fracturen of bij drogbeelden. Dankzij onze radiologische expertise, opgebouwd door jarenlange opleiding, kunnen we deze fouten doorzien.

Figuur 3 bevat 3 voorbeelden uit ons ziekenhuis die het belang van samenwerking tussen de radioloog en AI aantonen. Op foto A plaatste AI een kader rond de basis van het 5de middenvoetsbot. Dit was geen fractuur, maar een normaal aspect van een groeiende botkern.



Figuur 3

Bovendien vermoedde de radioloog een fractuur in het cuboïdbeentje (zie pijlen), die niet herkend werd door AI. Op foto B markeerde AI een botuitsteeksel aan de teen als mogelijke fractuur, terwijl dit voor de radioloog een duidelijk teken van gewrichtsslijtage was.

Op foto C omkaderde AI dan weer 3 van de 4 schaambeentjes. Rechtsboven ging het om een drogbeeld (vals-positief beeld van fractuur) veroorzaakt door normale luchtbellens in de endeldarm. De 2 onderste kaders werden geplaatst op drogbeelden veroorzaakt door huidplooien in de liezen. De radioloog herkende deze drogbeelden en vermeed zo overbehandeling.

Ondersteuning voor artsen

Momenteel ligt de meerwaarde van AI vooral in de ondersteuning van radiologen, door routinetaken te versnellen en hen te helpen bij de identificatie van potentiële problemen. Deze symbiose tussen mens en machine biedt niet alleen de mogelijkheid om snellere diagnoses te stellen, maar kan ook de last op radiologen verminderen. Dit kan op langere termijn leiden tot verbeterde patiëntenzorg.

Het doel van deze AI is dus niet om radiologen te vervangen, maar om hen en de spoedartsen te helpen om sneller tot een diagnose te komen. Radiologen kunnen de röntgenfoto's sneller beoordelen, omdat AI fungeert als een 'tweede lezer' die meer vertrouwen geeft bij de vraag: is er een breuk, ja of nee? Spoedartsen, die zelf een basiskennis hebben van fracturen op RX-beelden, kunnen hierdoor ook sneller actie ondernemen zonder te moeten wachten op het definitieve verslag. Door efficiënter te werken, wordt de doorlooptijd op de spoedeisende hulp verkort en krijgen radiologen meer tijd voor complexere beeldvorming.



Er is nog steeds nood aan menselijke expertise, maar AI helpt ons wel om sneller en efficiënter te werken.

De introductie van AI op onze radiologische dienst is een belangrijke stap vooruit. Er is nog steeds nood aan menselijke expertise, vooral bij complexe gevallen, maar AI helpt ons wel om sneller en efficiënter te werken. Onze eerste ervaringen zijn veelbelovend en tonen aan dat een AI-tool goed kan presteren bij specifieke taken. We verwachten dan ook dat deze technologie zich verder zal ontwikkelen en mogelijk ook andere aspecten van medische beeldvorming zal ondersteunen, zoals de detectie en opvolging van tumoren.

Bronnen

- Pauling, C., Kanber, B., Arthurs, O. J., & Shelmerdine, S. C. (2024). Commercially available artificial intelligence tools for fracture detection: the evidence. *BJR|Open*, 6(1), tzad005. <https://doi.org/10.1093/bjro/tzad005>

Hybride techniek verbetert herstel van femorale en inguinale hernia bij liesbreukchirurgie

Dr. Johan De Gols, abdominaal chirurg

Een liesbreuk is een frequent voorkomend probleem: 27% van de mannen en 3% van de vrouwen krijgt er ooit mee te maken. De meeste liesbreuken zijn gewone liesbreuken (inguinaal), minder dan 10% zijn dijbreuken (femoraal). Deze laatste zitten in een dieper vlak en geven meer verwikkelingen, zoals inklemmingen.

Behandelopties en hun beperkingen

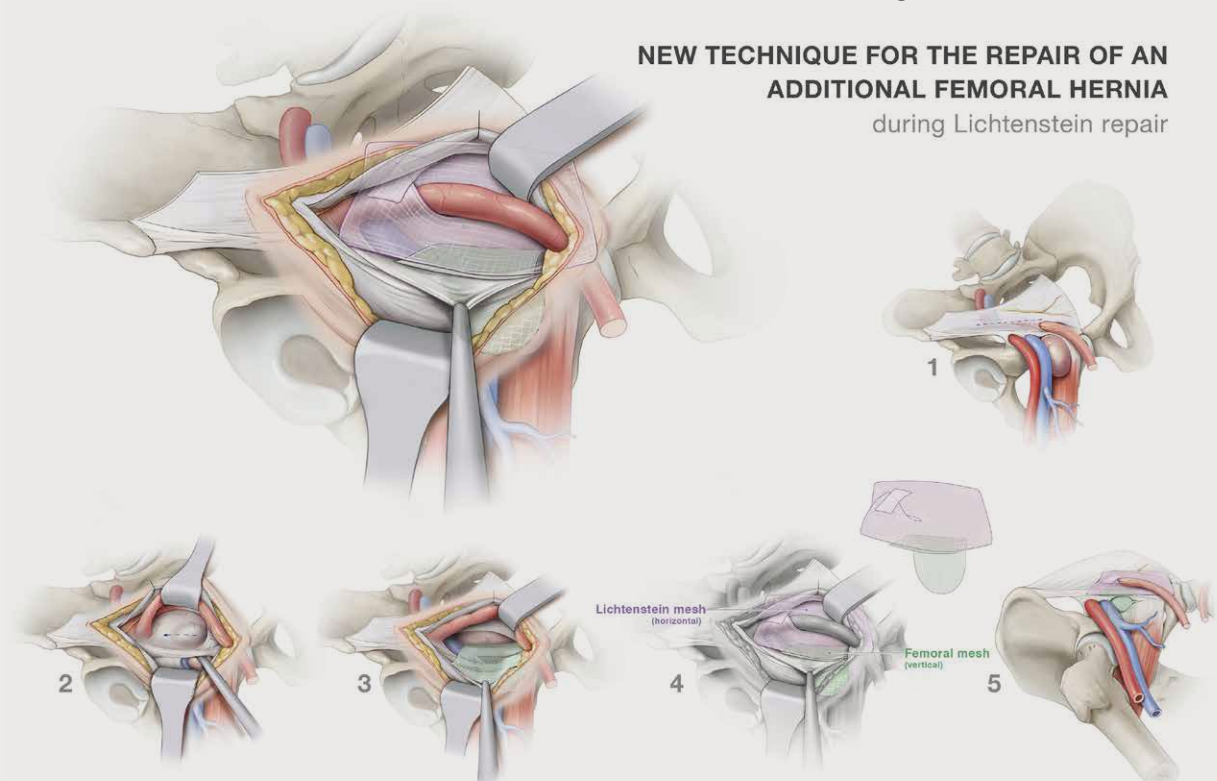
Liesbreuken kunnen uitsluitend worden behandeld met een heelkundige ingreep. De Europese richtlijnen erkennen 2 technieken als gouden standaard:

- het **laparoscopisch herstel**: deze techniek, het meest uitgevoerd in België, heeft als voordeel dat ze iets minder pijn geeft de eerste dagen na de ingreep en dat beide types hernia beschermd worden. Nadeel is dan weer dat de kans op grote verwikkelingen groter is en dat sommige studies suggereren dat er na 5 jaar iets meer recidieven optreden.

- het **Lichtenstein-herstel**: deze techniek is een specifiek type van open herstel en wordt wereldwijd het meest uitgevoerd. Deze zou dus iets minder grote verwikkelingen geven en iets minder recidieven na 5 jaar. Nadeel is wel dat er wat meer pijn is na de ingreep en dat de regio van de femorale hernia niet beschermd wordt.

We zien bijvoorbeeld dat bij 60% van de patiënten met een dijbreuk vroeger al een open herstel werd uitgevoerd. Het zou kunnen dat een open herstel een femorale hernia uitlokt, maar waarschijnlijker zijn dit gemiste dijbreuken die al voor het herstel aanwezig waren, maar niet gezien of hersteld werden

NEW TECHNIQUE FOR THE REPAIR OF AN ADDITIONAL FEMORAL HERNIA during Lichtenstein repair



tijdens de ingreep. Het netje dat gebruikt wordt om een Lichtenstein-herstel uit te voeren, bedekt de femorale regio niet. Gezien deze regio lateraal begrensd wordt door de femorale vaten, is het ook niet mogelijk om hierover een klassiek net vast te hechten. Daarom moest men bij het onverwacht vaststellen van een dijbreuk tijdens open herstel overschakelen op een andere techniek.

Nieuwe hybride behandeltechniek

In SFZ werd een bijkomende behandeltechniek ontwikkeld, waardoor deze dijbreuken gemakkelijk te herkennen zijn tijdens de ingreep en ook gemakkelijk behandelbaar zijn door het plaatsen van een extensieprothese. Net zoals het netje dat al meer dan 10 jaar gebruikt wordt voor een liesbreukherstel is deze prothese *self-gripping*. Dat betekent dat het netje zichzelf vastzet zonder bijkomende hechtingen. Het net, de ProGrip-prothese, heeft weerhaakjes aan 1 kant, net zoals bij velcro. Deze haakjes houden het net ter plaatse en resorberen volledig na het ingroeien. Hierdoor kan dit net wél geplaatst en gefixeerd worden op de femorale vaten. Deze techniek kan aanzien worden als een hybride van een laparoscopisch, open en plugherstel.



De hoeksteen van onze techniek is het gebruik van de *self-gripping mesh*.

Studie naar veiligheid en effectiviteit*

Ter evaluatie van deze nieuwe hybride techniek werd een studie opgezet, die goedgekeurd werd door het ethisch comité van SFZ. Na *informed consent* werden de gegevens van 50 patiënten met dit nieuwe herstel verzameld, anoniem verwerkt en vergeleken met de gegevens van 50 patiënten met een klassiek Lichtenstein-herstel, zonder het femorale net. De inclusie van deze patiënten liep van december 2017 tot januari 2021.

Demografische gegevens werden vergeleken en de groepen werden als evenwaardig beschouwd. Tijdens de ingreep werd elke patiënt gecontroleerd op het al dan niet bestaan van een dijbreuk door digitale palpatie van de femorale driehoek. In geval er geen hernia werd vastgesteld, werd ook geen bijkomende prothese geplaatst. Pijnbeleving na de operatie werd bevraagd na 3 weken en gescoord met de *visual*

analogue scale, oftewel de VAS-score. De operatieduur werd geregistreerd en op het einde van de opvolgingsperiode werd gecontroleerd op recidief.

De pijnscore van de patiënt was identiek in beide groepen met een gemiddelde VAS 5 gedurende gemiddeld 5 dagen. De operatieduur van de ingreep met extensieprothese was net iets langer dan zonder, respectievelijk 29 en 26 minuten. Er werden geen recidieven vastgesteld in beide groepen.

Conclusie

Deze nieuwe chirurgische techniek is een nieuwe combinatie van vaak gebruikte technieken en netten. Door het plaatsen van een bijkomende prothese als extensie op de klassieke Lichtenstein-prothese wordt een femorale hernia hersteld en beschermd. Onze studie toont aan dat de ingreep veilig en gemakkelijk uitvoerbaar is. De plaatsing van het bijkomende net vraagt gemiddeld 3 minuten bijkomende operatietijd en er is geen verschil vast te stellen in korte- en langetermijnresultaten tussen beide studiegroepen.

Echografie is een goed onderzoek om liesbreuken op te sporen, maar faalt vaak in het onderscheiden van de subtypes. De voorgestelde digitale palpatie peroperatief lijkt wel betrouwbaar, omdat er geen bijkomende femorale hernia's werden vastgesteld tijdens de opvolgingsperiode. Er waren geen recidieven bij de herstellende, maar ook geen nieuw vastgestelde femorale hernia's bij deze zonder de bijkomende prothese. Er werd dan ook enkel een bijkomende prothese geplaatst wanneer een dijbreuk peroperatief werd vastgesteld.

In een recente review van 25 studies over liesbreukherstel bij 6.293 patiënten werd een recidiefkans gezien van 2-4% en chronische postoperatieve pijn bij 5-10%. De hoeksteen van onze techniek is het gebruik van de *self-gripping mesh*, zodat bijkomende hechtingen vermeden kunnen worden. Die vermijdbare hechtingen kunnen moeilijk worden geplaatst in de buurt van de femorale vaten en genereren vaak postoperatieve pijn.

Het Lichtenstein-herstel blijft een van de meest uitgevoerde heilkundige ingrepen wereldwijd. Het is dan ook fijn dat wij, in Heusden-Zolder, kunnen bijdragen aan de exclusie van een belangrijk nadeel van deze ingreep.



* Deze studie werd op 11 september 2024 gepubliceerd in het *Journal of Clinical Medicine*. Scan de QR-code om de volledige studie te lezen.

Risico's van beeldschermen: een close-up

Dr. Victoria Van Renterghem, oftalmoloog

Op mijn raadpleging vragen ouders mij regelmatig: "Kan u alstublieft zeggen dat ons kind minder op beeldschermen moet kijken, omdat dat slecht is voor de ogen?" Er zijn inderdaad tal van redenen om overmatig beeldschermgebruik in de kindertijd af te raden als oogarts. Ik licht de 2 voornaamste even toe: bijziendheid/myopie en acute verworven esotropie.

Bijziend of myoop zijn houdt in dat je ongecorrigeerd (dus zonder bril of contactlenzen) wazig ziet in de verte en scherp van nabij. Het onderliggende probleem is dat de lengte van het oog in verhouding te lang is voor de brekingssterkte van je hoornvlies en lens. Hierdoor valt het beeld dat je ziet voor je netvlies en niet erop. Dit wazig zicht kan gecorrigeerd worden met een bril, contactlenzen of zelfs met een laseringreep of intraoculaire ingreep. De prevalentie van bijziendheid neemt explosief toe. Men verwacht dat tegen 2050 de helft van de wereldbevolking myoop zal zijn. Ter vergelijking: in 2000 was dat 23%.¹

Hoge bijziendheid verhoogt de kans op bepaalde aandoeningen, zoals een netvliesloslating, maculadegeneratie, cataract en glaucoom. Een bril, contactlenzen of laseringreep verlagen de kans op deze complicaties niet. De economische kosten van de opvolging en behandeling van deze oogziekten en de impact op de levenskwaliteit van de patiënt zijn ook erg groot. Daarom ligt de focus in het wetenschappelijk onderzoek de laatste decennia meer en meer op het voorkomen van de progressie van bijziendheid tijdens de kindertijd. Op volwassen leeftijd is bijziendheid namelijk onomkeerbaar.

Ontstaan van bijziendheid

We weten ondertussen dat bijziendheid ontstaat door een samenspel van verschillende factoren. Enerzijds is er een genetische component, anderzijds weten we dat ook levensstijl een belangrijke oorzaak is. Het gaat dan over veelvuldig 'nabijwerk' en meer bepaald de inspanning die je ogen moeten leveren om iets van dichtbij te bekijken. Denk daarbij aan langdurig kijken op een smartphone of computerscherm, maar ook langdurig lezen in een boek.

Wanneer we nabij kijken, reageren onze ogen met een 'accommodatiereflex'. Hierbij gebeuren 3 dingen: de pupil wordt kleiner (miosis), de ogen draaien meer naar binnen toe (convergentie) en de lens wordt boller (accommodatie) met behulp van een spiertje waaraan de lens ophangt in het oog, het straallichaam. Experts denken dat bijziendheid in de kindertijd mede ontstaat omdat het oog de impuls heeft om te groeien om minder inspanning te moeten leveren om deze nabijgelegen objecten scherp te kunnen zien.

Behandeling van bijziendheid

De rol van de oogarts bestaat erin bijziendheid in de kindertijd op te sporen, de groei van het oog op te volgen en

bij abnormaal snelle groei preventieve maatregelen uit te leggen aan de patiënten en een eventuele behandeling op te starten.

Door een verandering in levensstijl, met name door minder lang dichtbij te kijken en meer tijd buiten door te brengen, kunnen we de progressie van bijziendheid voor een groot stuk tegengaan. Hiervoor hanteren oogartsen de '20-20-2-regel'. Na 20 minuten 'nabijwerk' raden we aan om 20 seconden de ogen te laten rusten door in de verte te kijken. Daarnaast spenderen kinderen best minstens 2 uur per dag buiten in het daglicht.²

Wanneer deze levensstijlmaatregelen de bijziendheid onvoldoende afremmen, zijn er tot nu toe 2 andere behandelopties die bewezen doeltreffend zijn. De eerste behandeling zijn laag-gedoseerde atropine-oogdruppels. Atropine is een parasymphaticolyticum dat de pupil verwijdt en de accommodatie van de lens stillegt. In een lage dosis remt het ook de groei van het oog, het effect dat we nastreven bij een behandeling van progressieve bijziendheid.



De toegenomen tijd die onze kinderen spenderen aan nabij kijken door beeldschermgebruik is niet zo onschuldig.



De meeste studies met atropinedruppels gebeurden in Azië. Op basis van de positieve resultaten daar en de beperkte bijwerkingen³ worden deze druppels ondertussen ook al jaren in Europese centra gebruikt. Hoe hoger de dosis, hoe beter het effect en hoe meer bijwerkingen het kind ondervindt. De eerste Europese studies met lage dosering werden recent gepubliceerd en lijken het positieve effect te bevestigen bij Kaukasische kinderen.^{4,5} Enige voorzichtigheid lijkt wel geboden, aangezien deze studies niet allemaal van even goede kwaliteit zijn.

De andere bewezen therapie zijn specialistische brilglazen. Die bestaan uit enkelvoudig brillenglas met op de voorzijde kleine defocussegmentjes. Die zorgen ervoor dat een deel van de lichtstralen die het oog binnenkomen niet achter, maar vóór het netvlies vallen. Men gelooft dat het oog zo minder het signaal krijgt om te groeien.

Hoewel er internationaal nog geen consensus is over het precieze behandelingsprotocol van bijziendheid, worden de bovenstaande behandelingen al toegepast in de Belgische richtlijnen

uitgeschreven door onze beroepsvereniging van kinderoftalmologen, de vzw PEDLOW/NOC (Pediatric Ophthalmology / LowVision / Neuro-Ophthalmology), met goede resultaten.

Acute verworven esotropie

Een ander vervelend probleem als gevolg van overmatig beeldschermgebruik is acute verworven esotropie, een vorm van scheelzien waarbij de ogen vrij acuut naar binnen gedraaid blijven staan. Door overmatig nabij kijken kan er een disbalans ontstaan tussen accommodatie (scherpstellen van de lens) en convergentie (de ogen die naar elkaar toe draaien bij nabij kijken). De laatste 10 jaar neemt deze acute verworven esotropie toe.^{6,7} De afwijking is steeds groter en de patiënten zijn steeds jonger.⁸ Onderzoekers denken dat deze toename te wijten is aan het toenemende beeldschermgebruik bij kinderen.

De toegenomen tijd die onze kinderen spenderen aan nabij kijken door beeldschermgebruik is dus niet zo onschuldig. Aangezien goede geneeskunde begint bij preventie, raad ik iedereen aan om beeldschermgebruik bij kinderen zo veel mogelijk te beperken. Zodra er tekenen van bijziendheid of esotropie zijn, maak je ook best een afspraak bij de oogarts.

Bronnen

- Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016;123(5):1036-1042. doi:10.1016/j.opthta.2016.01.006
- Yu M, Hu Y, Han M, et al. Global risk factor analysis of myopia onset in children: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291470. Published 2023 Sep 20. doi:10.1371/journal.pone.0291470
- Lee SH, Tseng BY, Wang JH, Chiu CJ. Efficacy and Safety of Low-Dose Atropine on Myopia Prevention in Premyopic Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2024;13(5):1506. Published 2024 Mar 5. doi:10.3390/jcm13051506
- Loughman J, Kobia-Acquah E, Lingham G, et al. Myopia outcome study of atropine in children: Two-year result of daily 0.01% atropine in a European population. *Acta Ophthalmol*. 2024;102(3):e245-e256. doi:10.1111/aos.15761
- Zadnik K, Schulman E, Flitcroft I, et al. Efficacy and Safety of 0.01% and 0.02% Atropine for the Treatment of Pediatric Myopia Progression Over 3 Years: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Ophthalmol*. 2023;141(10):990-999. doi:10.1001/jamaophthalmol.2023.2097
- Lee HS, Park SW, Heo H. Acute acquired comitant esotropia related to excessive Smartphone use. *BMC Ophthalmol*. 2016;16:37. Published 2016 Apr 9. doi:10.1186/s12886-016-0213-5
- Zhu M, Tang Y, Wang Z, et al. Clinical characteristics and risk factors of acute acquired concomitant esotropia in last 5 years: a retrospective case-control study. *Eye (Lond)*. 2023;37(2):320-324. doi:10.1038/s41433-022-01939-1
- Lim CW, Lee J, Kim WJ. Changes in the number and characteristics of patients with acute acquired concomitant esotropia over time: An 8-year retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(22):e33986. doi:10.1097/MD.00000000000033986

Nieuwe artsen

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



Dr. Nina Perusko Matasic
Kinderarts

Dr. Nina Perusko Matasic behaalde haar diploma geneeskunde in 1992 aan de Universiteit van Zagreb in Kroatië. Ze voltooide haar verdere opleiding in de pediatrie in 1999 in het Universitair Kinderziekenhuis in Zagreb, waar ze ervaring opdeed in algemene pediatrie, met een speciale interesse in allergologie en longziekten. Ze specialiseerde zich verder in neonatologie en werkte 10 jaar op de neonatologie en NICU van het University Maternity Hospital in Zagreb. Daarna deed ze veel ervaring op in Ierland, Noord-Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

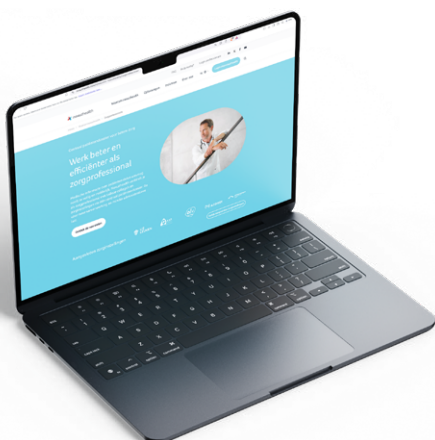
Sinds 2018 werkt dr. Perusko in België: eerst 5 jaar in het AZ Oudenaarde, vervolgens in het ZOL. Kinderen kunnen bij haar terecht voor regelmatige opvolging van hun groei, vaccinaties, voedingsproblemen, acute ziekten, luchtwegproblemen, allergieën, astma en eczeem.



Dr. Vincent Vandoren
Cardioloog

Dr. Vincent Vandoren studeerde geneeskunde aan de Universiteit Hasselt en de KU Leuven, waar hij afstudeerde in 2016. Tijdens zijn specialisatiejaren cardiologie werkte hij in het AZ Delta Roeselare, het UZ Leuven en het Jessa Ziekenhuis. Vervolgens bekwaamde hij zich verder in hartfalen en cardiale devices via een fellowship in het Hartcentrum Hasselt (2022-2024). Tijdens dit fellowship voltooide hij ook een postgraduaat in hartfalen in Londen (2023-2024). Daarnaast behaalde hij de EHRA-accreditering van *certified cardiac device specialist* (level 1 en 2).

Sinds augustus 2024 is dr. Vandoren als cardioloog verbonden aan het Hartcentrum Hasselt, met activiteiten in SFZ, Medisch Centrum Beringen en het Jessa Ziekenhuis. Hij is ook lid van de Belgian Society of Cardiology (BSC), de European Heart Rhythm Association (EHRA) en de Europese Heart Failure Association (HFA).



Online afspraken maken in SFZ

Sinds kort kan je als huisarts rechtstreeks online afspraken maken in SFZ voor je patiënten. Momenteel kan dit al voor orthopedie, neurochirurgie en NKO. In de toekomst komen er nog specialismen bij. Voordat je online afspraken kan inplannen, moet je je wel eenmalig registreren in nexuzhealth consult.

Meer info? Ga naar www.sfz.be/huisartsen

Afscheid van dr. Johan Vandermaesen



Hoe ben je in SFZ terechtgekomen?

"Als halve Heusdenaar (mijn moeder was van Heusden) vond ik het vanzelfsprekend om een deel van mijn stage te lopen in SFZ. Al snel voelde ik me thuis in dat toen nog kleine ziekenhuis. In 1987 was er een vacature voor een dermatoloog. Hoewel ik nog in opleiding was, stelde ik me toch al kandidaat. Omdat de vacature maar niet ingevuld raakte, werd mij gevraagd om voorlopig de dermatologische consulten aan bed te doen. Dit moest pro Deo, omdat ik nog in opleiding was. Nadat ik mijn diploma behaalde in 1989 kon ik definitief aan de slag in het ziekenhuis, naast mijn privépraktijk in Lummen."

Waarom koos je voor de specialisatie dermatologie?

"Initieel wilde ik voor inwendige ziekten gaan, destijds mijn grote interesse. Maar tijdens mijn stage bleek al snel dat de nachtelijke diensten niets voor mij waren. Daarom zocht ik een specialisatie die het hele lichaam omvatte, maar zonder die vervelende nachtelijke diensten. Dit leidde tot de keuze voor dermatologie. De huid is namelijk het grootste orgaan van het lichaam en problemen met de huid zijn vaak een weerspiegeling van wat er in het lichaam gebeurt. Dat maakte dermatologie voor mij zo interessant."

Hoe heb je dermatologie zien evolueren over de jaren?

"Vroeger was dermatologie een curatieve specialiteit. Door de jaren werd die curatieve aanpak aangevuld

met preventieve screening naar (pre-)maligne huidletsels. Dit is een heel goede evolutie, maar ze zorgt ook voor extra werkdruk en langere wachttijden. Een andere belangrijke evolutie is de opkomst van *biologicals*, medicatie die inwerkt op het immuunsysteem. In tegenstelling tot vroeger kunnen we nu uitgebreide psoriasis en eczeem perfect behandelen, zonder al te veel neveneffecten."



De vele en vaak nauwe patiëntencontacten en de contacten met collega's en personeel waren een verrijking in mijn leven.

"En dan is er natuurlijk nog artificiële intelligentie. Momenteel zijn er al dermatoscopen en huidscanners uitgerust met AI. Dit zijn grote hulpmiddelen bij de detectie van (pre)melanomen. De technologie is in volle ontwikkeling en zal in de toekomst de diagnosestelling ongetwijfeld vereenvoudigen."

Welke uitdagingen zie je nog in de dermatologie?

"Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal huidkankers exponentieel toe. Zo zien we elke 10 jaar een verdubbeling. Hierdoor stijgt ook

de behoefte aan dermatologen. Tegelijk zien we dat pas afgestudeerde dermatologen meer en meer kiezen voor esthetische behandelingen, zoals botox en fillers. Daardoor neemt de behoefte aan klassiek geschoolde dermatologen nog meer toe. Het gevolg is dat de wachttijden stelselmatig oplopen. Er zal dus vanuit verschillende hoeken gezocht moeten worden naar oplossingen om tijdige en kwalitatieve zorg te kunnen blijven aanbieden."

Hoe zie je de toekomst voor jezelf? Heb je nog plannen?

"In eerste instantie wil ik werken aan mijn conditie door elke dag te sporten (fietsen, wandelen ...). Daarnaast wil ik als natuurmens meer in mijn tuin werken en vogels spotten, mijn grootste passie. Onlangs ben ik ook een cursus geschiedenis gestart. Dit was al lang een interesse waar ik nooit eerder de tijd voor vond. Een cursus bierbrouwen en een nieuwe taal leren staan ook nog op het programma. Kortom, meer dan genoeg plannen!"

"Ik ga mijn collega's en medewerkers van het ziekenhuis en de privépraktijk wel heel erg missen. De vele en vaak nauwe patiëntencontacten en de contacten met collega's en personeel waren een verrijking in mijn leven. Maar nu wil ik vooral tijd doorbrengen met mijn familie en vrienden. Ondertussen heb ik ook al 4 kleinkinderen. Mijn echtgenote Monique heeft me gedurende mijn hele carrière ondersteund, zowel professioneel als privé. Nu is het tijd om samen te genieten."

20 jaar solidariteit: het verhaal van Ziekenhuis voor Ziekenhuis

Maar liefst 20 jaar geleden begon een prachtig verhaal van solidariteit en samenwerking. Toen kon pater Gerard met zijn enthousiasme dr. Stragier overtuigen om deel te nemen aan het Memisa-project Ziekenhuis voor Ziekenhuis.

Dr. Stragier was geraakt door de uitdagingen en tekorten in de medische zorg in Congo en wist zijn collega's te motiveren om jaarlijks een bijdrage van 12.500 euro te verzamelen. Wat begon met enkele enthousiaste ziekenhuismedewerkers, groeide al snel uit tot een breed gedragen beweging van vrijwilligers en sympathisanten.

Creativiteit en engagement als basis voor succes

De ploegentijddrit op Circuit Zolder is een van de meest iconische evenementen uit dit project. Dit groeide uit tot een jaarlijkse happening met een breed aanbod aan activiteiten, zoals mountainbiken, lekker op wielgies, Congolese kermis ... Het evenement werd een belangrijk moment voor de gemeenschap en bracht een verscheidenheid aan deelnemers en sponsors samen.

Om het jaarlijkse financiële doel te behalen, werden uiteenlopende initiatieven opgezet: kerstmarkten, concerten, kunstveilingen, spinning-dagen, voetbaltornooien, wijndegustaties, de verkoop van wenskaarten, benefietfeesten en zelfs uitdagingen zoals de Mont Ventoux beklimmen.

Met de steun van huisartsenkringen, bedrijven, scholen en handelaars uit de omgeving werd het mogelijk om ieder jaar opnieuw onze doelstellingen te behalen. We slaagden er zelfs eenmalig in om een container vol medisch materiaal, schoolspullen en andere benodigdheden naar het partnerziekenhuis in Congo te sturen.

Inleefreizen en educatieve projecten

Via verschillende inleefreizen naar Congo konden vrijwilligers de behoeften van het ziekenhuis en de gemeenschappen eromheen beter inschatten en onze hulp hierop afstemmen. Naast de jaarlijkse financiële steun ontstonden er zo kleinschalige, maar betekenisvolle projecten, zoals de aanleg van een maismolen, de levering van zaklampen en ondersteuning voor lokale onderwijsinitiatieven. Deze projecten hadden een concrete impact en gaven vorm aan een duurzame samenwerking tussen de 2 ziekenhuizen.



Bedankt voor jullie onvermoeibare steun

Dankzij de blijvende inzet van talloze vrijwilligers en sympathisanten heeft Ziekenhuis voor Ziekenhuis door de jaren een indrukwekkende bijdrage geleverd aan de gezondheidszorg in Congo. Memisa heeft het ingezamelde geld omgezet in duurzame projecten die een blijvende impact hebben op de levens van mensen in nood. Dit project heeft niet alleen gezorgd voor materiële steun, maar ook voor hoop en nieuwe mogelijkheden.



**Dit project heeft
niet alleen gezorgd
voor materiële steun,
maar ook voor hoop
en nieuwe
mogelijkheden.**

We willen dan ook iedereen bedanken voor zijn steun, energie, creativiteit en vrijgevigheid de afgelopen 20 jaar. **Om het Memisa-project in schoonheid af te ronden, nodigen we jullie van harte uit op een afsluitdrink op vrijdag 28 februari 2025 om 19 uur in de Velodroom in Heusden-Zolder.** Deelname is gratis, na inschrijving via de QR-code of communicatie@sfz.be. Vermeld je naam en het aantal personen.



Eet- gewoontes in de 16de eeuw

Dr. Fons Henckens

De fantasie van Luilekkerland

Het Land van Kokanje (Luilekkerland) van Pieter Bruegel de Oude toont 3 mollige personages in een sprookjesland waarin voedsel in overvloed is (hoewel de winter van 1564 de koudste van de eeuw was, gevolgd door een mislukte oogst in 1565). Luilekkerland was een populaire fantasie in een tijd waarin voedselvoorziening een obsessieve zorg was.

Op het schilderij zien we naast het standaardkarakter van de hebzuchtige boer ook een soldaat en een klerk die na een feestmaal in slaap gevallen zijn. Naast hen ligt een gans klaar op een bord. Achter een uit worsten gevlochten hek zien we ook een zee van melk, waarop schepen varen, en een varken met zijn eigen vleesmes.

Obesitas in de 16de eeuw

Afgezien van Luilekkerland waren er vroeger amper afbeeldingen van extreme lichaamstypes. Reden daarvoor kan de kortere levensverwachting zijn. Door snellere sterfte zouden obesitas of felle vermagering namelijk minder chronisch geweest zijn. Ook in de context van intermitterende hongersnoden en plagen lijkt obesitas onwaarschijnlijk.

Toch was er een herhaalde omschakeling tussen beperkt en overvloedig voedsel die kon leiden tot een terugkerende gewichtstoename, zoals bij de jojodiëten van vandaag. Zo was er een jaarlijkse cyclus van overvloed in de winter, wanneer de dieren geslacht werden, en schaarste in de lente en zomer, in de aanloop naar de oogst. De eetgewoonten van de mensen zouden dit weerspiegeld hebben, met soberheid in de vasten en overdaad in de oogsttijd en bij Kerstmis.



Het Land van Kokanje, Pieter Bruegel de Oude



Pieter Bruegel de Oude



De Boerenbruiloft, Pieter Bruegel de Oude

De altijd aanwezige dreiging van voedseltekorten, de seizoenen en de afwisseling tussen feest en vasten in de kerk kunnen de eetgewoonten van mensen gevormd hebben op manieren die we ons vandaag moeilijk kunnen voorstellen. Zo kunnen sociaal gesanctioneerde eetbuien in tijden van overvloed eerder de regel dan de uitzondering geweest zijn.

Naast de wisselende voedselvoorziening kunnen ook de koude winters en langere periodes van hard werk in de oogsttijd geleid hebben tot overmatige gewichtstoename, door een relatief slaapttekort. Dit werd onlangs namelijk in verband gebracht met de vermeerdering van het eetlust bevorderende ghreline en een afname van het anorexigene leptine.

Leven en invloed van Pieter Bruegel de Oude

Pieter Bruegel de Oude (ca. 1525-1569) was een Vlaamse renaissanceschilder, bekend om zijn gedetailleerde taferelen

van het alledaagse boerenleven en indrukwekkende landschappen. Hij werd geboren in Breda of Brussel en verhuisde naar Antwerpen, waar hij zich in 1551 aansloot bij de schildersgilde. Hij verbleef ook enkele jaren in Italië en vestigde zich in 1563 in Brussel.

Bruegel werd beroemd door zijn satirische en moralistische schilderijen die de menselijke natuur, sociale structuren en dagelijkse activiteiten weergeven. Zijn werken zoals *De Boerenbruiloft*, *De Toren van Babel* en *Jagers in de Sneeuw* zitten vol symboliek en laten een scherp inzicht zien in de maatschappij van zijn tijd. Zijn zonen, Pieter Brueghel de Jonge en Jan Brueghel de Oude, werden ook bekende schilders.

Bruegel had ook grote invloed op de landschapsschilderkunst, met werken als *Jagers in de Sneeuw*. Dat toont niet alleen een landschap, maar integreert ook menselijke activiteiten. Zijn werk wordt beschouwd als een voorloper van genreschilderkunst en inspireerde gene-



Jagers in de Sneeuw, Pieter Bruegel de Oude

raties na hem, onder wie zijn zonen. Zijn kunst blijft een waardevol document van het 16de-eeuwse Vlaamse leven en een visuele kritiek op de menselijke natuur, die nog steeds relevant wordt geacht voor moderne beschouwingen van kunst en maatschappij.

Ref.: Obesity in Art – A Brief Overview, Rosalind Woodhouse

Interessante tentoonstellingen

Pierre Alechinsky
26/9/2024 - 16/3/2025
Villa Empain Brussel

Paul Delvaux
4/10/2024 - 16/3/2025
La Boverie Luik

Michaël Borremans
vanaf 30/11/2024
Museum Voorlinden Wassenaar

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?

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 71 55 55 (afspraken)

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Mevr. Ilse Luypaerts

Redactieraad

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

Foto's

Lies Engelen en Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt

dr. Steven Pans, dr. Nathalie
Deferm, dr. Galina Khorosheva,
dr. Paulien Hilven, dr. Sarah
Bogovic, dr. Carlo Oud, dr. Lisa
van Beusichem, dr. Nico Hustings,
dr. Johan De Gols, dr. Victoria
Van Renterghem, dr. Johan
Vandermaesen, dr. Fons Henckens,
Diane Mombers