

INTRO

Nr. 82 - December 2025

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Kniprothesiologie

Menopauzekliniek

Huisartsenwachtpost

Reumatologie



JAAR

AAN JOUW ZIJDE



Trots op ons verleden, klaar voor de toekomst.

Het jaar loopt stilaan op zijn einde en de feestdagen komen dichterbij. Een mooi moment om even stil te staan bij wat achter ons ligt én wat voor ons ligt. 2025 was een bijzonder jaar voor het Sint-Franciscusziekenhuis: we vierden ons honderdjarig bestaan. Een mijlpaal die getuigt van een rijke geschiedenis en van onze continue inzet voor kwaliteit, innovatie en warme, nabije zorg. Deze eeuw van zorg was alleen mogelijk dankzij de hechte samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen, medewerkers, huisartsen, eerstelijnspartners en vrijwilligers. Samen vormen we een sterk netwerk dat elke dag opnieuw het verschil maakt voor onze patiënten.

Het jubileumjaar nodigt ons uit om trots terug te kijken, maar vooral om vol vertrouwen vooruit te gaan. De gezondheidszorg evolueert razendsnel, en wij willen daarin een voortrekkersrol blijven opnemen. Zo introduceerden we robottechnologie in de knie-orthopedie, tegelijk met de start van twee nieuwe kniechirurgen. Dat verhoogt niet alleen de precisie, maar zorgt ook voor een sneller herstel van onze patiënten. We mochten daarnaast een nieuwe reumatoloog verwelkomen, waardoor we onze expertise in chronische aandoeningen verder versterken. Ook breidden we onze diagnostische mogelijkheden uit, onder meer met cardiale MRI, wat ons toelaat om hartproblemen sneller en accurater op te sporen.

Met de opstart van onze menopauze-kliniek spelen we in op een belangrijke levensfase voor vele vrouwen. Dankzij de

multidisciplinaire aanpak kunnen we hen gerichte begeleiding en gespecialiseerde zorg bieden.

Innovatie gaat echter verder dan technologie alleen. Zo zetten we sterk in op telemonitoring voor hartfalenpatiënten, zodat we – samen met huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals – patiënten van dichtbij kunnen opvolgen en sneller kunnen ingrijpen bij veranderingen in hun gezondheidstoestand. Deze samenwerking met de eerste lijn blijft essentieel: zij zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten, en door onze krachten te bundelen creëren we een veilig, efficiënt en mensgericht zorgcontinuüm.

Onze kracht ligt in verbinding: tussen disciplines, tussen ziekenhuis en eerste lijn, en tussen zorgverlener en patiënt. De groeiende betrokkenheid van patiënten



*Dr. Steven Pans,
medisch directeur*

en de inzet van vele vrijwilligers maken onze zorg niet alleen kwalitatief, maar ook warm en toegankelijk. Dat is en blijft ons fundament.

Graag wil ik iedereen bedanken die elke dag opnieuw de zorg voor patiënten, familie en collega's mogelijk maakt. Jullie inzet, vertrouwen en engagement vormen de basis van ons succes – gisteren, vandaag en morgen.

Namens het directie- en management-team wens ik u een warme kerst, een inspirerend jaareinde en vooral een gezond en innovatief 2026.

Na honderd jaar zorg kijken we terug met trots, maar vooral vooruit met ambitie. Samen bouwen we verder aan de volgende eeuw van veilige, kwalitatieve en toekomstgerichte zorg.



Een gepersonaliseerd traject voor knieprothesiologie in SFZ: meer dan enkel een nieuwe knierobot

De dienst orthopedie van het Sint-Franciscusziekenhuis werd recent versterkt met twee nieuwe kniechirurgen: dr. Jim Vandenberg en dr. Bruno Stragier, beiden halftijds actief in SFZ sinds oktober 2025. Zij brengen een moderne, gepersonaliseerde visie op kniechirurgie, geïnspireerd door internationale fellowships en recente wetenschappelijke inzichten.

Om die visie te ondersteunen, investeerde het ziekenhuis recent in de MAKO-robot (Stryker), een geavanceerd systeem dat toelaat om knieprothesen met hoge precisie af te stemmen op de anatomie van elke individuele patiënt. Toch gaat het nieuwe knietraject in SFZ verder dan enkel robotica: het omvat een zorgvuldig uitgewerkt pre-, per- en postoperatief zorgpad op maat van de patiënt.

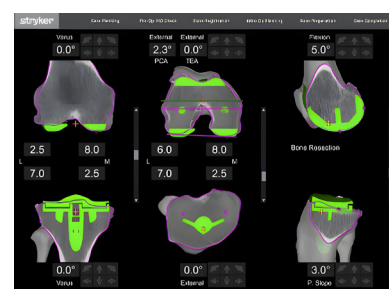
Dr. Jim Vandenberg behaalde zijn opleiding tot orthopedisch chirurg aan de KU Leuven en heeft een bijzondere expertise in robot-geassisteerde en gepersonaliseerde gewrichtsvervanging

van de knie. Zo volgde hij zes maanden opleiding in Sydney bij een pionier van de robotische kniechirurgie en vervolgde hij binnenlandse fellowships in AZ Herentals en AZ Delta bij prof. dr. Claes en prof. dr. Luyckx.

Naast zijn klinische werk is dr. Vandenberg actief in wetenschappelijk onderzoek. Hij werkt aan een doctoraat binnen het domein van de gepersonaliseerde aanpak bij knieprothesiologie en presenteerde de eerste resultaten hiervan onlangs op de European Knee Society Meeting in Kopenhagen.



Dr. Jim Vandenberg





Dr. Bruno Stragier



De MAKO-robot kan een knieprothese heel precies afstemmen op de anatomie van de patiënt.

Dr. Bruno Stragier volgde zijn opleiding tot orthopedisch chirurg aan de KU Leuven. Hij heeft een bijzondere bekwaming in de behandeling van sportletsels van de knie alsook robot-gestuurde prothesechirurgie. Zo werkte hij in de Fortius Clinic in Londen, een centrum met wereldfaam in sportorthopedie, en in het FIFA Medical Centre of Excellence van Aspetar in Doha (Qatar). Nadien vervolgde hij ook het gerenommeerde Sports Knee Fellowship in Derby (VK), met een bijzondere focus op complexe kniechirurgie en revalidatie bij (top)sporters.

Als voormalig polsstokspringer is dr. Stragier persoonlijk vertrouwd met het belang van snelle diagnostiek en gepersonaliseerde behandeling. Hij gelooft sterk in de kracht van multidisciplinaire samenwerking met huisartsen, kinesisten en andere zorgverleners, om zo elke patiënt een traject op maat te bieden.

De rol van robotica: van standaardchirurgie naar maatwerk

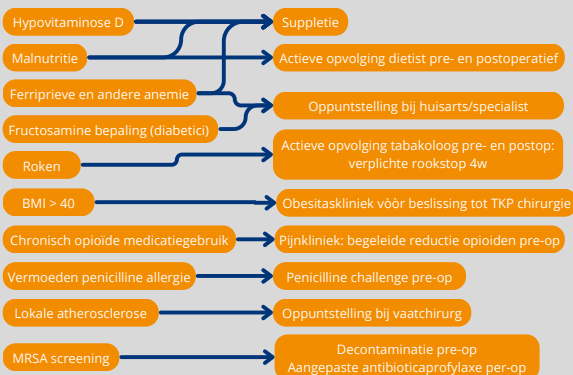
Een knieprothese blijft de gouden standaard wanneer conservatieve behandelingen bij gonartrose niet meer volstaan. Toch geeft historisch één op de vijf patiënten na een totale knieprothese aan niet volledig tevreden te zijn, vaak door een onnatuurlijk aanvoelend gewricht.

Een belangrijke verklaring ligt in de traditioneel gestandaardiseerde plaatsing van prothesen. Ongeacht de individuele anatomie werd de knie steeds loodrecht op de mechanische beenas geplaatst, waardoor de natuurlijke rotatie- en beweegassen van het gewricht onvermijdelijk wijzigden.

Dankzij robottechnologie kunnen we vandaag die anatomische variatie wel respecteren. De MAKO-robot is hierin uniek omdat ze image-based werkt: op basis van een preoperatieve CT-scan wordt een gedetailleerd 3D-model van de knie opgebouwd, waarop de chirurg de prothese digitaal plant. Tijdens de ingreep vertaalt de robotarm deze planning met submillimetrische precisie naar de realiteit, terwijl de chirurg de controle behoudt. Tegelijk worden de spanning van de knieligamenten alsook de rotatieassen objectief gemeten, wat toelaat de prothese zo te positioneren dat de natuurlijke bewegingsassen zo nauwkeurig mogelijk worden gereconstrueerd. Uit de recente literatuur blijkt een gepersonaliseerde positionering dan ook te leiden tot een natuurlijker aanvoelend gewricht en betere functionele resultaten.

RISICO SCREENING EN BEPERKING - INFORMEREN EN RESPONSABILISEREN

PRE-OP



KNEE COACH

- Infosessie
- Rondleiding ambulante revalidatie afdeling SFZ
- Pre-hab kinésithérapie

EVIDENCE BASED HEALTHCARE: gepersonaliseerde zorg bij prothesechirurgie



Veiligheid begint vóór de operatie

Nog belangrijker dan een natuurlijk aanvoelende knie, is een complicatievrij herstel. Een gepersonaliseerd knieprothesetraject start daarom met een grondige voorbereiding. In het nieuwe prothesetraject van SFZ wordt actief ingezet op preoperatieve risicoreductie, met bijzondere aandacht voor medische en levensstijlfactoren die het risico op infecties of vertraagd herstel verhogen (zie figuur).

Zo wordt bij actieve rokers minstens vier weken rookstop gevraagd, onder begeleiding van de SFZ-tabakoloog. Deze maatregel halveert het risico op postoperatieve complicaties en leidt bij de helft van de patiënten tot een langdurige rookstop. Ook voedingsstatus en vitamine D-tekort worden nagekeken: beide blijken belangrijke, vaak onderschatte risicofactoren voor wondproblemen en infecties. Patiënten met afwijkende waarden krijgen begeleiding van de diëtiste en gerichte suppletie.

Bij patiënten met diabetes krijgt de suikerregeling bijzondere aandacht. Via een fructosamintest wordt de kortetermijn-suikercontrole geëvalueerd. Verhoogde waarden geven tot tienmaal meer infectierisico en worden preoperatief op punt gesteld in overleg met de huisarts. Andere risicofactoren zoals

anemie, obesitas, chronisch opioïden-gebruik, penicillineallergie en MRSA-dragerschap worden eveneens systematisch gescreend en waar mogelijk behandeld of voorkomen. Door dit uitgebreid nazicht van modificeerbare risicofactoren is er een significant hogere kans op een complicatievrij traject en succesvolle revalidatie (zie figuur).

Een transparant en vlot herstel

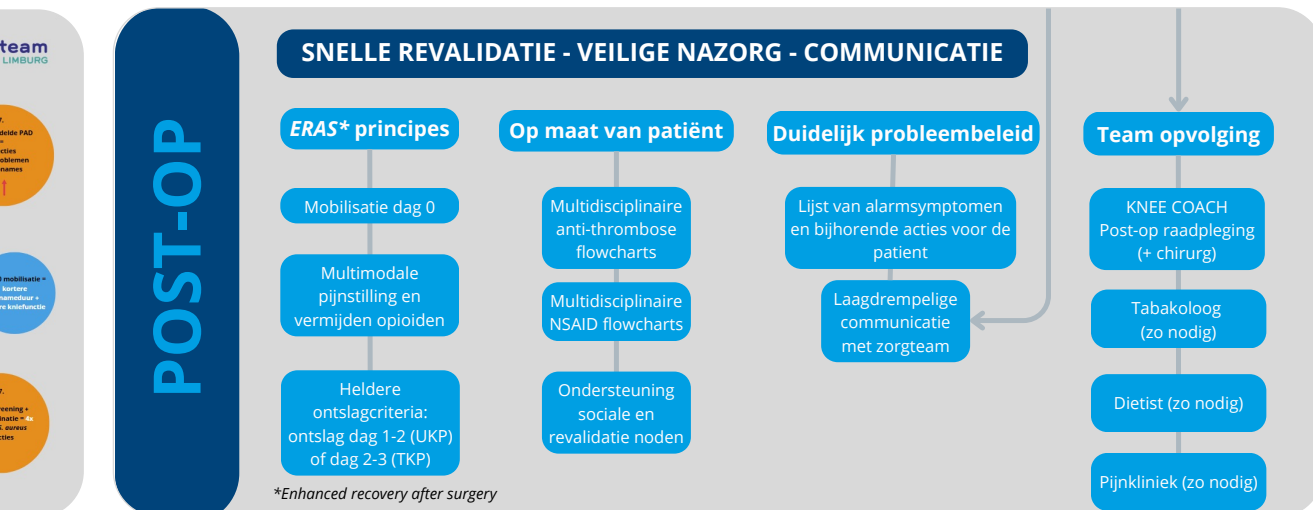
Het gepersonaliseerde traject loopt verder in de postoperatieve fase. Er werden multidisciplinaire flowcharts opgesteld voor trombose- en NSAID-beleid. Zo krijgt elke patiënt een duidelijk medicamenteus plan, afgestemd op zijn medicatie en risicoprofiel. Ook de huisarts ontvangt deze richtlijnen, zodat de postoperatieve opvolging vlot en transparant verloopt. Daarnaast hanteert SFZ de principes van Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): vroege mobilisatie vanaf dag 0, multimodaal pijnbeleid met beperking van opioïden en een kort ziekenhuisverblijf (gemiddeld 2–3 dagen bij totale knieprothesen).

Gedurende het volledige traject krijgen patiënten bovendien ondersteuning van onze nieuwe Knie Coaches – kinesisten op onze ambulante revalidatiedienst met een speciale interesse in protheserevalidatie. Zij geven uitleg over de ingreep tijdens de raadpleging en op

preoperatieve infosessies, begeleiden de patiënten bij de ambulante revalidatie en voorzien laagdrempelige terugkoppeling naar de kniechirurg. Ook tijdens de postoperatieve opvolgconsultaties volgen de Knie Coaches de patiënt mee op, waardoor er meer ruimte is om alle vragen en bezorgdheden grondig te bespreken. Tot slot zorgen nieuwe communicatierichtlijnen ervoor dat het zowel voor de patiënt als de huisarts duidelijk is wat te doen bij (on)verwachte problemen.

De prothesezorg van morgen

Met dit gepersonaliseerde traject zet SFZ een nieuwe standaard voor prothesechirurgie. De vernieuwing beperkt zich niet tot technologie, maar omvat een holistische kijk op de zorg rondom gewrichtsvervanging. Door nauwe multidisciplinaire samenwerking werd een volledig zorgpad uitgewerkt, gericht op risicoreductie, ondersteuning op maat van de patiënt en een vlot herstel.



De Menopauzekliniek in SFZ

In het Sint-Franciscusziekenhuis hechten we veel belang aan warme, kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg voor vrouwen die veranderingen ervaren rond de overgang en menopauze. Omdat deze levensfase gepaard kan gaan met uiteenlopende lichamelijke, emotionele en relationele uitdagingen, werd de Menopauzekliniek opgericht als gespecialiseerde zorgomgeving. Hier nemen verschillende specialisten de tijd om samen met elke vrouw haar klachten, vragen en zorgnoden te verkennen. We bieden zowel medische begeleiding, hormonale therapie wanneer aangewezen, als ondersteuning op het vlak van levensstijl, seksualiteit en emoti-

oneel welzijn. Ons doel is om vrouwen te versterken in hun veerkracht en kwaliteit van leven, met zorg op maat en aandacht voor hun persoonlijke verhaal.

Fysiologie van de menopauze

De menopauze is een natuurlijke fase in het leven van elke vrouw, meestal rond de leeftijd van 51 jaar. Ze wordt gedefinieerd als het permanent uitblijven van de menstruatie gedurende minstens 12 maanden, zonder andere medische oorzaken.

De verschillende fases van de overgang kunnen worden ingedeeld via de STRAW-criteria.

Overgangsfases:

- Late reproductieve jaren: de menstruatie is doorgaans nog regelmatig, maar de cyclus wordt korter door het inkorten van de folliculaire fase (start doorgaans vanaf 40 jaar of later).
- Perimenopauze (= menopauzale transitie): begint gemiddeld rond 47 jaar en duurt tot de laatste menstruatie. De cyclus wordt onregelmatig en er treden hormonale schommelingen op. Vaak zijn er al beginnende symptomen (hot flushes, verstoorde slaap, mood swings...).
- (Post-)menopauze: start na de laatste menstruatie en wordt onderverdeeld in een vroege (eerste 2-6 jaar) en late fase. De effectieve diagnose van

STRAW-criteria

Menarche					FMP (0)					
Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION			POSTMENOPAUSE		
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early		Late	
					Perimenopause					
Duration	Variable				Variable	1-3 years	2 years (1+1)	3-6 years	Remaining lifespan	
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in flow/ strenght	Variable length: persistent ≥ 7-day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥ 60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine FSH AMH Inhibin B			Low Low	Variable* Low Low	↑ Variable* Low Low	↑ >25 international units/L Low Low	↑ Variable Low Low	Stabilizes Very low Very low		
Antral follicle count			Low	Low	Low	Low	Very low	Very low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms likely	Vasomotor symptoms most likely			Increasing sympoms of urogenital atrophy

Stadium 0 = FMP (final menstrual period) = laatste menstruatie

Late reproductieve jaren Stadium -3 (-3a en -3b)

Menopauzale transitie Vroeg = -2 Laet = -1

Postmenopauze Vroeg = +1 (+1a, +1b en +1c) Laet = +2

menopauze wordt niet gesteld via bloedafname (want de hormonale schommelingen kunnen een verkeerd beeld geven), wel door de definitie van 12 maanden amenorroe toe te passen.

Symptomen van de menopauze

- Vasomotorische symptomen: opvliegers en nachtelijk zweten, soms tot 20 jaar na de menopauze.
- Psychologische veranderingen: stemmingswisselingen, prikkelbaarheid, angst en een verhoogd risico op depressie.
- Spier- en gewrichtspijnen: 'aches and pains' ter hoogte van gewrichten, pezen en botten. Kunnen zorgen voor verhoogde afwezigheden op het werk en vaker consulteren van de gezondheidszorg zoals o.a. ook spoedgevallendiensten.
- Slaapproblemen: door opvliegers, maar ook in afwezigheid hiervan, bijvoorbeeld door angst of rusteloze benen.
- Cognitieve klachten: subjectief meer vergeetachtigheid en 'brain fog'; hoewel studies geen duidelijke achteruitgang tonen van de cognitieve prestaties.
- Urogenitale en seksuele klachten
- Droge huid, hoofdpijn, gewichtstoename...

Langetermijneffecten

- Osteoporose: botverlies begint al tijdens de perimenopauze en is het sterkst rond de laatste menstruatie.
- Hart- en vaatziekten: het lipidenprofiel verandert, met een lichte stijging van LDL en verminderde bescherming door HDL.

- Dementie: wisselende gegevens hierover, hormonale therapie lijkt geen duidelijk voordeel te bieden op de cognitieve functie en/of bij het voorkomen of behandelen van dementie.

Menopauze en hormonale therapie

De indicatie voor hormonale therapie tijdens de menopauzale overgang op de verwachte leeftijd is ondersteuning van kwaliteit van leven. Primaire indicaties zijn de vasomotorische symptomen (opvliegers en het nachtelijk zweten) en de urogenitale symptomen (vaginale irritatie, droogheid, dyspareunie, urinaire frequency, recidiverende urineweginfecties). Menopauze-geassocieerde symptomen die ook kunnen verbeteren bij het gebruik van hormonale therapie zijn: 'low mood', emotionele prikkelbaarheid, verminderd seksueel verlangen, spier- en gewrichtspijnen of vermoeidheid. Hormonale therapie voor preventie van osteoporose is een minder goede indicatie. Het verlies in botdensiteit herneemt zich direct bij het stoppen van de therapie en langdurige therapie heeft een minder gunstige benefit-risk-ratio, gezien toename van het risico op trombo-embolie en CVA met de leeftijd. Hormonale therapie voorschrijven ter preventie van cardiovasculaire aandoeningen of dementie wordt volgens de huidige richtlijnen niet geadviseerd.

Hormonale substitutie in de menopauze geven we onder de vorm van het bio-identieke oestrogeen, Estradiol. Als patiënten een hysterectomie ondergingen, schrijven we enkel Estradiol voor, gezien het associëren van progesteron een bijkomend nadelig effect heeft op het borstklierweefsel. Bij aanwezigheid van de uterus geven we Estradiol in combinatie met een progestageen ter bescherming voor endometriumhyperplasie. De keuze tussen een transdermaal of een per oraal preparaat is individueel per patiënt te bekijken. Er is een voorkeur voor transdermale toediening. Bij transdermale toediening vermijden we het first-pass-effect van de lever en de invloed

op bv. stollingsfactoren, lipoproteïnes. De transdermale preparaten geven in vergelijking met de per orale preparaten geen verhoogd risico op trombo-embolie bij de lage en mid-range dosis (<50 µg/dag). Bij patiënten zonder risicofactoren cardiovasculair mag de voorkeur van de patiënte echter beslissend zijn en bijvoorbeeld het gebruiksgemak van een oraal 'all in one' preparaat doorwegen.

Als progestageen wordt voornamelijk het natuurlijk progesteron of dydrogesteron voorgeschreven. Progesteron kan cyclisch of in een continu schema gegeven worden. Postmenopauze (>1 j na laatste menses) heeft het continu schema de voorkeur gezien betere protectie van het endometrium. Als een continu progestageen wordt gegeven in de vroege menopauze, moet men rekening houden met het risico van onregelmatig bloedverlies. Afhankelijk van haar klachtenpatroon en risicoprofiel, kan echter gekozen worden voor een '2de keuze'-preparaat. Patiënten met hyperandrogene klachten kunnen bijvoorbeeld beter geholpen zijn met Estradiol gecombineerd met Dienogest of Drospireron, bij klacht van minder seksueel verlangen heeft Tibolone of de combinatie Estradiol en het progestageen norethisteronacetaat een plaats.

Bij de opstart van hormonale substitutie houden we rekening met cardiovasculaire risicofactoren en risicofactoren voor borstkanker. Hormonale substitutietherapie dient individueel te worden bekeken, waarbij we de benefit-risk-ratio voor de patiënt bepalen en bespreken.

Voor de behandelingsduur met een gecombineerd hormonaal preparaat blijft 5 jaar of tot de leeftijd van 60 jaar, met jaarlijks een herevaluatie, nog steeds een goede richtlijn. Als patiënten geen uterus hebben en dus een 'oestrogeen only'-therapie, is gezien het lager risico op borstkanker van de 'oestrogeen only'-therapie de richtlijn soepeler en kan tot 10-15 jaar worden voorgeschreven. Boven de leeftijd van 60 jaar is het opstarten van hormonale substitutie niet aangewezen.



Meer info?
Scan de
QR-code
hiernaast.

Premature ovariële insufficiëntie: vroege menopauze met grote impact

Premature ovariële insufficiëntie (POI), ook wel vroegtijdig ovarieel falen genoemd, is een aandoening waarbij de ovariële functie verloren gaat vóór het 40e levensjaar. Ongeveer 1% van de vrouwen wordt hiermee geconfronteerd, en hoewel de prevalentie laag lijkt, is de klinische en psychosociale impact groot. POI wordt gediagnosticeerd op basis van amenorroe of oligomenorroe gedurende minstens vier maanden, verhoogde FSH-waarden in het menopauzale bereik bij twee metingen met een interval van minimaal vier weken, en een leeftijd jonger dan veertig jaar. Hierbij is het belangrijk andere oorzaken van amenorroe, zoals hypothalamische stoornissen, hyperprolactinemie en schildklierziekten, uit te sluiten.

De kern van de aandoening is een verlies of disfunctie van ovariële follikels. Dit kan ontstaan door een verminderde ovariële reserve, zoals bij genetische afwijkingen of schade door medische behandelingen, een verminderde follikelresponsiviteit bij onder andere auto-immuunziekten of metabole stoornissen, of door een versnelde follikeldepletie, zoals bij cytotoxische schade. Het gevolg is een afname van oestrogeenproductie, waardoor de negatieve feedback op hypothalamus en hypofyse wegvalt en FSH- en LH-waarden stijgen. De etiologie van POI is divers. Genetische factoren kunnen een rol spelen, zoals bij Turner-syndroom of fragiele X-premutaties. Ook auto-immuunziekten, waaronder auto-immuunthyreoïditis, de ziekte van Addison en diabetes type 1, kunnen betrokken zijn. Daarnaast is iatrogene schade, bijvoorbeeld door chemotherapie, radiotherapie of ovariectomie, een belangrijke verworven oorzaak. In een aanzienlijk deel van de gevallen blijft de oorzaak echter onbekend.

De klinische presentatie lijkt sterk op die van de natuurlijke menopauze, maar treedt veel vroeger op. Vrouwen kunnen menstruatiestoornissen ervaren, evenals vasomotorische klachten zoals

opvliegers en nachtzweeten. Daarnaast kunnen vaginale droogheid, dyspareunie, verminderd libido en fertiliteitsproblemen voorkomen. De psychosociale impact is vaak groot: gevoelens van verlies, verdriet, angst en depressie komen veel voor. De diagnostiek bestaat uit anamnese, laboratoriumonderzoek en beeldvorming. Na uitsluiting van zwangerschap, schildklierstoornissen en hyperprolactinemie worden FSH-, LH- en oestradiolspiegels bepaald. AMH en inhibine-B kunnen inzicht geven in de ovariële reserve. Aanvullend onderzoek kan bestaan uit karyotypering, FMR1-genanalyse, auto-immuunonderzoek en transvaginale echografie voor antrale follikeltelling. Differentiële diagnoses zijn onder meer hypothalamische amenorroe, PCOS, hyperprolactinemie en schildklier-aandoeningen.

De behandeling richt zich primair op hormoonsubstitutie therapie (HST) met oestrogeen en progesteron tot ongeveer het vijftigste levensjaar om botmassa te behouden, cardiovasculaire risico's te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren. Voor vrouwen met een kindervens is IVF met donoreicellen doorgaans de meest kansrijke optie. Bij vrouwen die risico lopen op iatrogene schade, bijvoorbeeld door geplande chemotherapie, kan cryopreservatie van eicellen of ovariumweefsel worden overwogen. Daarnaast zijn leefstijladvies en psychologische ondersteuning belangrijke onderdelen van de begeleiding.

POI brengt op lange termijn risico's met zich mee, zoals osteoporose, toename van cardiovasculaire aandoeningen, urogenitale atrofie en psychosociale problemen. Regelmatige controle, waaronder botdichtheidsmetingen en evaluatie van cardiovasculaire risicofactoren, is daarom essentieel. Hoewel volledig herstel van de ovariële functie zelden voorkomt, is spontane ovulatie niet uitgesloten. Premature ovariële insufficiëntie is daarmee niet alleen een reproductieve aandoening, maar een endocrien syndroom met brede somatische en emotionele gevolgen. Vroege herkenning, adequate hormoonsubstitutie, vruchtbaarheidsbegeleiding



Ons doel is om vrouwen te versterken in hun veerkracht en levenskwaliteit.

en langdurige multidisciplinaire zorg dragen bij aan het verbeteren van zowel de levenskwaliteit als de gezondheid op lange termijn.

Genito-urinaire symptomen van de menopauze

Het genito-urinaire syndroom van de menopauze (GSM) bestaat uit genito-urinaire symptomen die optreden als gevolg van fysieke veranderingen na de menopauze. Urogenitale atrofie ten gevolge van afname van het oestrogeen en het zwakker worden van de ondersteunende weefsels zoals onze bekkenbodem zijn de onderliggende oorzaak van de symptomen.

Het urogenitaal syndroom omvat genitale, urologische en seksuele klachten. De meest voorkomende (of meest vermelde) zijn vaginale droogte, vaginale droogte bij seksueel contact, pijn bij seksueel contact, vulvovaginale branderigheid of irritatie, toegenomen vaginale fluor of verandering van vaginale afscheiding en toegenomen mictiefrequentie, urge, dysurie en recidiverende urineweginfecties. In tegenstelling tot menopauzesymptomen die na verloop van tijd verminderen, blijven deze symptomen tijdens het hele leven van de vrouw bestaan. De klachten treden gemiddeld 2-3 jaar na de menopauze op en zijn meestal meer intens bij langer bestaande oestrogeen-deficiëntie.

In elk menopauzeconsult zouden we genito-urinaire klachten moeten navragen. Ze zijn onderbehandeld omdat klachten vaak niet worden vermeld, er is een drempel om ze te bespreken of ze worden als normaal verschijnsel van het ouder worden beschouwd.

Een eerste stap in de aanpak is patiënt-informatie in verband met normale fysiologische veranderingen urogenitaal en de daarbij horende tips voor goede 'vulvazorg'. Het gebruik van hydraterende middelen en glijmiddel adviseren. Vaginale hydratatie is meestal op basis van bio-adhesieve moleculen zoals hyaluronzuur, een lanette of cetomacrogolcrème kan voor uitwendige hydratatie van de vulva. Deze middelen helpen bij milde symptomen, verbetering van dyspareunie en vaginale droogte, maar keren veranderingen ten gevolge van atrofie niet om en zijn daarom minder werkzaam dan de hormonale middelen. Lokaal, vaginaal toedienen van oestrogeen, Estradiol, is de eerste keuze. Vaginaal gebruik geniet de voorkeur boven systemische preparaten gezien ze een significanter effect hebben ter behandeling van urogenitale symptomen. Vaginaal Estradiol is veilig en kan gebruikt worden zo lang als nodig. De invloed op de Estradiol-serumconcentratie is er niet tot minimaal.

Er is geen nood aan endometriumprotectie of echografische follow-up van het endometrium. Belangrijk is dat we de patiënt goed informeren dat het effect op lange termijn moet worden beoordeeld (tot 3 maanden). Het omkeren van de atrofische veranderingen vraagt tijd. Vaginaal oestradiol wordt voorgeschreven in een oplaaddosis (dagelijks gedurende 2 weken) en nadien een onderhoudsdosis gezien bij het stoppen van de behandeling de veranderingen ook terugkeren. Bij onvoldoende effect van het oestradiol is er als alternatief vaginaal DHEA. DHEA wordt intracellulair omgezet in de perifere weefsels tot androgenen (androsteendion en testosteron) en vervolgens gearomatiseerd tot oestrogenen (oestron en oestradiol), het heeft dus een effect op de vaginale epitheelcellen maar wordt daarna geïnactiveerd en heeft dan ook weinig systemische bijwerkingen. Lasertherapie is niet effectief gebleken als therapie voor klachten ten gevolge van urogenitale atrofie.

De benadering van menopauzale klachten bij patiënten met een borstcarcinoom: niet-hormonale behandelopties

Ongeveer één op de acht vrouwen krijgt in de loop van haar leven borstkanker, en bijna 75% is postmenopauzaal op het moment van de diagnose. Door de stijgende incidentie én de verbeterde overleving zien we bovendien een groeiende groep premenopauzale vrouwen die borstkanker overleven maar later toch te maken krijgen met climacterische klachten. Daarom is een behandeling van menopauzale klachten bij patiënten met een voorgeschiedenis van borstcarcinoom een relevant klinisch aandachtspunt.



Voldoende tijd nemen om te luisteren naar de patiënte.

Borstkanker als contra-indicatie voor systemische hormonale substitutietherapie

Grote RCT's tonen aan dat systemische hormonale substitutietherapie gecontra-indiceerd is bij vrouwen met een voorgeschiedenis van borstcarcinoom, gezien het verhoogde risico op recidief in de ipsi- en contralaterale borst (HABITS-, Stockholm- en LIBERATE-studie).

Een overzicht van niet-hormonale behandelopties van menopauzale klachten bij de borstkankerpatiënte

Het blijft onze taak als arts om voldoende tijd te nemen om te luisteren naar de patiënte: welke klachten domineren en op welke manier kunnen we de symptomen verlichten zonder gebruik te maken van systemische hormonale substitutietherapie. Er bestaan waardige alternatieven voor systemische hormonale substitutietherapie om climacterische klachten te behandelen. Hieronder volgt een overzicht met de aanbevelingen en daarbij horende evidentie:

Slaapstoornissen

aanbeveling

Slaaphygiëne	xxxx-evidentie++
Melatonine	xxx-evidentie++++
Cognitieve gedragstherapie, tai chi en acupunctuur	xxxx-evidentie++++

Genito-Urinair-Syndroom van de menopauze

aanbeveling

Informeren over psychoseksuele beleving	xxxx-evidentie++
Lokale niet-hormonale behandelingen	xxxx-evidentie+++
Lokale vaginale hormonale behandeling	xxx-evidentie+++

Artralgie

aanbeveling

Voedingssuppletie afgeraden	xxxx-evidentie++++
Lichaamsgewicht (BMI 20-25) en beweging	xxxx-evidentie++++
Acupunctuur	xxx-evidentie++++
Duloxetine 60 mg/d	xxx-evidentie++++

Hot flushes: niet-hormonale behandelopties

Levensstijl	aanbeveling
Rookstop	xxxx-evidentie +++
Beperken van alcoholgebruik	xxx-evidentie +
Lichaamsgewicht (BMI 20-25)	xxxx-evidentie +++
Lichaamsbeweging	xxxx-evidentie ++
Voedingssuppletie afgeraden	xxxx-evidentie +++
Cognitieve gedragstherapie	xxxx-evidentie ++++
Yoga	xxxx-evidentie ++++
Acupunctuur	xx-evidentie++
Systemische niet-hormonale therapie	
SSRI/SNRI: paroxetine 7,5 mg/d; escitalopram 10-20 mg/d; venlafaxine 75 mg/d	xxx-evidentie++++
Gabapentine 300-1200 mg/d	xxx-evidentie++++
Clonidine 2x 0,05-0,075 mg/d	xx-evidentie++
Oxybutynine 2x 2,5-5 mg/d	xxx-evidentie++++
Neurokinine 3-receptor-antagonisten; Veoza 45 mg/d	xx-evidentie++++

Seksualiteit en de menopauze

De menopauze brengt onmiskenbaar lichamelijke en hormonale veranderingen met zich mee, die onze seksualiteit beïnvloeden. Minder makkelijk vochtig worden, veranderde gevoeligheid of pijn bij penetratie worden vaak benoemd als uitdagingen. Toch zijn deze lichamelijke veranderingen zelden het volledige verhaal. Ze confronteren vrouwen en koppels met een dieperligend gegeven: dat de manier waarop we gewend zijn om seks te hebben – onze seksuele gewoontes – niet langer vanzelfsprekend dezelfde bevrediging oplevert.

Wanneer het vertrouwde seksuele script niet meer werkt, vraagt dat om flexibiliteit en nieuwsgierigheid. Zowel individueel als binnen de relatie is er nood aan het herontdekken van hoe vrijen plezierig, opwindend en verbindend kan zijn met dit 'nieuwe' lichaam. Seksualiteit in de menopauze is dus niet zozeer een kwestie van verlies, maar eerder van aanpassing en groei: het opnieuw leren afstemmen

van handelen, voelen en verlangen op de veranderde lichamelijke en relationele realiteit. Met voldoende openheid en exploratie kan ook in de menopauze seks opnieuw datgene brengen wat mensen erin zoeken – plezier, ontspanning en verbondenheid.

Wat kan een menopauze-consulente betekenen?

Een menopauzeconsulente neemt uitgebreid de tijd om vrouwen te begeleiden in deze bijzondere levensfase. Tijdens een eerste consult luistert zij met volle aandacht naar het verhaal, de klachten en zorgen. Een traject bij de menopauzeconsulent start met een uitgebreide intake en medische anamnese, waarbij, indien gewenst, ook een kleine healthcheck wordt uitgevoerd, zoals het meten van bloeddruk, gewicht en buikomtrek.

Samen met de patiënte bekijkt de menopauzeconsulente in welke fase van de overgang de patiënte zich bevindt:

**De menotoolkit is een zorgplan op maat van de patiënte.**

premenopauze, perimenopauze, menopauze of postmenopauze. Hiervoor gebruikt ze onder andere de Greene Climacteric Scale, een hulpmiddel dat inzicht geeft in de symptomen die jij ervaart en hoe ernstig ze zijn. Tijdens het consult geeft de consulente uitleg over wat er in het lichaam gebeurt tijdens de overgang. Ze informeert over mogelijke behandelingen zoals hormoonsubstitutie therapie (HST), andere medicamenteuze behandeling, en andere complementaire opties. De voor- en nadelen van bio-identieke versus standaardhormonen worden besproken en de patiënte krijgt uitleg over welke vormen van toediening er zijn, zoals pleisters of orale inname. Een eventuele opstart van HST gebeurt altijd in overleg met een arts die een risicoanalyse maakt.

Tenslotte kijkt de menopauzeconsulente samen met de patiënte naar haar levensstijl. Wat loopt er goed? Waar kunnen we nog op inzetten? Denk aan voeding, beweging, slaap, ontspanning en stressmanagement. Het doel is om preventief te werken en risico's op lange termijn zoals hart- en vaatziekten, osteoporose en insuline-resistentie zoveel mogelijk te beperken. Op basis van de noden en wensen van de patiënte wordt een zorgplan op maat opgesteld, de zogenaamde 'menotoolkit'. Daarin wordt samen bepaald waar de patiënte de meeste hinder van ondervindt en waar ze allereerst verandering in wil brengen. Bij onderliggende problemen werkt de menopauzeconsulente samen met andere zorgverleners en verwijst ze door naar specialisten zodat de patiënte de juiste ondersteuning krijgt.

Mijn-Wachtpost West-midWest en spoedgevallendienst Sint-Franciscusziekenhuis op één locatie

Een toekomstmodel voor niet-planbare zorg in de regio

Om de toegankelijkheid, samenwerking en efficiëntie van niet-planbare zorg in de regio te versterken, kondigen Mijn-Wachtpost West-midWest en het Sint-Franciscusziekenhuis aan dat de wachtpost tegen eind 2027 fysiek zal verhuizen naar de ziekenhuiscampus in Heusden-Zolder. Deze stap vormt een belangrijke mijlpaal in de uitbouw van een toekomstgericht en uniform model voor niet-planbare zorg in de regio.

Complexe zorgvraag vraagt om geïntegreerde aanpak

Niet-planbare zorg is vandaag vaak complex georganiseerd en voor veel patiënten weinig transparant. Ze weten niet altijd waar ze met hun zorgvraag terecht kunnen, noch hoe dringend hun situatie is. Tegelijk leidt de vergrijzing tot een stijgende zorgvraag en zijn de verwachtingen rond snelle en toegankelijke hulp groot. Met de verhuis van Mijn-Wachtpost West-midWest naar het Sint-Franciscusziekenhuis wordt een uniform en overzichtelijk zorgsysteem uitgebouwd waarin patiënten sneller en correcter geholpen kunnen worden, afhankelijk van de ernst van hun medische situatie. Deze verhuis kadert binnen de uitbouw van een toekomstgericht en uniform model voor niet-planbare zorg in Vlaanderen.

Efficiëntere en betere zorg voor de patiënt

Door de fysieke nabijheid kunnen patiënten eenvoudig doorverwezen worden tussen de huisartsenwachtpost en de dienst spoedgevallen. Zo komt de juiste patiënt bij de juiste zorgverlener terecht. De dienst spoedgevallen van het ziekenhuis focust zich op acute en levensbedreigende situaties, terwijl de wachtpost instaat voor dringende niet-acute zorgvragen buiten de kantooruren. De opvang van niet-planbare acute zorg door de spoedgevallendienst van Sint-Franciscusziekenhuis blijft, ook in het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap, essentieel om toegankelijke spoedeisende zorg in de regio op te vangen.

“Door de verhuis van Mijn-Wachtpost West-midWest naar het Sint-Franciscusziekenhuis kunnen we patiënten met een niet-planbare zorgvraag sneller en efficiënter naar de juiste zorgverlener leiden. Deze samenwerking versterkt de continuïteit van zorg en maakt het voor de patiënt veel duidelijker waar hij terecht kan. De huisartsen in de regio's West en midWest onderschrijven deze plannen en zien dit als een belangrijke stap naar een toekomstbestendig zorgmodel”, zegt dr. Jef Vanderhoydonck, voorzitter van de raad van bestuur van Mijn-Wachtpost West-midWest.

“De fysieke nabijheid van de huisartsenwachtpost zorgt voor betere zorg voor de patiënt. Voor onze spoedgevallendienst betekent dit dat we ons nog sterker kunnen focussen op wat echt onze kernopdracht is: de opvang en behandeling van acute en levensbedreigende situaties”, zegt dr. Steven Pans, medisch directeur van het Sint-Franciscusziekenhuis.

Centrale locatie voor de wachtpost

Met de nieuwe locatie in Heusden-Zolder krijgt de Mijn-Wachtpost een centrale locatie voor het bedienen van beide zones West en midWest. Inwoners van Beringen, Ham, Heusden-Zolder, Houthalen-Helchteren, Leopoldsburg, Lummen, Halen, Tessenderlo en Deurne (Diest) kunnen vanaf eind 2027 op dezelfde momenten als vandaag terecht bij de wachtpost: maandag t.e.m. donderdag van 18 tot 23 uur,



in het weekend en op feestdagen van vrijdag 18 uur tot maandag 8 uur. Van maandag tot donderdag tussen 23 en 8 uur kunnen patiënten, net als vandaag, terecht bij de wachtpost Herkenrode (campus Jessa Ziekenhuis, Hasselt). De spoedgevallendienst van het Sint-Franciscusziekenhuis blijft 24/7 beschikbaar voor dringende en acute medische zorg.

Medisch Centrum Beringen: een belangrijke schakel voor toegankelijke zorg in de regio

Het Medisch Centrum Beringen wordt door het Sint-Franciscusziekenhuis momenteel al verder uitgebouwd om een belangrijke poort voor toegankelijke zorg in de regio te blijven. Zo zal het aanbod aan consultaties en onderzoeken verder worden uitgebouwd en komt er ruimte voor ambulante revalidatie. Op korte termijn wordt het gebouw technisch gemoderniseerd. Op langere termijn volgt een grondige renovatie om ruimte te maken voor een uitbreiding van het aanbod.



100 jaar Sint-Franciscusziekenhuis: een eeuw toewijding en zorg aan jouw zijde

Het Sint-Franciscusziekenhuis viert dit jaar zijn honderdjarig bestaan. Precies een eeuw geleden, op 20 oktober 1925, legden de Grauwzusters van Zoutleeuw de eerste steen van een ziekenhuis dat zieke paters en de groeiende mijnwerkersbevolking moest verzorgen. Het begin van een eeuw zorg 'aan jouw zijde'.

Vandaag is het Sint-Franciscusziekenhuis uitgegroeid tot een modern regionaal ziekenhuis met meer dan 1.000 medewerkers en artsen in ruim 30 medische disciplines. Door de jaren bleef het ziekenhuis trouw aan zijn kernwaarden: patiëntgerichte, kwaliteitsvolle zorg, dichtbij huis en gedragen door samenwerking.

Een eeuw zorg, gedragen door samenwerking

Van een bescheiden gasthuis tot een volwaardig regionaal ziekenhuis: het Sint-Franciscusziekenhuis heeft zich steeds aangepast aan de noden van zijn omgeving. Wendbaarheid en samenwerking vormen al honderd jaar de rode draad. Elke uitdaging, van crisis tot structurele verandering, greep het ziekenhuis aan als een kans om te verbeteren.

"Samenwerking is altijd onze rode draad geweest", benadrukt voorzitter Nadja Vananroye. "De toekomst van zorg ligt niet binnen de muren van één ziekenhuis, maar in de kracht van verbinding." Dat weerspiegelt zich ook in het zorgbeleid. Het Sint-Franciscusziekenhuis blijft inzetten op nauwe samenwerking met huisartsen, eerstelijnsactoren, lokale besturen en collega-ziekenhuizen.

Bouwen aan de toekomst

Het Sint-Franciscusziekenhuis blijft investeren in de zorg van morgen. De nieuwe ziekenhuisvleugel, die momenteel wordt gebouwd, is onderdeel van die toekomstvisie: moderne infrastructuur met ruimte voor dagopnames, bijkomende operatiezalen, psychiatrie, een geriatrisch en een oncologisch platform. Daarnaast wordt ook de spoeddienst vernieuwd en uitgebreid om in te zetten op duurzaamheid, kwaliteit, comfort en

efficiëntie, maar ook om een nauwere samenwerking met huisartsenwachtpost Mijn-Wachtpost mogelijk te maken. Met deze uitbreidingen speelt het ziekenhuis in op de veranderende zorgnoden van de regio.

Een feestjaar vol verhalen

Het jubileumjaar stond volledig in het teken van verbinding, met tal van activiteiten die verleden en toekomst samenbrachten. Voor medewerkers en artsen werden feestelijke initiatieven georganiseerd, van een zomerbar, kleine initiatieven met een gouden randje tot een spetterend personeelsfeest. Voor patiënten en bezoekers werd de rijke geschiedenis van het ziekenhuis tot leven gebracht via twee fototentoonstellingen, een jubileumboek en een vijfdelige televisiereeks op TV Limburg, gepresenteerd door komiek Erhan Demirci.

Het jubileumboek 'Sint-Franciscusziekenhuis – een eeuw toewijding en zorg aan jouw zijde' bundelt honderd jaar zorg in zes hoofdstukken en honderd pagina's.

Het boek belicht de vele verhalen achter een eeuw engagement, innovatie en warme zorg.

De feestelijkheden kenden hun hoogtepunt met een groot personeelsfeest én een inspirerend jubileumevent. We blikten niet alleen terug op een rijke geschiedenis, maar keken vooral ook vooruit: samen met huisartsen, eerstelijnsactoren, lokale besturen, zorgpartners en collega-ziekenhuizen wil het Sint-Franciscusziekenhuis verder bouwen aan een sterk, patiëntgericht en duurzaam zorgnetwerk.

Het jubileumevent stond in het teken van dialoog en inspiratie. Keynotesprekers Daan Aeyels (Voka Health Community) en Stefan Gijsels (Patiënt Expert Center) gaven richting aan de zorg van morgen, met thema's als beleidsuitdagingen, patiëntbetrokkenheid en geïntegreerde samenwerking. Tijdens een panelgesprek gingen huisartsen, specialisten, netwerkcoördinatoren en beleidsmakers met elkaar in gesprek over de toekomst van zorg in de regio.



De toekomst van zorg maken we samen.

Vooruit met vertrouwen

Met 100 jaar geschiedenis als stevige basis kijkt het Sint-Franciscusziekenhuis resoluut vooruit. Het ziekenhuis wil de komende jaren blijven investeren in innovatieve zorg, regionale samenwerking en duurzame verankering in de regio voor kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg. "De toekomst van zorg maken we samen", besluit algemeen directeur Nele Sneyers. "Met onze partners, met onze medewerkers, en met iedereen die bijdraagt aan patiëntgerichte, kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg in onze regio."



**EEN EEUW
TOEWIJDING
EN ZORG**





Zeker op het vlak van inflammatoire aandoeningen en systeemaandoeningen is er de laatste decennia veel veranderd.



Reumatologie: een discipline in beweging

De afdeling reumatologie in het Sint-Franciscusziekenhuis breidt uit. Sinds 1 oktober versterkt dr. Stijn Germonpré het team van dr. Custers en dr. Meynen. Dr. Germonpré specialiseerde zich, na zijn opleiding geneeskunde aan de KU Leuven, in de reumatologie in het Maastricht UMC. Daar legde hij zich naast de algemene reumatologie ook toe op de musculoskeletale echografie. Het is de bedoeling om binnenkort ook deze vaardigheid in de praktijk om te zetten. Hij zal aanwezig zijn in Heusden-Zolder op woensdag en vrijdag, waardoor de aanwezigheid van onze afdeling daar een heel stuk groter wordt.

De reumatologie is een zeer diverse discipline en ligt als specialisme in het midden tussen de interne geneeskunde en de musculoskeletale disciplines (orthopedie, fysische geneeskunde, neurologie). Dat zorgt voor patiënten en soms zelfs voor collega's geregeld voor verwarring, maar maakt het voor ons net een enorm interessant en afwisselend vak. Patiënten kunnen bij ons terecht voor musculoskeletale en inflammatoire reumatische aandoeningen, maar ook voor de behandeling van systeem-aandoeningen (systemische lupus, ziekte van Sjögren, systemische sclerose, MCTD, vasculitis) en osteoporose.

De basis van onze diagnostiek blijft nog steeds de anamnese en het lichamelijk onderzoek en draait om patroonherkenning. Zo uit reumatoïde artritis zich bijvoorbeeld klassiek als een symmetrische poly-artritis van kleine gewrichten en zijn de DIP-gewrichten in de regel nooit aangedaan door de ziekte. Een acute gonartritis heeft dan weer een heel andere differentiaaldiagnose en vraagt een andere aanvullende diagnostiek. Naast de anamnese en

kliniek nemen ook de mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek nog steeds toe (PET-CT, echografie, auto-immuun serologie, microscopisch kristalonderzoek, nagelriemcapillaroscopie). Zo ook bijvoorbeeld de musculoskeletale echografie. De mogelijkheid om musculoskeletale echografie toe te passen in de spreekkamer kan worden gezien als een verlengde van het lichamelijk onderzoek. Bij twijfel over de al dan niet aanwezigheid van artritis of tenosynovitis kan een snelle blik met het echoapparaat uitsluitsel geven. Daarnaast kan het ook gebruikt worden om gericht intra-articulare injecties en puncties te verrichten. Daarmee vergroten we de effectiviteit en accuraatheid van injecties en kan de diagnostiek ook worden versneld. De bedoeling is om dat ook tijdens de consultatie te kunnen uitvoeren.

Zeker op het vlak van inflammatoire aandoeningen en systeemaandoeningen is er de laatste decennia veel veranderd. Daar waar er vroeger nog veel patiënten blijvende schade opliepen door aanhoudende inflammatie kunnen we bij de meeste patiënten tegenwoordig een lage ziekteactiviteit bereiken en schade beperken. Patiënten moeten de dag van vandaag vooral leren om te gaan met het hebben van een chronische aandoening. Daar komt bijvoorbeeld kinesitherapie of ergotherapie aan te pas. Op medicamenteus vlak heeft de intrede van biologicals en targeted synthetic DMARD's er dan weer voor gezorgd dat we momenteel ook veel meer keuze hebben in de behandeling. Daardoor kunnen we rekening houden met de specifieke noden van een bepaalde patiënt. Speelt er bijvoorbeeld nog een zwangerschapswens? Moet iemand vaak naar het buitenland, dan kan het onhandig zijn om injectiespuiten koel te moeten bewaren. Voor de ene



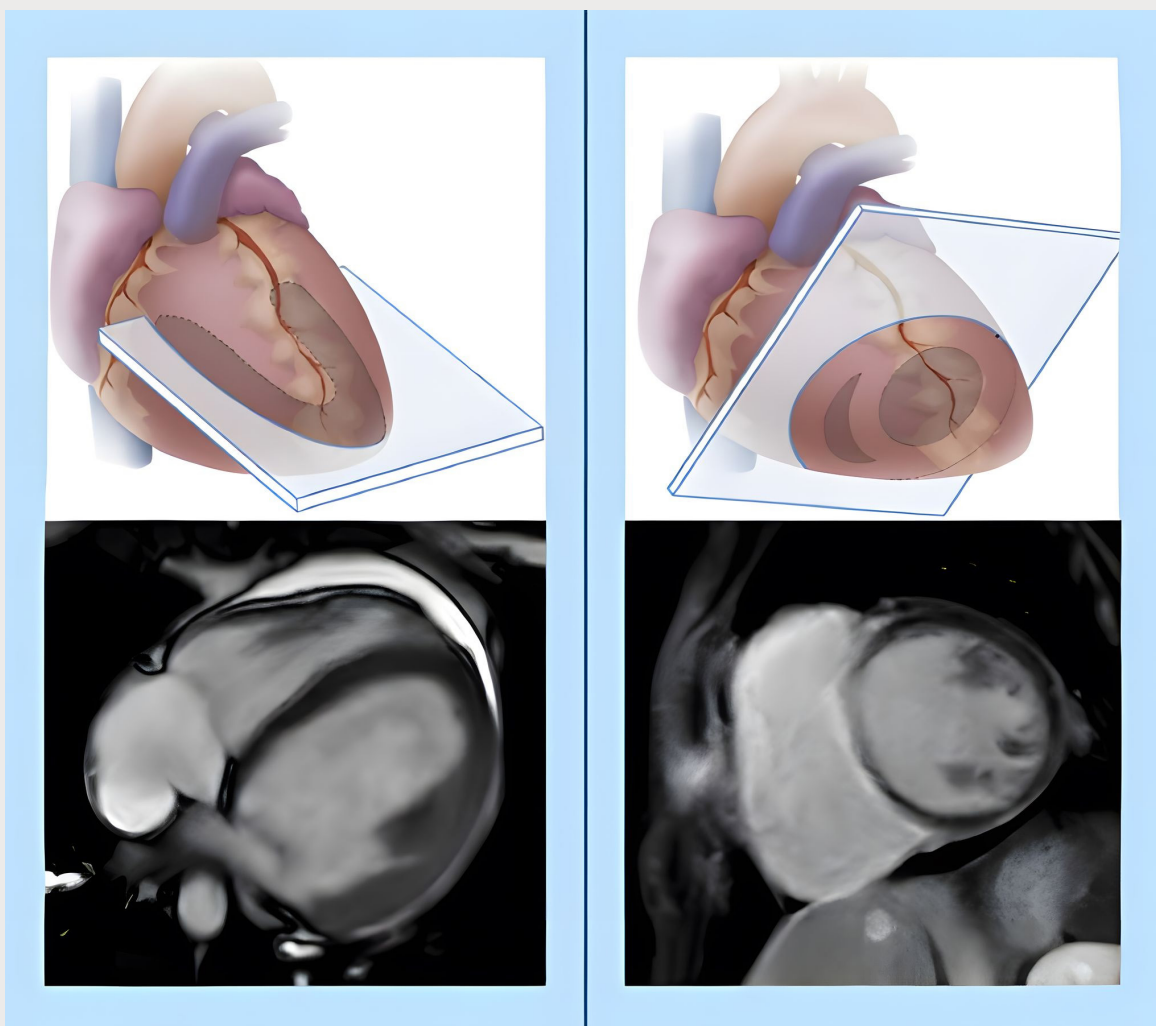
De intrede van biologicals heeft voor een grotere keuze in behandeling gezorgd.

patiënt betekent dat tabletten. Anderen moeten dan weer aangeleerd krijgen om zichzelf te injecteren, om subcutane medicatie toe te dienen. Een laatste groep patiënten wordt behandeld via het dagcentrum en krijgt op gezette tijden infusen toegediend. Het doel blijft steeds hetzelfde, hoe kan de patiënt een zo normaal mogelijk leven leiden ondanks zijn of haar diagnose.

Ook in de toekomst mogen we nog nieuwe behandelingen verwachten. In allerlei domeinen wordt er onderzoek gedaan naar gerichte medicatie. Vanuit de hematologie-oncologie kwam in de reumatologie voor de behandeling van bepaalde systeemaandoeningen ook de intrede van CAR-T-celtherapie. Deze techniek toont, bij refractaire ziekte, zeer mooie resultaten met langdurige remissie. Kortweg worden hierbij de eigen afweercellen (T-cellen) uit het bloed van de patiënt gefilterd en geherprogrammeerd. Daarna worden ze opnieuw bij de patiënt geïnjecteerd waar ze tot diep in de weefsels de ziekteveroorzakende B-cellen vernietigen. Deze behandeling wordt echter, vaak in studieverband in gespecialiseerde centra, voorbehouden voor therapierefractaire patiënten.

Cardiale MRI

Met de introductie van cardiale MRI (CMR) zet het Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder een belangrijke stap in de verdere modernisering van zijn diagnostisch aanbod. CMR is een hoogtechnologische beeldvormingstechniek die de anatomie, functie en weefselkarakteristieken van het hart in detail kan weergeven en zo een cruciale rol speelt bij oppuntstelling van hartziektes. In dit artikel belichten we deze ontwikkeling van CMR vanuit twee invalshoeken: die van de radioloog en de MRI-technoloog, die samen instaan voor de brug tussen medische interpretatie en technische uitvoering – de essentie van kwalitatieve cardiale beeldvorming.



Illustratie gebaseerd op een eerder gepubliceerde casus (JBSR, Hustings N., 2023), met links het hart weergegeven in de horizontale lange as (HLA) en rechts in de korte as (SA).



dr. Nico Hustings

Klinische waarde en samenwerking cardiologie

dr. Nico Hustings, radioloog

Tijdens mijn opleiding radiologie aan het Universitair Ziekenhuis Leuven kreeg ik de kans om, onder begeleiding van prof. dr. Jan Bogaert en prof. dr. Steven Dymarkowski, ervaring op te doen in cardiale MRI en CT. Deze opleiding heeft mijn interesse voor cardiale beeldvorming verder versterkt en vormt vandaag een belangrijke basis voor de implementatie van cardio-MRI binnen SFZ.

De implementatie van cardiale MRI binnen een regionaal ziekenhuis als SFZ is een belangrijke mijlpaal. Dankzij deze techniek kunnen we lokaal een diagnostische meerwaarde bieden, die verder gaat dan wat echocardiografie of cardio-CT alleen kunnen. CMR laat een gedetailleerde evaluatie toe van hartfunctie, volumetrie, wandbeweging, littekenvorming en weefselkarakterisering, zonder gebruik van ioniserende straling. Die informatie is niet alleen van diagnostisch belang, maar beïnvloedt ook rechtstreeks het therapeutisch beleid. CMR helpt bijvoorbeeld om bij ischemische hartziekte in te schatten of revascularisatie nog zinvol is en om

het aritmogene risico te evalueren bij de overweging van een preventieve ICD-implantatie. In andere contexten, zoals myocarditis of amyloidose, kan CMR helpen om een gerichte farmacologische behandeling te starten. Zo evolueert beeldvorming van een louter diagnostisch instrument naar een essentieel beleidsinstrument.

De introductie van CMR in SFZ stimuleert een nauwere samenwerking tussen radiologie en cardiologie en past binnen een multidisciplinaire benadering van cardiale aandoeningen. Enkel patiënten die recent door een cardioloog uitvoerig werden geëvalueerd en voor wie CMR een duidelijke meerwaarde biedt, komen in aanmerking. Het onderzoek vormt daarbij geen losstaande techniek, maar maakt deel uit van een bredere diagnostische toolbox waarin echocardiografie, cardio-CT, nucleaire beeldvorming en invasieve onderzoeken elkaar aanvullen. Binnen SFZ bevindt CMR zich momenteel nog in een opbouwfase. De capaciteit blijft bewust beperkt om de kwaliteit te garanderen en een evenwicht te bewaren tussen deze hooggespecialiseerde onderzoeken en de dagelijkse diagnostische dienstverlening voor andere klinische disciplines.



Een belangrijke stap in de modernisering van ons diagnostisch aanbod.



Boven: Paul, Alain en dr. Nico Hustings

Onder: Kristel en Gwendolien

Implementatie van cardiale MRI in SFZ

Paul Derksen, MRI Key User

‘Inademen, uitademen en stop!’ Deze Nederlandse stem zal je veelvuldig horen uit de speakers van de MRI. Als MRI-technoloog draag ik sinds 2022 de optimalisatie-verantwoordelijkheid. Mijn opleiding heb ik genoten op de Fontys Hogeschool in Eindhoven MBRT (Medische Beeldvorming en Radiotherapeutische Technieken). Mijn taak als MRI Key User bestaat voornamelijk uit het continu verbeteren van de beeldvormingsprocessen, zorg dragen voor de protocollen en het doorgeven van waardevolle instelkundige informatie. Mijn drijfveer is de sleutel te zijn in de communicatie tussen de radiologen, technologen, verpleegkundigen en applicatiespecialisten, hier krijg ik veel voldoening uit.

Het cardio MRI-verhaal is gestart in 2024 waarbij we in het ZOL voor het eerst hebben kennism gemaakt met dit gespecialiseerd onderzoek. Samen met onze radioloog dr. Hustings en met mijn collega's Kristel, Gwendolien en Alain hebben we het project vormgegeven. We zijn gestart met een testfase onder leiding van Johan Michiels, de applicatiespecialist van Siemens. Vervolgens zijn er interne trainingen gegeven door Johan met testpatiënten om de praktische kennis en trouble shooting aan te leren.

Het onderzoek is een uitbreiding van de expertise van het MRI-team. Een MRI van het hart vereist een opbouw in anatomische kennis van het hart, toepassing van de sequentieparameters en een ECG-getriggerde begeleiding van de ademhaling van de patiënt. De complexiteit van het onderzoek is hoog omdat de verschillende beelden chronologisch correct moeten worden geregistreerd. Om dit alles goed aan te

leren en om de kwaliteit te garanderen van het onderzoek, hebben we een procedureboek gemaakt dat voortdurend wordt aangevuld. Na het correct vervaardigen van de beelden, gaat dokter Hustings aan de slag met de postprocessing in Syngo MR CARDIAC. Dit is een noodzakelijke tool om het hart in de juiste visualisatie te krijgen voor de beoordeling.

Het doel van ons project is cardio-MRI te laten evolueren van een opstartproject naar een duurzaam, vast onderdeel van de zorg in SFZ. Om alles in goede banen te leiden, wordt er veel van alle betrokken collega's gevraagd, met name: teamwork, communicatie en afstemming. Het belang van het project wordt telkens vooropgesteld. Ik ben daarom ook erg blij met de inzet van mijn collega's en met waar we nu staan, want zonder jullie was dit niet mogelijk, dank jullie wel!

Welkom, nieuwe collega's!

Om de teams van SFZ te versterken, verwelkomden we het afgelopen jaar heel wat nieuwe professionals. Elke dag zetten ze hun expertise en engagement in om onze patiënten de beste zorg te bieden.



Dr. Jim Vandenberg, orthopedist

Dr. Jim Vandenberg ging midden oktober van start als orthopedisch kniechirurg in SFZ. Hij behandelt het volledige spectrum van kniepathologie en heeft een bijzondere expertise in robot-geassisteerde en gepersonaliseerde gewrichtsvervangings van de knie. Hij behaalde zijn opleiding tot orthopedisch chirurg aan de KU Leuven en verdiepte zich verder via nationale en internationale fellowships. Zo volgde hij zes maanden opleiding in Sydney bij een pionier van de robotische kniechirurgie in Australië en vervolgde hij binnenlandse fellowships in AZ Herentals en AZ Delta bij prof. dr. Claes en prof. dr. Luyckx. In 2024 werd hij als een van drie jonge kniechirurgen in België geselecteerd voor de Belgian Knee Society Traveling Fellowship.



Dr. Stijn Germonpré, reumatoloog

Sinds 1 oktober is dr. Stijn Germonpré gestart als reumatoloog in SFZ. Na zijn opleiding geneeskunde aan de KU Leuven volgde hij de specialisatie reumatologie in Nederland. De afgelopen jaren was hij werkzaam in Rotterdam, Maastricht en Heerlen. Dr. Germonpré is gespecialiseerd in reumatoïde artritis, artritis psoriatica, spondyloartritis, artrose, systeemandoeningen en osteoporose.



Dr. Bruno Stragier, orthopedist

Begin oktober startte dr. Bruno Stragier als orthopedist in SFZ. Hij volgde zijn opleiding tot orthopedisch chirurg aan de KU Leuven en breidde zijn kennis uit met internationale ervaring. Zo heeft hij zijn expertise verder verfijnd aan de prestigieuze Fortius Clinic in Londen (VK) en in het FIFA Medical Centre of Excellence van Aspetar in Doha (Qatar). Bovendien voltooide hij het hoog aangeschreven Sports Knee Fellowship in Derby (VK). Voor dr. Stragier vormt laagdrempelige communicatie en multidisciplinaire samenwerking de basis voor optimale patiëntenzorg. Zijn bijzondere focus ligt op het kniegewricht, met aandacht voor zowel sportletsels als prothesechirurgie. Als voormalig polsstokspringer is zijn passie voor sport de belangrijkste drijfveer geweest om voor orthopedie te kiezen.



Sinds augustus 2025 versterkt **Lotte Poelmans het obesitascentrum** van het Sint-Franciscus-ziekenhuis. Ze neemt die rol over van Laure Volders. Lotte behaalde in 2024 haar bachelor Voedings- en Dieetkunde en volgde aansluitend het postgraduaat Diabeteseducator. Naast haar functie als obesitascoördinator werkt ze ook als diëtiste-diabeteseducator binnen de eerstelijnszorg. Als coördinator is zij het eerste aanspreekpunt voor zowel patiënten als zorgverleners. U kan bij haar terecht met al uw vragen over het obesitascentrum.

We willen deze gelegenheid graag aangrijpen om het belang van een tijdige doorverwijzing naar het obesitascentrum SFZ te benadrukken. Patiënten met een BMI van 30 kg/m² of hoger kunnen bij ons terecht voor:

- Een conservatief behandeltraject zonder medicatie: een intensief programma van vijf maanden, begeleid door onze diëtisten en kinesisten.
- Een conservatief behandeltraject met medicatie-ondersteuning: in samenwerking met onze endocrinologen.
- Bariatrische heelkunde: voor patiënten die hiervoor in aanmerking komen.

Hebt u een patiënt die baat kan hebben bij een behandeling binnen ons centrum? Neem dan gerust contact op met Lotte via mail (lotte.poelmans@sfz.be) of telefoon (011 71 54 76).

NUTTIGE TELEFOONNUMMERS SFZ

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

Medische specialismen

Abdominale heekunde	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
Vaatheekunde	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@sfsz.be.

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. Jim
Vandenberk, dr. Bruno Stragier,
dr. Els Beckers, dr. Aleide
Vandewal, dr. Anneleen Reynders,
dr. Nele Maesele, Sam Geuens,
Petra Philtjens, Lotte Poelmans,
dr. Stijn Germonpré,
dr. Nico Hustings, Paul Derksen