

INTRO

Nr. 77 - Maart 2024

Medisch informatieblad Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder

Multidisciplinaire
bekkenbodemkliniek

Robot-geassisteerde
radicale cystectomie

Nieuwe IBD-kliniek



Heb je onze digitale telefoongids al ontdekt?



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

De voordelen van onze digitale telefoongids

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



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



Nog geen toegang tot
onze digitale telefoongids?

Stuur een mail naar
communicatie@sfz.be.



Dr. Steven Pans,
medisch directeur

Een jaar van groei, verbetering en toewijding aan onze patiënten

Ook in 2024 kijken we verheugd vooruit naar de vele kansen en uitdagingen die voor ons liggen. Onze voortdurende missie is om topkwaliteit van zorg te leveren aan onze patiënten.

In januari en februari was het bijzonder druk in het ziekenhuis. Een van de oorzaken was de virale epidemie, waarbij vooral influenza veel patiënten trof. Dit soort epidemie heeft een aanzienlijke impact op de gezondheidszorg. Het verhoogt de vraag naar medische diensten, van huisartsenpraktijken tot ziekenhuisafdelingen. Ook de impact op kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met chronische ziekten, is vrij groot. Deze groepen lopen een hoger risico op ernstige complicaties van de griep. Die kunnen leiden tot een ziekenhuisopname en in sommige gevallen zelfs overlijden.



Samenwerking over de diensten heen wordt cruciaal om een antwoord te bieden op de steeds complexer wordende zorgvraag.

Tijdens een griepedemie kunnen naast patiënten ook zorgverleners ziek worden. Ook dit stelt de gezondheidszorg en ziekenhuizen voor grote uitdagingen. De samenwerking en solidariteit onder de zorgverleners maakten dat we in SFZ continuïteit van zorg konden blijven garanderen voor de patiënten in onze regio. Een welgemeende dankjewel aan de medewerkers in ons ziekenhuis!

Samenwerking over de diensten heen wordt cruciaal om een antwoord te bieden op de steeds complexer wordende zorgvraag. Steeds meer multidisciplinaire teams organiseren zich rond bepaalde oncologische en niet-oncologische pathologieën om zorgtrajecten te bieden aan patiënten en hun familie. We zullen ook de eerste lijn hier als belangrijke schakel meer en meer in betrekken, om samen deze trajecten af te stemmen.

Enkele van deze multidisciplinaire teams stellen zich voor in deze Intro.

Een team van abdominale chirurgen, urologen en gynaecologen zet zich dagelijks in voor een betere kwaliteit en toegankelijkheid van bekkenbodemingrepen. Dankzij de chirurgische robot kennen deze procedures een significante verbetering in

postoperatief comfort. De toenemende mogelijkheden van deze minimaal invasieve behandeling bieden veel voordelen aan de patiënt en arts.

Inflammatoire darmziekten vormen een andere belangrijke focus van ons ziekenhuis. Zo kent het multidisciplinaire IBD-team de laatste jaren een duidelijke groei. We werken ook aan de ontwikkeling van betere strategieën voor zowel de diagnose als de behandeling van deze ziekte, die vooral jonge mensen treft. We hopen de patiëntervaring zo aanzienlijk te verbeteren.

Daarnaast bespreekt dr. Brecht Jacobs van de dienst urologie de chirurgische behandeling en diagnose van blaastumoren. Robotchirurgie doet hier meer en meer zijn intrede om patiënten op minimaal invasieve wijze te helpen.

We kijken uit naar een jaar van groei, verbetering en toewijding aan de zorg voor onze patiënten. Bedankt voor je voortdurende vertrouwen in ons. Laten we samen verdergaan in 2024, zodat we alle uitdagingen kunnen aangaan en de beste zorg kunnen bieden aan degenen die het nodig hebben.



Multidisciplinaire bekkenbodemkliniek

*Dr. Helena Pilate, gastro-enteroloog; dr. Kurt Dilen, uroloog; dr. Brecht Jacobs, uroloog;
dr. Nele Maesele, gynaecoloog; dr. Evelien Berkman, abdominaal chirurg;
Magalie Beliën, bekkenbodempfysiotherapeut; Marthe Bocqué, bekkenbodempfysiotherapeut*

De bekkenbodemkliniek behandelt bekkenbodemaandoeningen en is binnen SFZ een unieke samenwerking tussen gynaecologen, urologen, gastro-enterologen, chirurgen en kinesisten. Maandelijks wordt een overleg georganiseerd waarbij alle patiënten in behandeling worden besproken en een multidisciplinair beleid wordt uitgestippeld. Zo ligt de drempel interdisciplinair lager en wordt de expertise vergroot. Daarnaast worden de krachten in het operatiekwartier verenigd en kan een patiënt door verschillende specialisten tegelijk operatief behandeld worden.



Maar liefst 1 op de 4 vrouwen kampt met bekkenbodemp Problemen. Toch merken we dat het onderwerp vaak moeilijk bespreekbaar is.

Bekkenbodempverzakking

De meest voorkomende pathologie die behandeld wordt in de bekkenbodempkliniek is een verzakking of prolaps. Een verzakking in het bekken is een veelvoorkomend probleem bij vrouwen en kan zich uiten op verschillende manieren:

- Een werkelijk gevoel van verzakking, namelijk een massa ter hoogte van de vagina of anus
- Problemen bij het plassen of urinaire incontinentie
- Problemen bij het evacueren van stoelgang of fecale incontinentie
- Seksuele disfuncties

3 compartimenten

De bekkenbodemp wordt opgedeeld in 3 verschillende compartimenten:

1. Het voorste compartiment: de blaas en urethra of plasbuis
2. Het middelste compartiment: de baarmoeder en vagina
3. Het achterste compartiment: de darm en anus

In elk compartiment kan een verzakking ontstaan. Ook een combinatie van verschillende compartimentverzakkingen is mogelijk.

Taboe

Ook al is het een veelvoorkomend probleem, toch bestaat er nog een groot taboe rond het ziektebeeld. Maar liefst 1 op de 4 vrouwen kampt met bekkenbodemp Problemen. Toch merken we dat het onderwerp vaak moeilijk bespreekbaar is en klachten vaak laat bij de huisarts vermeld worden.

De oorzaak van bekkenbodempathologie kan multifactorieel zijn en daardoor heel divers. Enerzijds kunnen (multiële) zwangerschappen en bevallingen aan de oorsprong liggen, anderzijds zijn ouderdom en verzwakking van de bekkenbodempspieren bijdragende factoren.

Multidisciplinair overleg

Aangezien we hier spreken over meerdere compartimenten, is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Het multidisciplinaire team van de bekkenbodembekkenklinik bestaat uit 5 verschillende disciplines: gynaecologie, urologie, gastro-enterologie, abdominale heelkunde en kinesitherapie. Elke discipline heeft zijn eigen specialiteit. Door die kennis en vaardigheden te delen, kunnen we betere zorg bieden aan onze patiënten.

Maandelijks wordt er een multidisciplinair overleg georganiseerd, waarbij alle complexe casussen besproken worden en een therapeutisch plan opgesteld wordt. Dit plan kan zowel uit conservatieve maatregelen bestaan, zoals kinesitherapie of materiële hulpmiddelen, als uit heelkundige ingrepen die al dan niet multidisciplinair uitgevoerd worden.

Therapie

Initieel zal de behandeling bestaan uit conservatieve maatregelen, zoals bekkenbodemoefeningen (onder begeleiding van de kinesitherapeuten), stoelgangverzachters, pessarium ... Als deze conservatieve behandelingen onvoldoende blijken te zijn, kan een operatie geïndiceerd zijn. Afhankelijk van de exacte pathologie zal een heelkundige ingreep voorgesteld worden:

- Een laparoscopische of robot-gestuurde pexie, cysto-, colpo- of rectopexie of een combinatie, afhankelijk van de betrokken compartimenten
- Een vaginaal heelkundig herstel met een sacrospinale fixatie (SSF) of een hoge uterosacrale ligament suspensie (HUSLS)
- Een suburethrale sling (TVT-TOT) bij stress-urine-incontinentie

Robotchirurgie

In bepaalde gevallen kan de operatie uitgevoerd worden met de robot. In SFZ wordt al een jaar gebruik gemaakt van de VERSIUS-robot van CMR. Hiermee kunnen de ingrepen minimaal invasief uitgevoerd worden. Er wordt geopereerd met meer precisie en het herstelproces is sneller.

Bereikbaarheid

Een patiënt die in aanmerking komt voor gespecialiseerde zorg omtrent bekkenbodempathologie kan zich op verschillende manieren aanmelden.

Na een eerste verkennende raadpleging zal de casus besproken worden op het multidisciplinaire overleg en een correcte behandeling voorgesteld worden.



Dr. Kurt Dilen - uroloog

Raadpleging:
Maandag, dinsdag en vrijdag in SFZ
Maandag en vrijdagvoormiddag in Medisch Centrum Beringen
Afspraak via secretariaat urologie: 011 71 58 10



Dr. Brecht Jacobs - uroloog

Raadpleging:
Woensdag en vrijdag in SFZ
Dinsdag en vrijdag in Medisch Centrum Beringen
Afspraak via secretariaat urologie: 011 71 58 10



Dr. Evelien Berkman - abdominaal chirurg

Raadpleging:

Dinsdagvoormiddag en woensdag in SFZ

Vrijdagnamiddag in Medisch Centrum Beringen

Afspraak via secretariaat inwendige: 011 71 58 12



Dr. Nele Maesele - gynaecoloog

Raadpleging:

Vrijdagnamiddag in SFZ

Donderdagnamiddag in Medisch Centrum Beringen

Afspraak via secretariaat gynaecologie: 011 71 58 09



Dr. Helena Pilate - gastro-enteroloog

Raadpleging:

Maandagvoormiddag en donderdag in SFZ

Dinsdagvoormiddag en woensdag in Medisch Centrum Beringen

Afspraak via afspraken dienst: 011 71 55 55



Magalie Beliën - bekkenbodempfysiotherapie

Maandag t.e.m. vrijdag in SFZ

Afspraak via secretariaat revalidatie: 011 71 55 63



Marthe Bocqué - bekkenbodempfysiotherapie

Woensdagvoormiddag en vrijdagnamiddag in SFZ

Afspraak via secretariaat revalidatie: 011 71 55 63



Dr. Tom Tuytten en dr. Brecht Jacobs - urologen

Robot-geassisteerde radicale cystectomie bij hoogrisicoblaaskanker

Dr. Brecht Jacobs en dr. Tom Tuytten, urologen

Naast de veelbelovende vooruitgang in blaassparende behandelingen blijft radicale heilkunde voor de behandeling van blaaskanker geïndiceerd in specifieke gevallen. In de voortdurende zoektocht naar verbeterde behandelingsmethoden voor hoog-risico niet-spierinvasief en spierinvasief blaaskanker hebben de ziekenhuizen van het Andreez-netwerk recent een innovatieve aanpak omarmd: de robot-geassisteerde radicale cystectomie (RARC) met peroperatief intracorporeel aanleggen van een urinewegderivatie voor die patiëntengroep die in aanmerking komt voor een vervangblaas. Deze procedure biedt veelbelovende resultaten in vergelijking met de traditionele open benadering.

Opkomende behandeling in het Andreez-netwerk

De indicatie voor een radicale cystectomie heeft een plaats bij hoog-risico niet-spierinvasief blaaskanker, waarbij blaassparende behandelingen falen, en bij spierinvasief blaaskanker, al dan niet voorafgegaan door chemotherapie. Deze patiëntenpopulatie is doorgaans belast met verschillende comorbiditeiten, waardoor de zoektocht naar minimaal invasieve manieren voor deze behandeling belangrijk blijft.

De toepassing van de robot-geassisteerde radicale cystectomie met aanleggen van een volledig intracorporele urinederivatatie (neoblaas) is recent geïntroduceerd in de ziekenhuizen van het Andreez-netwerk. Eerder was de robot-geassisteerde derivatie met een Bricker-urostoma ook al een gangbare optie. De minimaal invasieve benadering van deze complexe reconstructie biedt een alternatief voor open heilkunde in een complicatierijke pathologie. En dat heeft zijn voordelen.

Techniek van de ingreep

De techniek van robot-geassisteerde radicale cystectomie verschilt significant van de traditionele open benadering. Het gebruik van de operatierobot stelt chirurgen in staat om precisiewerk uit te voeren via een minimaal invasieve benadering. Dit draagt bij aan een verminderd bloedingsrisico, kortere ziekenhuisopname en sneller herstel. Daarnaast kan zorgvuldig zenuwsparend gewerkt worden bij mannen voor wie het behouden van erecties nog belangrijk is.

Bij mannen wordt de prostaat bij oncologische indicaties steeds mee verwijderd. Bij vrouwen kan *sex organ sparing* gewerkt worden, indien gewenst en oncologisch veilig. Na de cystectomie kan robotisch een stoma aangelegd worden, maar ook het volledig intracorporeel aanleggen van een vervangblaas behoort nu tot de opties, na overleg binnen het medisch team en met de patiënt.



Robot-geassisteerde radicale cystectomie combineert technologische vooruitgang met verbeterde patiëntenzorg.

Ondersteuning vanuit onderzoek

Recente studies ondersteunen de effectiviteit van robot-geassisteerde radicale cystectomie meer en meer. Zo is er wetenschappelijk bewijs vanuit gerandomiseerde studies dat de 90-dagen morbiditeit en mortaliteit verminderden ten opzichte van de traditionele open ingrepen.

Ook de perioperatieve uitkomsten verbeterden, met verminderd bloedverlies, minder transfusienood, minder ernstige complicaties en minder lange opname in het ziekenhuis. De operatieduur daarentegen is wel langer bij robot-geassisteerde vervangblazen is er een bewezen voordeel van grote kans op behoud van potentie (indien geïndiceerd) en continentie (indien geïndiceerd), waardoor de kwaliteit van leven er postoperatief op vooruitgaat.

Conclusie

De robot-geassisteerde radicale cystectomie met intracorporele derivatie is een volgende stap in de minimaal invasieve behandeling van hoogrisicoblaastumoren. Dr. Jacobs en dr. Tuytten zijn stafleden in SFZ en bieden binnen het Andreaz-netwerk deze gespecialiseerde behandeling aan als geavanceerd alternatief voor de traditionele open ingreep.

Dr. Jacobs doorloopt tijdens zijn eerste jaar als uroloog in SFZ nog een parttime fellowship bij prof. dr. Decaestecker in AZ Maria-Middelares in Gent om de expertise van specifieke robot-geassisteerde ingrepen ook in Limburg toe te passen. Samen met dr. Tuytten, een gevestigde waarde in de urologie en robotchirurgie in België, vormt hij een gespecialiseerd robotteam binnen het Andreaz-netwerk.

In de voortdurende strijd tegen blaaskanker biedt de robot-geassisteerde radicale cystectomie een veelbelovend perspectief, waarbij technologische vooruitgang samengaat met verbeterde patiëntenzorg.

Multidisciplinaire omkadering

Aangezien het een behandeling blijft waarbij de complicatiekans niet verwaarloosbaar is, is gespecialiseerde omkadering voor de patiënt van levensbelang. Zo zal die in het behandeltraject in contact komen met een team van toegewijde gespecialiseerde medici en paramedici, bij de counseling vooraf, de zorg tijdens het ziekenhuisverblijf en postoperatief bij het herstel en de rehabilitatie.

Diëtisten bieden cruciaal pre- en postoperatief voedingsadvies om de gezondheid te optimaliseren. Gespecialiseerde kinesisten spelen een essentiële rol in de rehabilitatie, de bevordering van mobiliteit en het herstel van fysieke functies na de ingreep. Gespecialiseerde verpleegkundigen leveren persoonlijke counseling, ondersteunen patiënten bij de emotionele uitdagingen en zorgen voor een naadloze overgang van ziekenhuis naar thuis. Samen vormen ze een multidisciplinair team dat de fysieke, emotionele en nutritionele behoeften van de patiënt adresseert. Dit resulteert in een holistische benadering, die het herstel en de levenskwaliteit verbetert.

Bronvermelding

- Level 1 evidence: Effect of Robot-Assisted Radical Cystectomy With Intracorporeal Urinary Diversion vs Open Radical Cystectomy on 90-Day Morbidity and Mortality Among Patients With Bladder Cancer: A Randomized Clinical Trial.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35569079/>

Catto JWF, Khetrapal P, Ricciardi F, Ambler G, Williams NR, Al-Hammouri T, Khan MS, Thuraija R, Nair R, Feber A, Dixon S, Nathan S, Briggs T, Sridhar A, Ahmad I, Bhatt J, Charlesworth P, Blick C, Cumberbatch MG, Hussain SA, Kotwal S, Koupparis A, McGrath J, Noon AP, Rowe E, Vasdev N, Hanchanale V, Hagan D, Brew-Graves C, Kelly JD; iROC Study Team. JAMA. 2022 Jun 7;327(21):2092-2103. doi: 10.1001/jama.2022.7393.

- Association of Open vs Robot-Assisted Radical Cystectomy With Mortality and Perioperative Outcomes Among Patients With Bladder Cancer in Sweden.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35482309/>

Mortezavi A, Crippa A, Kotopoulou MI, Akre O, Wiklund P, Hosseini A. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e228959. doi: 10.1001/jama-networkopen.2022.8959.

- Robot-assisted Radical Cystectomy with Orthotopic Neobladder Reconstruction: Techniques and Functional Outcomes in Males.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37117109/>

Martini A, Falagario UG, Russo A, Mertens LS, Di Gianfrancesco L, Bravi CA, Vollemaere J, Abdeen M, Mendrek M, Kjøbli E, Buse S, Wijburg C, Touzani A, Ploussard G, Antonelli A, Schwenk L, Ebbing J, Vasdev N, Froelicher G, John H, Canda AE, Balbay MD, Stoll M, Edeling S, Witt JH, Leyh-Bannurah SR, Siemer S, Stoeckle M, Mottrie A, D'Hondt F, Crestani A, Porreca A, van der Poel H, Decaestecker K, Gaston R, Peter Wiklund N, Hosseini A; Scientific Working Group of the Robotic Urology Section of the European Association of Urology.

Eur Urol. 2023 Apr 26:S0302-2838(23)02728-8. doi: 10.1016/j.eururo.2023.04.009.



Nieuwe IBD-kliniek in SFZ

Natascha Kelchtermans, IBD-verpleegkundige; dr. Jo Swinnen, gastro-enteroloog;
dr. Helena Pilate, gastro-enteroloog

IBD staat voor *Inflammatory Bowel Disease*, een verzamelnaam voor chronische inflammatoire darmziekten. De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn de 2 bekendste vormen en worden vaak al op jonge leeftijd vastgesteld. Er is de laatste jaren een wereldwijde toename in de prevalentie van IBD-patiënten. Naar schatting lijden 30.000 patiënten in België aan een inflammatoire darmziekte.

Noodzaak IBD-kliniek

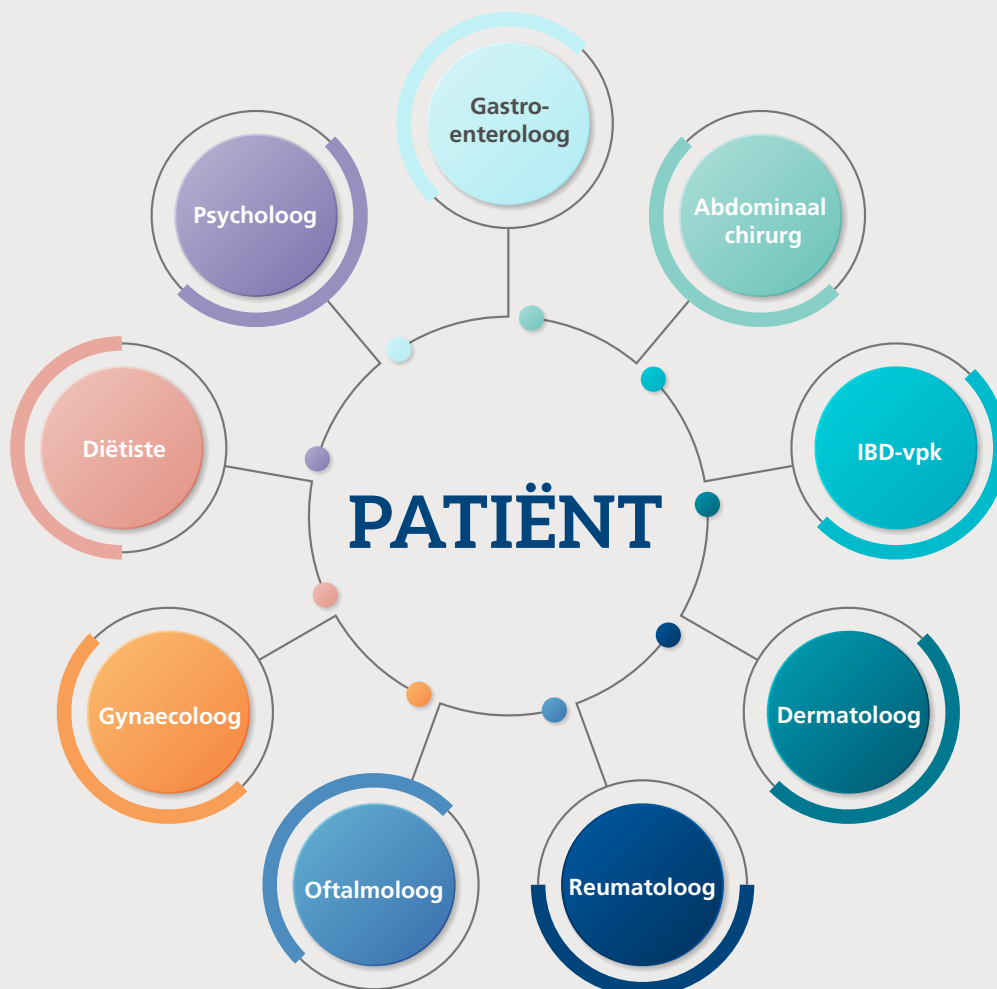
Door de stijgende prevalentie, de steeds diversere behandelingsmogelijkheden en de nood aan een multidisciplinaire benadering en gestandaardiseerde zorg, is er een IBD-kliniek opgestart in ons ziekenhuis. Die werd ook in de kijker gezet op het IBD-symposium voor huisartsen, specialisten en verpleegkundigen op zaterdag 27 januari.

Multidisciplinair team

IBD vraagt om multidisciplinaire samenwerking. Patiënten worden namelijk niet alleen geconfronteerd met de klassieke symptomen, zoals diarree met bijmenging van slijmen en bloed, buikpijn, gewichtsverlies ..., maar ook met andere klachten. Een voorbeeld hiervan is vermoeidheid, maar ook extra-intestinale manifestaties spelen een belangrijke rol.

Dat zijn ontstekingsverschijnselen die zich manifesteren buiten de darm, onder andere ter hoogte van de gewrichten, ogen, huid en lever. Verder kan de diagnose naast een lichamelijke impact ook effect hebben op de levenskwaliteit, bijvoorbeeld door veranderingen op het vlak van zelfbeeld, professionele en gezinsrelaties, seksualiteit, voeding en mentaal welzijn.

Al deze aspecten zorgen ervoor dat een multidisciplinaire benadering van groot belang is (zie figuur 1). De IBD-verpleegkundige is hierbij het eerste aanspreekpunt. Patiënten kunnen haar via mail of telefonisch bereiken voor educatie over hun ziekte, de behandeling, mogelijke onderzoeken en bijkomende klachten. Op deze manier is de IBD-verpleegkundige een schakel tussen de patiënt en de andere specialisten.



Figuur 1: Multidisciplinair IBD-team

Diagnose

De diagnose kan zowel ambulant als via de hospitalisatieafdeling gesteld worden. Ze is gebaseerd op een combinatie van klinische, biochemische, endoscopische en radiologische onderzoeken. De belangrijkste laboresultaten zijn de C-reefief proteïne in het bloed en het fecaal calprotectine in de stoelgang. Bij een stijging voor de start van de therapie zijn ze een goed instrument om de ziekteactiviteit te monitoren. Daarnaast is een ileocoloscopie met een afname van bipten noodzakelijk voor een betrouwbare diagnose. Bij patiënten met een nieuwe diagnose van de ziekte van Crohn wordt ook steeds een MRI-enterografie ingepland om fistels, vernauwingen en abcessen uit te sluiten.

Behandeling

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa kennen diverse verschijningsvormen. Het belangrijkste behandeldoel is remissie tot stand brengen en in stand houden. Er zijn verschillende factoren die onze keuze in behandeling bepalen, zoals voorgeschiedenis, ernst en locatie van de ziekte, leeftijd, comorbiditeit, extra-intestinale manifestaties, kostprijs en terugbetaling, beschikbaarheid en voorkeur van de patiënt.

Corticosteroïden worden in eerste instantie vaak gestart als inductie om de ontsteking en de symptomen te onderdrukken, maar altijd gedurende een korte periode en gecombineerd met calcium- en vitamine D-suppletie.

Bij colitis ulcerosa worden ook vaak 5-ASA-preparaten, zoals mesalazine, gestart als inductiebehandeling. Deze medicatie werkt lokaal op het ontstoken darmslijmvlies. De toedieningsvorm (pillen, korrels, zetpillen of klysma's) is afhankelijk van de locatie van de ontsteking. Er mag geen gebruik gemaakt worden van NSAID's, omwille van een mogelijke opflakking van de ziekte.

Als onderhoudsbehandeling voor zowel de ziekte van Crohn als colitis ulcerosa kunnen thiopurines gebruikt worden, met als doel het afweersysteem te onderdrukken. Toch worden ze vooral gebruikt in combinatie met infliximab, een *biological*, ter preventie van antistofvorming. Mede door de zeldzame, maar potentieel ernstige bijwerkingen van thiopurines, zoals myelotoxiciteit, hepatitis, pancreatitis en lymfoom.

Indien bovenstaande behandelingen onvoldoende zijn, worden biologische geneesmiddelen ingezet. Dit zijn meestal antilichamen die ontstekingseiwitten in het lichaam inactiveren (zie figuur 2).

Verschillende toedieningsvormen zijn beschikbaar in eerste en tweede lijn. Tot slot kan er bij bepaalde patiënten, indien de medicamenteuze behandeling onvoldoende is of er sprake is van complicaties, een heelkundige ingreep nodig zijn.

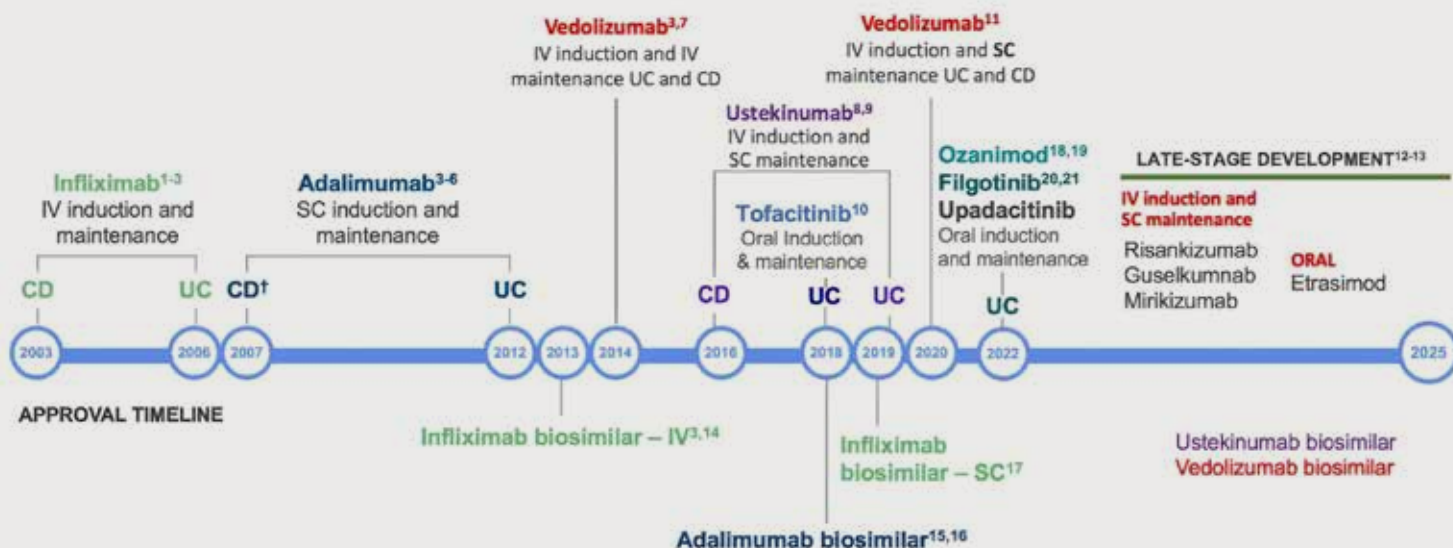
Vaccinaties

Zoals hierboven beschreven, bestaat een groot deel van de behandeling vaak uit immuunonderdrukkende medicatie. In combinatie met een afwijkende immunrespons zorgt dit ervoor dat IBD-patiënten een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van infecties. Ter preventie is een geoptimaliseerde vaccinatiestatus van groot belang. Levende vaccinaties worden best toegediend bij aanvang van een nieuwe diagnose, aangezien ze niet meer toegediend kunnen worden na het starten van immunosuppressieve therapie. Niet-levende vaccins kunnen wel gecombineerd worden met immunosuppressieve therapie. Huisartsen hebben hierin een belangrijke sensibiliserende functie.



Inflammatory Bowel Disease of IBD vraagt om multidisciplinaire samenwerking.

Figuur 2: Biologische geneesmiddelen bij IBD





10 jaar handteam bij SFZ

Dr. Lore Kegels, handchirurg

**Dit jaar vieren we
10 jaar handchirurgie én
10 jaar multidisciplinaire
aanpak handpathologie met
gespecialiseerde kinesithérapie
en ergotherapie in SFZ.**

Nood aan een team

Toen ik me 10 jaar geleden met enige voorzichtigheid wilde profileren als handchirurg binnen SFZ, kreeg ik al snel de hulp van Edith Voortmans, diensthoofd kine. Terwijl ik nog de weg zocht van de raadpleging naar het operatiekwartier, stond zij me bij met de wijze woorden: "Handchirurgie in SFZ? Dan hebben we een handkine nodig."

En zo geschiedde. Na een half jaar kwam handkinesiste Anne Ceyssens erbij, met haar handen vol ervaring. Want diagnose stellen en opereren is 1 ding, maar zonder de juiste begeleiding en oefeningen nadien kan al het werk verloren gaan. Al snel bleek Edith gelijk te

hebben. Binnen de kortste keren waren er meer dan voldoende patiënten voor mezelf, 3 handkine's en 1 ergotherapeut.

Multidisciplinaire aanpak

Om de zorg nog beter af te stemmen tussen elkaar en op de noden van de patiënt zijn we snel gestart met multidisciplinair overleg. Het is niet altijd makkelijk om daar tussen de drukte door tijd voor te maken, dat geef ik toe. Er is altijd wel iets anders dat belangrijker of dringender lijkt. Daarom ben ik het team heel dankbaar om vriendelijk maar volhardend aan mijn mouw te trekken en me telkens enthousiast op te wachten als ik weer eens te laat ben. Bedankt voor al dat geduld!

Elk lid van het team ging haar licht opsteken, volgde de nodige opleidingen en behaalde in de afgelopen jaren een diploma handrevalidatie. En maar goed ook. Want waar we ons 10 jaar geleden nog afvroegen of er genoeg vraag was naar handkine in onze regio, kunnen we vandaag bevestigen dat er meer dan voldoende nood is.

Hoewel ik met plezier polsfracturen herstel, patiënten verlos van nachtelijke carpal tunnelpijnen of mijn beste duimprothese probeer te plaatsen, behandel ik ook complexere handpathologie. En hoe complexer de ingreep, hoe meer ik nadien moet kunnen vertrouwen op het handteam om de patiënt de juiste begeleiding te geven. Overleg en een multidisciplinaire aanpak zijn dus van groot belang om de patiënt de beste zorgen en behandeling te kunnen geven.

Raadpleging voor kleine handtrauma's

Sinds vorig jaar zetten we ook in op kleinere handtrauma's. SFZ heeft een drukke spoedgevallendienst, waar ook veel patiënten met een trauma van de vingers of pols binnenkomen. Hoewel het voor omstaanders of zelfs zorgverleners vaak banaal kan lijken, kan dergelijk letsel een hele belemmering vormen voor de patiënt. Omdat elk letsel om specifieke zorg vraagt en ik ervan overtuigd ben dat het belangrijk is om de patiënt zo snel mogelijk goed te informeren, hebben we de raadpleging voor kleine handtrauma's opgestart.

Voor elke patiënt met een kleiner handtrauma die binnenkomt op spoed voorzien we opvolging binnen de week. Tijdens deze speciale raadpleging zie ik, als handchirurg, de patiënt samen met de handkine voor controle van de diagnose, aanpassing van het spalkbeleid, instructies voor oefentherapie en een korte oefensessie. Op die manier krijgt de patiënt de meest geïntegreerde

en aangepaste zorg, zonder voor verschillende afspraken naar het ziekenhuis te moeten komen.

Het multidisciplinaire team van handrevalidatie is een unieke samenwerking om trots op te zijn. De komende jaren willen we deze werkwijze dan ook graag verder uitbouwen.



Het multidisciplinaire team van handrevalidatie is een unieke samenwerking om trots op te zijn.



Nieuwe artsen

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



Dr. Johan Helderweirt
Urgentiearts

Dr. Johan Helderweirt studeerde af als arts aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich in de anesthesie en reanimatie. Hij begon zijn carrière als assistent in de anesthesie in het GZA Sint-Vincentius in Antwerpen, het toenmalige Heilig-Hartziekenhuis in Roeselare en het UZ Gasthuisberg in Leuven.

Later behaalde hij bijkomend de bijzondere beroepstitel urgentiegeneskunde en intensieve zorgen en het postgraduaat rampengeneeskunde.

Dr. Helderweirt werkte als anesthesist en urgentiearts/diensthoofd spoedgevallen in het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper van 2012 tot en met 2017. In 2018 ging hij aan de slag in het AZ Delta Roeselare-Menen-Torhout. Op 4 oktober 2023 startte dr. Helderweirt als urgentiearts in SFZ.



Dr. Victoria Van Renterghem
Oftalmoloog

Sinds 1 januari versterkt dr. Victoria Van Renterghem het team van oftalmologen in SFZ.

Ze volbracht haar opleiding geneeskunde aan de universiteit van Namen en aan de KU Leuven. Ze specialiseerde zich tot oftalmoloog aan de KU Leuven, met stages in het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper en in het gerenommeerde Oogziekenhuis in Rotterdam. Aan het einde van haar opleiding behaalde ze het diploma van *Fellow of the European Board of Ophthalmology* (FEBO).

Na haar erkenning als oftalmoloog verdiepte ze zich in de cataractchirurgie onder deskundig toezicht van dr. François-Xavier Crahay in het CHR Citadelle in Luik en in de kinderoogheelkunde en strabismechirurgie bij prof. I. Casteels en prof. C. Cassiman in het UZ Leuven. Nadien volgde nog een kort fellowship bij dr. M. Tjon-Fo-Sang en dr. J.T. De Faber in het Oogziekenhuis in Rotterdam. Haar professionele focus ligt op algemene oftalmologie, met een bijzondere interesse in cataractheelkunde, kinderoftalmologie en strabisme. Dr. Van Renterghem zal steeds op woensdag aanwezig zijn in SFZ.

Symposia

Andreaz-symposium

Zorg voor IBD-patiënten in Andreaz: samen sterk!

ZATERDAG 25 MEI

Meer info? www.andreaz.be

SFZ-symposium

Symposium Bekkenbodem

OKTOBER 2024

Meer info? www.sfz.be/symposia

Een uitnodiging ontvangen?
Schrijf je in via de QR-code.



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 (VIZ)
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 (VIZ)
Mond-, kaak- & aangezichtschirurgie	011 71 58 14
Neurologie	011 71 59 00
Nucleaire geneeskunde	011 71 59 52
Orthopedie	011 71 58 06
Pijnkliniek	011 71 55 95
Preoperatieve raadpleging	011 71 54 73
Revalidatie	011 71 55 63
Spoedgevallen	011 71 55 04
Urologie	011 71 58 10
Vaatheelkunde	011 71 58 07

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



WIL JE INTRO LIEVER DIGITAAL ONTVANGEN?

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

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



Colofon

Algemeen

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

Algemeen directeur

Mevr. Nele Sneyers

Eindredactie

Mevr. Ilse Luybaerts

Redactieraad

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

Foto's

Lies Engelen en Kris Dexters

V.U.

Dr. Steven Pans

Hebben meegewerkt

Natascha Kelchtermans, dr. Jo Swinnen, dr. Helena Pilate, dr. Kurt Dilen, dr. Brecht Jacobs, dr. Nele Maesele, dr. Evelien Berkman, Magalie Belien, Marthe Bocqué, dr. Lore Kegels, dr. Fons Henckens, dr. Tom Tuytten, dr. Steven Pans