



//

De aanpak van obesitas: een blijvende uitdaging

DOSSIER **GOEDAARDIGE
ABDOMINALE PATHOLOGIE**

LICHTTHERAPIE:
DE ZON HEEFT HAAR GOEDE
EN SLECHTE KANTEN

DIENT IN DE KIJKER:
PREOPNAME

WELKOM

- 4 NIEUWE ARTSEN
- 5 NURSE OF THE YEAR
- 5 PRIORITAIRE LIJN VOOR DE HUISARTS
- 5 SINT-ANDRIESZIEKENHUIS - WORLD'S BEST HOSPITALS

OBESITAS

- 7 DE AANPAK VAN OBESITAS: EEN BLIJVENDE UITDAGING
- 9 OBESITAS, EEN ZIEKTE? JA!
- 12 EEN PERSOONLIJK ZORGTRAJECT
- 13 OBESITAS: IEDEREEN KAN TERECHT BIJ DE DIËTIST
- 16 GEZONDE LEVENSSTIJL, VOEDING EN MEDICATIE
- 18 ENDOSCOPISCHE BEHANDELINGEN IN DE AANPAK VAN OBESITAS
- 20 ONDER HET MES: ABDOMINOPLASTIE

GOEDAARDIGE DARMAANDOENINGEN

- 23 DE ROL VAN KLEINERE ZIEKENHUIZEN IN DE HEELKUNDIGE BENADERING VAN GOEDAARDIGE (GASTRO-INTESTINALE) PATHOLOGIE
- 27 IBD EN OUD ZEER: NIEUWE THERAPIEËN
- 30 PORTRET: DE IBD-VERPLEEGKUNDIGE

LICHTTHERAPIE

- 32 DE ZON HEEFT HAAR GOEDE EN SLECHTE KANTEN

DIENST IN DE KIJKER

- 33 PREOPNAME

EN DAN NOG DIT

- 34 SYMPOSIUM EERSTE LIJN
- 35 KWIST'EM QUIZ SCOORT
- 36 NIEUWE WIND WAAIT DOOR BORSTKLINIEK
- 36 COLLEGA-ARTS IN NEPAL
- 37 SYMPOSIA EN PUBLICATIES
- 38 BIJSCHOLINGEN HUISARTSENKRING
- 38 ASO'S EN HAIO'S



Voorwoord

Beste lezers

Welkom bij deze nieuwe editie van ons medisch magazine. In deze oplage zullen we het onder meer hebben over de nieuwste ontwikkelingen in de behandeling van goedaardige darmaandoeningen. Je darmen, spiegel van de ziel en het lichaam. Dat beweerde althans die goede oude Hippocrates, reeds meer dan 2000 jaren geleden. Ongerustheid, problemen, zich zorgen maken, het uit zich allemaal in je darmen. En welja, we hebben jammer genoeg veel redenen om ongerust te zijn.

Geopolitiek zitten we met die vreselijke oorlog in Oekraïne, waar een oplossing niet direct in zicht is. Daarnaast zijn er de oplopende spanningen in het Midden-Oosten. Een nieuwe regering is in vorming. Hun taak is immens. Hervormingen, mede onder druk van Europa, dringen zich op. Daarenboven torsen we nog die gigantische staatsschuld. Besparingen, ook in de gezondheidszorg, zullen niet te vermijden zijn.

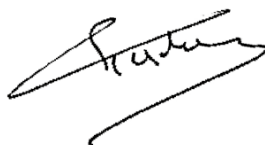
De uitdagingen in de gezondheidssector zijn echter enorm. Door de vergrijzing ontstaat er meer nood aan goede zorg. Er ontwikkelen zich nieuwe duurdere behandelingen, apparatuur en medicijnen waardoor patiënten efficiënter en dikwijls met minder neveneffecten behandeld kunnen worden. Maar hoe kan dit alles betaalbaar blijven? Om het probleem nog complexer te maken, worden we geconfronteerd met het steeds schaarser worden van gekwalificeerde medewerkers in de gezondheidszorg. Hoe kunnen we dit oplossen?

'Elk nadeel heeft zijn voordeel', zei een verstandig man ooit. We zullen creatief moeten zijn en inzetten op onze sterktes, ook in een kleiner ziekenhuis als het Sint-Andriesziekenhuis.

We hebben sterke troeven, zoals onze toegankelijkheid, onze flexibiliteit, onze vriendelijke en warme zorg en zeker onze hoge kwaliteit van zorg, zoals opnieuw aangetoond door onze goede score in de laatste editie van 'World's Best Hospitals'. We zullen tegelijk ook keuzes moeten maken en kiezen om in een aantal nichespecialiteiten het verschil te maken, proberen er de beste in te zijn.

Dit wordt de uitdaging voor de volgende jaren: efficiënt en hoogkwalitatief werken in een aangename omgeving. Dat is waar het Sint-Andriesziekenhuis voor staat en gaat!

Ik wens je alvast veel leesplezier.



Prof. dr. Marc Vuylsteke

Nieuwe artsen

DR. CÉLINE VERTRIEST, SPOEDARTS

We mochten dr. Céline Vertriest verwelkomen als spoedarts in het Sint-Andriesziekenhuis. Dr. Vertriest behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2014 en promoveerde tot arts-specialist in de urgentiegeneskunde in 2020. Tijdens haar opleiding deed zij ervaring op in het OLV Aalst, ZNA Stuivenberg, ZNA Middelheim, AZ Sint-Lucas in Gent en UZ Gent. Als deel van haar opleiding volgde ze een jaar stage in het traumacenter Queen Elizabeth Hospital Birmingham en het Birmingham Children's Hospital in het Verenigd Koninkrijk. Dr. Vertriest heeft een bijzondere interesse in prehospital geneeskunde en pediatrische urgenties. Ze is eveneens EPALS-instructeur (European Paediatric Advanced Life Support - Herkennen en behandelen van het kritiek zieke kind alsook het behandelen van een hart- en ademhalingsstilstand).

DR. VERONIQUE MEULEMAN, ARTS-SPECIALIST IN DE DERMATOLOGIE

Dr. Veronique Meuleman heeft ons artsteam opnieuw vervoegd. Dr. Meuleman bouwt op een rijke ervaring als dermatoloog. Van midden de jaren '90 tot 2001 was zij werkzaam in een privépraktijk in Roeselare en in het H. Hartziekenhuis Roeselare. Daarnaast was dr. Meuleman tot in 2005 consulent in het UZ Leuven op de dienst dermatologie als tricholoog. Vanaf 2001 werkte ze in een privépraktijk in Brugge. In 2010 ging dr. Meuleman van start in het Sint-Andriesziekenhuis en in haar privépraktijk in Tielt. Na tijdelijk voltijds haar eigen praktijk te hebben gerund, vervoegt ze nu opnieuw het artsenkorps van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Céline Vertriest



Dr. Veronique Meuleman



2

**nieuwe artsen
vervoegen
het team**

Prioritaire lijn voor de huisarts

Het Sint-Andriesziekenhuis heeft sinds kort een aparte telefoonlijn voor de huisarts. Als huisarts wordt uw oproep nu met voorrang behandeld, zodat u geen tijd verliest met wachten tot de lijn vrij is.

U vindt het prionummer per dienst in het groen op de telefoonlijst met de nummers van alle artsen en diensten van ons ziekenhuis die u als huisarts elk jaar toegestuurd krijgt.



Nathalie is Nurse of the Year

Verpleegkundige Nathalie Sander van het Sint-Andriesziekenhuis werd donderdag 1 februari uitgeroepen tot Nurse of the Year tijdens het gelijknamige jaarlijkse event van Care Talents, onderdeel van de HR-expert House of Talents.

Het doel van Nurse of the Year is in de eerste plaats om alle zorgverleners in Vlaanderen de aandacht en waardering te geven die ze ten volle verdienen. Nathalie mag zichzelf nu een jaar lang dé ambassadeur van de zorgsector noemen.



Lees hier het volledige artikel.

World's Best Hospitals

Sint-Andriesziekenhuis blijft in ranking

Voor het derde jaar op rij is het Sint-Andriesziekenhuis opgenomen in de lijst van 'The World's Best Hospitals', een ranking van het Amerikaanse magazine Newsweek en het wereldwijde databedrijf Statista. Dit jaar bevat de lijst gegevens van 2400 ziekenhuizen in 30 landen, waaronder de VS, het grootste deel van West-Europa en Scandinavië, enkele Aziatische landen, Australië en landen elders in Amerika. Het Sint-Andriesziekenhuis bekleedt voor België met 73,34% de 17de plaats (net zoals vorig jaar). De gegevens zijn per land geordend, maar geven ook een overzicht van de 250 grootste ziekenhuizen wereldwijd. De score van elk ziekenhuis is gebaseerd op een online enquête onder meer dan 85.000 medische experts en openbare gegevens uit patiëntenquêtes

na de ziekenhuisopname over hun algemene tevredenheid. De score houdt ook rekening met statistieken over zaken als hygiëne en patiënt/arts-ratio, evenals een Statista-enquête over de vraag of ziekenhuizen Patient Reported Outcome Measures (PROM's) gebruiken, dit zijn gestandaardiseerde vragenlijsten die door patiënten worden ingevuld om hun ervaringen en resultaten te beoordelen. Met onze topzorgerscampagne #samenvoortopzorg maken we dit als één ziekenhuisteam waar!



Bekijk hier de resultaten voor België.



**2,5 miljard
volwassenen
wereldwijd
kampen met
overgewicht**

WAARVAN 890 MILJOEN AAN
OBESITAS, WAT NEERKOMT OP 16%
VAN DE WERELDBEVOLKING

DOSSIER OBESITAS

De aanpak van obesitas:

een blijvende uitdaging

De prevalentie van overgewicht (BMI > 25) en obesitas (BMI > 30) blijft toenemen. Als gevolg daarvan zien we ook een significante stijging van de morbiditeit (diabetes type 2, hart- en bloedvatziekte, slaapapnoe, steatohepatitis, kanker) en mortaliteit. Wat is de oplossing? Dr. De Coninck geeft hier zijn antwoord.

VERONTRUSTENDE CIJFERS

Volgens de meest recente cijfers van de WHO hadden in 2022 wereldwijd 2,5 miljard volwassenen overgewicht. Dat is 43% van alle volwassenen! Daarvan leden 890 miljoen aan obesitas, wat neerkomt op 16% van de volwassen wereldbevolking, een verdubbeling sinds 1990. Van alle kinderen en adolescenten waren 8% obees, of omgerekend 160 miljoen wereldwijd, een verviervoudiging sinds 1990¹. De economische impact van de obesitasepidemie is gigantisch: als de huidige situatie niet verandert, worden de hieraan gerelateerde kosten geraamd op 3 biljoen US\$ tegen 2030 en 18 biljoen US\$ tegen 2060².

PREVENTIE EN BEHANDELING

Obesitas en overgewicht zijn logischerwijs erkend als een 'volksgezondheids crisis'. Diverse gecoördineerde actieplannen zijn of worden daarom opgestart om preventie en behandeling ervan te promoten. In de behandeling van overgewicht en obesitas kent de traditionele initiële aanpak met dieet, beweging en aanpassing van levensstijl vaak slechts een matig en kortdurend effect. Bariatrische heekunde (sleeve gastrectomy, SG en gastric bypass, GB) geeft wel een significante en aanhoudende daling van het lichaamsgewicht alsook significante positieve korte- en langetermijnresultaten op comorbiditeiten. Slechts een minderheid van de

obese patiënten komt hiervoor echter in aanmerking (BMI > 40 of > 35 met een obesitas-gerelateerde comorbiditeiten) én kiest daadwerkelijk ook voor een dergelijke ingreep. Het blijft natuurlijk een invasieve procedure met (beperkte) complicaties (tot 5,6% na SG en 9,4% na GB) alsook met recidief (vaak matige) gewichtstoename op termijn (bij 36% na SG en 41% na GB).

NIEUWE THERAPIEËN

Er is dus een duidelijke behoefte aan aanvullende behandelingsmodaliteiten voor obesitas. Gelukkig lijken deze er in sneltempo aan te komen. Enerzijds zien we de opkomst van een nieuwe generatie efficiëntere farmacologische behandelingen, met als dé 'pionier' semaglutide (GLP-1 receptor agonist). Anderzijds zien we ook verdere ontwikkelingen in de niet-invasieve endoscopische bariatrische en metabole therapieën (EBMT), in de eerste plaats het plaatsen van een maagballon. Beide nieuwe behandelingen worden in deze editie van Infosat verder toegelicht.



In de toekomst kunnen we ons wellicht nog aan diverse combinaties van behandelingsmodaliteiten verwachten



Enkele gekende en toekomstige voorbeelden: bij superobesitas kan een maagballon worden geplaatst om het operatieve risico van een daaropvolgende bariatrische ingreep te verkleinen; na falen van bariatrische heelkunde kan additief semaglutide worden gestart; de maagballon kan tijdens de plaatsing of na verwijdering met vermageringsmedicatie worden gecombineerd.

VERHOOGDE EFFICIËNTIE

Mede door deze aanvullende behandelingsmodaliteiten staan we hopelijk aan de vooravond van een (eindelijk) efficiëntere aanpak van de globale obesitasepidemie. Toekomstige, idealiter gerandomiseerde en gecontroleerde studies zullen moeten uitmaken welke aanpak bij welke patiënt kan worden toegepast en eventueel in welke volgorde of combinatie. Daarbij dient rekening te worden gehouden met efficiëntie, duurzaamheid, veiligheid en kostprijs van elke mogelijke behandelingsmodaliteit.

Sowieso zal een multidisciplinaire aanpak van obesitas nodig blijven. In deze editie van Infosat besteden we dan ook de nodige aandacht aan de blijvend belangrijke rol van de diëtiste, de bariatrisch verpleegkundige en, ten slotte, de plastisch chirurg in de behandeling van obesitas.

*Dr. Steven De Coninck, gastro-enteroloog
steven.de.coninck@sintandriestielt.be*

Bron: 1. GBD 2019 Risk Factor Collaborators. "Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019". *Lancet*. 2020;396:1223–1249.
2. Okunogbe et al., "Economic Impacts of Overweight and Obesity," 2nd Edition with Estimates for 161 Countries. *World Obesity Federation*, 2022.



Obesitas, een ziekte?

Ja!

Obesitas kan niet los worden gezien van welvaart. De relatie tussen de twee raakt verschillende aspecten van gezondheid, cultuur en maatschappij. Bovendien is obesitas in onze maatschappij een zwaar taboe en wordt het niet benaderd als alle andere chronische ziektes. Een analyse door Dr. Mehrdad Biglari, abdominaal chirurg.

3 sleuteldefinities



OBESITAS

Obesitas is een metabole aandoening waarbij er sprake is van overmatige ophoping van lichaamsvet. Dat kan leiden tot gezondheidsproblemen zoals hartziekten, diabetes type 2, gewrichtsaandoeningen en veel meer. Er zijn meerdere factoren die een rol spelen bij obesitas, waaronder genetica, voeding, lichamelijke activiteit, omgevingsinvloeden en meer.



WELVAART

Er is bijna altijd een verband tussen obesitas en welvaart. Niet zolang geleden was obesitas op zich een teken van individuele welvarendheid. In economisch ontwikkelde en welvarende samenlevingen is er over het algemeen meer toegang tot voedsel, met name bewerkt voedsel dat rijk is aan calorieën maar arm aan voedingsstoffen. Bovendien kan een hoger inkomen gepaard gaan met een meer sedentaire levensstijl, waarbij mensen minder lichaamsbeweging krijgen vanwege comfort en gemak.



TABOE

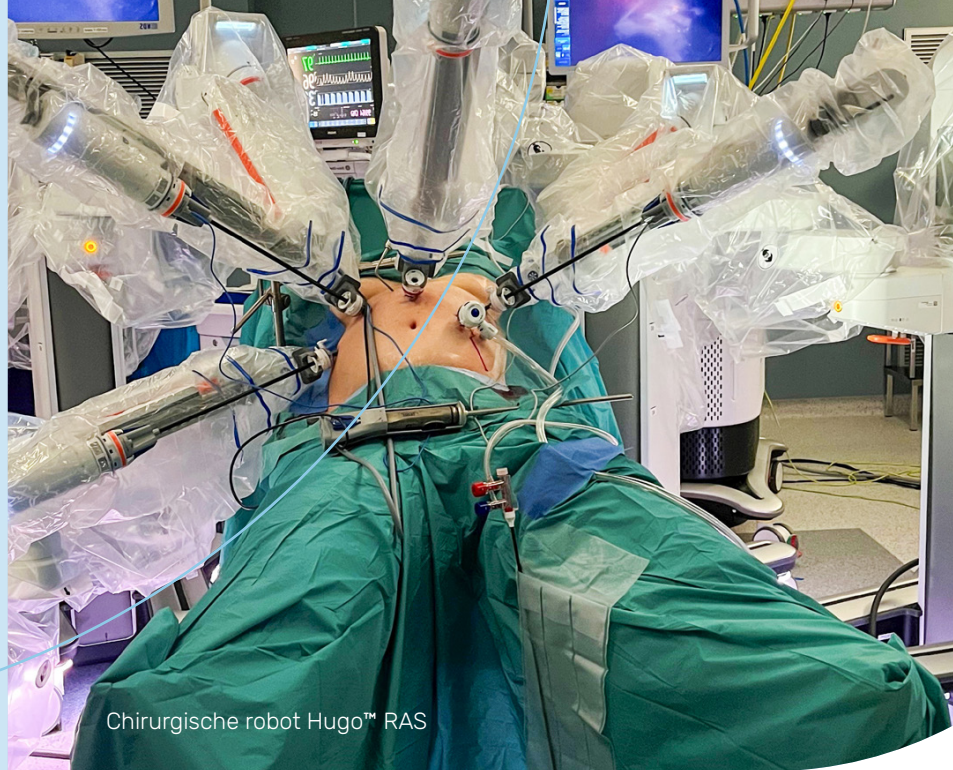
Het taboe rond obesitas kan te maken hebben met de manier waarop de samenleving kijkt naar lichaamsgewicht en schoonheidsidealen. Obesitas heeft altijd in de taboesfeer gezeten. Vroeger waren mensen jaloers op zwaarlijvige mensen omdat het een teken van rijkdom was, vandaag wordt het gezien als een teken van zwakte, gebrek aan zelfbeheersing of zelfs als een morele kwestie. Dit kan leiden tot stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht, waardoor ze minder geneigd zijn om hulp te zoeken of openlijk over hun situatie te praten.

HOLISTISCHE BENADERING

Om deze kwestie aan te pakken, is er behoefte aan een holistische benadering die de gezondheidscultuur verandert, educatie over voeding en lichaamsbeweging bevordert,

stigma's doorbreekt en structurele veranderingen aanmoedigt die gezonde keuzes gemakkelijker moeten maken voor iedereen, ongeacht de sociaal-economische achtergrond.

Obesitas wordt sterk beïnvloed door stress en sociale verwachtingen



Chirurgische robot Hugo™ RAS



Dr. Biglari

VERSCHILLENDE OORZAKEN

Obesitas wordt ook sterk beïnvloed door factoren zoals stress en sociale verwachtingen. Hier zijn enkele manieren waarop stress en verwachtingspatronen kunnen bijdragen aan obesitas:

Stress en emotioneel eten

In moderne maatschappijen worden mensen vaak blootgesteld aan hoge niveaus van stress. Dit kan leiden tot een onregelmatig eetpatroon en snel eten evenals emotioneel eten als een vorm van zelfmedicatie. Mensen zoeken troost in voedsel dat rijk is aan suiker en vet. Dit verklaart grotendeels ook de overconsumptie van alcohol.

Slaapgebrek

Veel mensen hebben moeite om voldoende slaap te krijgen vanwege werk, schermen en andere factoren. Gebrek aan slaap kan de hormonen beïnvloeden die honger en verzadiging reguleren, waardoor mensen meer vatbaar worden voor overeten.

Technologie en sedentaire levensstijl

Welvarende landen hebben vaak toegang tot technologieën die het leven gemakkelijker maken, maar ook leiden tot meer zittende activiteiten.

Veranderingen in dieet

Er zijn veel meer bewerkte voedingsmiddelen beschikbaar en betaalbaar geworden. Deze zijn vaak calorierijk maar voedingsarm, waardoor het gemakkelijk is om te veel calorieën binnen te krijgen zonder voldoende voedingsstoffen.

Toegang tot voedsel en marketing

In moderne samenlevingen is voedsel gemakkelijker en sneller beschikbaar dan ooit tevoren. Dit geldt vooral voor calorierijk voedsel dat vaak wordt gepromoot via krachtige marketingcampagnes.

TRAAG METABOLISME

Er bestaat een grote groep mensen die een gezonde levensstijl en eetpatroon heeft, maar toch zwaarlijvig is. Dit komt door een te traag metabolisme. De relatie tussen obesitas en het individuele metabolisme is ingewikkeld en onderbelicht.



Basale Metabolische Snelheid (BMR)

De BMR is de hoeveelheid energie die het lichaam nodig heeft om in rust te blijven en alle basisfuncties uit te voeren, zoals ademen 'en' bloedcirculatie. Mensen met een hogere BMR verbranden meer calorieën in rust dan mensen met een lagere BMR.

Genetische factoren

Sommige mensen erven mogelijk een sneller metabolisme van hun ouders. Aan de andere kant kunnen genetische varianten ook leiden tot een trager metabolisme.

Lichaamssamenstelling

De verhouding van spiermassa tot vetmassa in het lichaam heeft invloed op het metabolisme. Spierweefsel verbrandt meer calorieën dan vetweefsel, dus mensen met een hogere spiermassa hebben over het algemeen een hogere BMR.

Hormonale invloeden

Hormonen spelen een cruciale rol bij het reguleren van het metabolisme. Disfuncties in hormonen zoals insuline of schildklierhormonen kunnen het metabolisme vertragen.

Hoewel het individuele metabolisme varieert, is het belangrijk op te merken dat obesitas vooral wordt veroorzaakt door een onevenwicht tussen calorie-inname en -verbruik, dit kan verschillende oorzaken hebben:

- te veel calorieën worden geconsumeerd
- te weinig calorieën worden verbrand
- een combinatie van de twee bovenstaande

OBESITAS BEHANDELEN

Genetische aanleg en metabolisme spelen een belangrijke rol bij het bepalen van het individuele gewicht, maar gezonde voedingskeuzes, regelmatige lichaamsbeweging en andere levensstijlfactoren spelen allemaal een rol bij het beheersen van het gewicht en het voorkomen van obesitas.

Het aanpakken van obesitas vereist daarom niet alleen bewustwording over voeding en lichaamsbeweging. De behandeling is ook veel complexer dan simpelweg het uitvoeren van een maagverkleining wat heden, jammer maar helaas, wel het geval is. Hierboven is aangetoond dat obesitas een ernstige chronisch metabole aandoening is die wordt beïnvloed door een combinatie van genetische, gedragsmatige,

omgevings- en metabolismefactoren. Daarom vereist een effectieve behandeling van obesitas een brede aanpak die zich richt op verschillende aspecten van het probleem.

Obesitas is vaak geassocieerd met een scala aan medische problemen, waaronder diabetes type 2, hartaandoeningen, hoge bloeddruk en gewrichtsaandoeningen. De behandeling moet rekening houden met verdere opvolging van deze aandoeningen.

Geen twee gevallen van obesitas zijn hetzelfde. Behandelpannen hebben inderdaad een vast kader dat afgestemd moeten worden op de individuele behoeften en gezondheidstoestand van de patiënt.

Hoewel obesitaschirurgie en meer bepaald de gastric bypass als gouden standaard de meest effectieve optie is voor de meeste van de obesitaspatiënten is het belangrijk om te begrijpen dat het niet als een 'single act' behandeling mag beschouwd worden en dat het slechts het eerste onderdeel van een uitgebreide aanpak is.

Wij hebben de Obesitaskliniek Tielt in het Sint-Andriesziekenhuis meer dan twintig jaar geleden opgericht. Daarbij hebben we bewust gekozen geen 'maagverkleiningsfabriek' te worden, maar wel een kliniek waar de patiënten de totale zorg krijgen die zij nodig hebben. Een multidisciplinair team van arts-specialisten, diëtisten, kinesisten, voedingspsychologen en andere professionals werken zeer nauw samen om een holistische behandeling te bieden die gericht is op levenskwaliteit en langetermijnsucces bij het beheersen van obesitas.

Hoogtechnologisch materiaal en aangepaste infrastructuur voor de operatie, hospitalisatie en opvolgingen is de andere pilaar van de behandeling. In Tielt hebben we geld noch moeite gespaard om vanaf het begin mee te zijn met de laatste ontwikkelingen. We waren een van de eerste ziekenhuizen met een 3D-laparoscopietoren en lanceerden ook al een obesitas app. De zeer recente aanschaf van de HUGO RAS Robot is een goede bevestiging daarvan. Wij zijn trots mee te delen dat de Obesitaskliniek Tielt de enige is in heel de Benelux die dit aanbiedt en intussen succesvol meer dan 35 robotic gastric bypasses heeft uitgevoerd.

*Dr. Mehrdad Biglari, abdominaal chirurg
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be*

Stap voor stap Een persoonlijk zorgtraject

In de Obesitaskliniek Tielt staat de patiënt centraal. Elk verhaal is uniek, daarom vinden we het erg belangrijk om te luisteren naar onze patiënten. Zo kunnen we hen persoonlijk begeleiden tijdens hun traject. Coördinatrice Vanessa Van Renterghem licht het stap voor stap toe.

HET EERSTE GESPREK

Het traject start altijd met een eerste gesprek bij dr. Biglari. Daarin beantwoordt hij alle vragen en geeft hij uitgebreide uitleg over de behandelingsopties van obesitas. Indien gewenst bekijken we meteen of het conservatieve of chirurgische pad aangewezen is. Bij het conservatieve pad is er intense opvolging voorzien van de diëtiste, fysiotherapeut, voedingspsycholoog en dr. Biglari. Dit traject kan over 2 jaar lopen. Volgt de patiënt het chirurgisch pad, dan ligt er een informatiebrochure klaar over de ingreep, een samenvatting van alle mondeling gegeven uitleg over de voorbereiding met extra tips. Alle onderzoeken worden gepland en eventueel kan er al een operatiedatum worden vastgelegd.

HET TWEEDE GESPREK

Tijdens een tweede gesprek met dr. Biglari worden de resultaten van de onderzoeken besproken en kunnen er bijkomende vragen gesteld worden. Tijdens deze consultatie bevestigen we de voorziene operatiedatum.

NA DE INGREEP

Twee dagen na de ingreep mag de patiënt het ziekenhuis verlaten. Nadat de arts toegelicht heeft waarop te letten na de operatie krijgt de patiënt een infobrochure waarin alle do's en don'ts nog eens op een rijtje worden gezet. Er staan ook handige recepten en bewegingstips in. Daarnaast posten wij geregeld recepten op de foodblog van onze website www.obesitastielt.be.

Nadien wordt de patiënt van dichtbij opgevolgd. Het eerste jaar 3-maandelijks, het tweede jaar 6-maandelijks en vanaf het derde jaar jaarlijks zolang de patiënt dit wenst. De vervolgspraken

worden allemaal meteen ingepland zodat de patiënt zich hierover geen zorgen hoeft te maken.

EXTRA SERVICE: DE MAELA APP

In december 2022 lanceerden we MAELA. Deze app biedt de patiënt gedurende zijn of haar zorgtraject extra begeleiding. Het laat ons toe een continue dienstverlening te garanderen zodat patiënten heel snel bij ons terecht kunnen met vragen en zich ook van thuis uit gesteund voelen door ons team. Op die manier hopen we hen nog steviger in hun schoenen te zetten en hen te helpen bij het omgooien van hun levensstijl zodat hun ingreep op lange termijn resultaat oplevert.

De app is gebruiksvriendelijk en patiënten kunnen er makkelijk in navigeren. De toegankelijkheid en nabijheid van informatie is voor hen een grote meerwaarde. Een belangrijke tool lijkt me daarbij de chatfunctie waarmee patiënten direct vragen kunnen stellen en zelfs foto's kunnen uploaden. Achter deze chatbox zit geen robot of algoritme, maar een mens van vlees en bloed: ikzelf. De app is voor de meeste patiënten gratis. Iedere patiënt betaalt wel 20 euro, maar de meeste mutualiteiten voorzien een terugbetaling.

Als coördinatrice is het mijn taak om alles binnen de Obesitaskliniek Tielt in goede banen te leiden. Zowel pre- als postoperatief. Tijdens de opname werken we ook nauw samen met de chirurgische afdeling waar de patiënten verblijven. Ik hecht daarbij een groot belang aan een goede en transparante communicatie, met onze patiënten en tussen alle zorgverleners. Een tevreden patiënt is tenslotte van onschatbare waarde.

*Vanessa Van Renterghem,
coördinatrice bariatrische ingrepen
vanessa.van.renterghem@sintandriestielt.be*





Team dieet Sint-Andriesziekenhuis



De dieetafdeling

Iedereen kan terecht bij de diëtist

Binnen het Sint-Andriesziekenhuis behoort het begeleiden van personen met overgewicht tot een van de taken van onze diëtisten. We richten ons hierbij op diverse doelgroepen.

KINDEREN MET OVERGEWICHT

Recent hebben we onze diensten uitgebreid om ook kinderen met overgewicht te begeleiden. Sinds eind vorig jaar voorziet het RIZIV in de terugbetaling voor deze specifieke doelgroep. We hopen dat deze financiële ondersteuning ouders van kinderen met obesitas aanmoedigt om professionele begeleiding te zoeken. Het is namelijk cruciaal dat kinderen op jonge leeftijd leren wat een gezonde en gevarieerde voeding inhoudt. Daarnaast speelt de motivatie van de ouders een essentiële rol. Zij zijn tenslotte verantwoordelijk voor de voeding van hun kinderen.



OBESE VOLWASSENEN

Naast de begeleiding van kinderen bieden we ook persoonlijk voedingsadvies aan volwassenen. Volwassenen met overgewicht, doorverwezen door een interne arts, kunnen bij ons terecht voor voedingsadvies. We streven ernaar deze patiënten zo goed mogelijk te begeleiden door een grondige voedingsanamnese af te nemen en gezamenlijk haalbare behandeldoelen te stellen. Het is van groot belang dat de gestelde doelen realistisch zijn, aangezien onhaalbare doelen op lange termijn moeilijk vol te houden zijn en weinig bijdragen aan een gezondere levensstijl.

BARIATRISCHE PATIËNTEN

Een derde groep zijn de bariatrische patiënten die behandeld worden door dr. Biglari. Onze diëtisten zien deze patiënten zowel voor als na de operatie (3 maanden, 6 maanden en 1 jaar). Tijdens deze consultaties bespreken we diverse onderwerpen en streven we naar een gezonde en gevarieerde voeding na een gastric bypass. Ook besteden we veel aandacht aan het eetgedrag, waarbij, indien nodig, multidisciplinair wordt samengewerkt met bijvoorbeeld een voedingspsycholoog. In bepaalde gevallen is langdurige begeleiding na de operatie noodzakelijk.

Voor patiënten die niet in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie is er recentelijk een conservatief zorgpad geïmplementeerd. Hierbij werken arts (dr. Biglari), kinesist, voedingspsycholoog en diëtist nauw samen. Gezamenlijk proberen we de patiënten te motiveren om meer te bewegen, gezonder te eten en bewust stil te staan bij hun eetgedrag. Op deze manier krijgen we inzicht in verbeterpunten en werken we samen aan een gezondere levensstijl.

Afhankelijk van de mutualiteit van de patiënten kan er terugbetaling van voedingsadvies worden voorzien. We hopen met ons team verder te groeien en veel patiënten te begeleiden op weg naar een gezondere levensstijl. Ons motto luidt: elke stap is een stap in de goede richting, en we geloven dat strenge diëten niet meer van deze tijd zijn.

*Redactie: Dieetafdeling Sint-Andriesziekenhuis
dieetafdeling@sintandriestielt.be*



ALLES VOOR
UW PRAKTIJK!

BARTHEL'S

WWW.BARTHEL'S.BE

KLANTENDIENST

☎ 011 87 24 60
E-mail info@barthels.be
Showroom Jan Samijnstraat 23
9050 Gentbrugge



Veinofytol[®]
maagsapresistente tabletten

**Een geneesmiddel net zo
effectief als steunkousen¹**

na 12 weken

De voordeligste
prijs voor de patiënt
0,57 € / dag²



42 tabletten : 14,90 €
CNK 4122-214

98 tabletten : 27,80 €
CNK 4122-222

BEHANDELING VAN CHRONISCHE VENEUZE INSUFFICIËNTIE

..... **Verhoogt de veneuze tonus**

..... **Vermindert oedeem en pijn**

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL : VEINOFYTOL maagsapresistente tabletten • **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING :** Iedere tablet bevat 192 mg - 258 mg droogextract van *Aesculus hippocastanum* L., semen (paardekastanje) wat overeenkomt met een hoeveelheid van 21 mg triterpeen- glycosiden, uitgedrukt in protoaescigenine. • **FARMACEUTISCHE VORM :** Maagsapresistente tablet. Rode, biconvexe, langwerpige tabletten van 18 x 8 mm. • **KLINISCHE GEGEVENS :** **Therapeutische indicaties :** Kruidengeneesmiddel dat wordt bij volwassenen gebruikt bij de behandeling van chronische veneuze insufficiëntie, die gekenmerkt wordt door gezwollen benen, spataders, een gevoel van zwaarte, pijn, vermoeidheid, jeuk, spanning en krampen in de kuit. • **Dosering en wijze van toediening :** **Eén tablet twee maal per dag.** Er zijn geen relevante indicaties bij kinderen onder de 12 jaar. Gebruik bij adolescenten jonger dan 18 jaar wordt niet aanbevolen. Een behandelings- duur van minstens 4 weken is nodig vooraleer een positief effect kan waargenomen worden. Bij verlengd gebruik moet de behandeling met tussenpozen geëvalueerd worden door een arts. De tabletten dienen in hun geheel, zonder stuk te bijten, met een glas water te worden ingenomen. • **Contra-indicaties :** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. • **Bijwerkingen :** Gastro-intestinale stoornissen, hoofdpijn, duizeligheid, jeuk en allergische reacties werden beschreven. De frequentie is niet bekend. • **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET**

IN DE HANDEL BRENGEN : Tilman n.v., Zoning Industriel Sud 15, 5377 Baillonville, België. • **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR**

HET IN DE HANDEL BRENGEN : België : BE545342 • Luxemburg : 2024030079 • 0958111 : 42 tab • 0958125 : 98 tab • **AFLEVERINGS-**

WIJZE : Geneesmiddel niet op medisch voorschrift. • **DATUM VAN GOEDKEURING VAN DE TEKST :** 03/2024.



¹Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. LANCET. 1996;347(8997):292-4. • ²Berekend op basis van de indicatieve prijs van 27,80 € voor een doos van 98 tabletten

Obesitasbehandeling

Gezonde levensstijl, voeding en medicatie

Obesitas voorkomen en aanpakken wordt de volgende decennia een van de grootste uitdagingen op wereldniveau. Endocrinoloog dr. Evy Degrande neemt de obesitasproblematiek onder de loep en kijkt welke rol medicatie speelt in de strijd tegen overgewicht.

SEDENTAIR BESTAAN

De mens heeft zijn nomadenbestaan al lang achter zich gelaten. Overleven tijdens barre wintermaanden en in periodes van voedselschaarste zijn niet langer aan de orde. Een groot deel van de wereldbevolking leeft vandaag in een sedentaire industriële wereld met toegang tot voldoende voedsel op gelijk welk moment.

Toch blijft ons lichaam zich verzetten tegen vermagering door het rustmetabolisme te verminderen op dat moment. Lees: hoe meer je vermagerd, hoe minder je mag eten om dit gewichtsverlies te bewaren.

MENSEN MOTIVEREN

De hoeksteen van een gezond gewicht en de behandeling van overgewicht blijft een multidisciplinaire conservatieve aanpak, gecoacht door de huisarts. De belangrijkste pijlers zijn een gezonde, gevarieerde en zelfbereide voeding boordevol groenten op vaste tijdstippen en het beperken van lege snelle koolhydraten, aangevuld met genoeg beweging, emotiehandhaving en een goede nachtrust.

Het is daarbij essentieel mensen met overgewicht te motiveren om realistische doelen na te streven. Een gewichtsdeling van 5 tot 10% kan al een significant verschil maken en een positief effect hebben op de bloeddruk, het glucosemetabolisme, niet-alcoholische leververvetting (Non Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) en cardiovasculair risico.

WAT MET MEDICATIE?

Langdurig gebruik van medicijnen zoals zware pijnstillers, corticoïden, antidepressiva, antipsychotica en bepaalde anti-epileptica kunnen een gewichtsverhogend effect hebben. Dat mag niet worden vergeten. We moeten kritisch zijn voor de metabole gevolgen van blijvende inname van deze medicijnen en in multidisciplinair overleg de medicatie gepland afbouwen en/of alternatieven voorzien.

Bij mensen met een body mass index (BMI) van $>30 \text{ kg/m}^2$ met comorbiditeiten, of met een BMI $>35 \text{ kg/m}^2$ tout court, kan het toch aangewezen zijn om medicamenteuze ondersteuning te bieden. Vanaf een BMI >35 met diabetes mellitus type 2, arteriële hypertensie waarvoor minimum drie antihypertensiva, of osas en vanaf een BMI $>40 \text{ kg/m}^2$ is bariatrische heelkunde terughbetaald en te bespreken.

HORMONENBEHANDELING

In de jaren '80 en '90 werden de incretines ontdekt, gastro-intestinale hormonen die een invloed hebben op onze glucoseregeling. Door een effect op de hersenen wekken die een verzadigingsgevoel op waardoor de eetlust vermindert. Deze medicijnen zijn intussen 15 jaar op de markt.

Sinds 2014 zijn de zogenaamde glp-1-analogen eveneens goedgekeurd voor de behandeling van obesitas. Op dit moment zijn er een aantal perorale en injecteerbare moleculen in België verkrijgbaar met deze indicatie, zoals liraglutide en semaglutide, peroraal en injecteerbaar. Er zijn echter belangrijke

nadelen: deze medicijnen zijn goedgekeurd maar worden niet terugbetaald en zijn duur (minimaal 100 euro per maand). Er zijn ook gastro-intestinale nevenwerkingen mogelijk en er bestaan zorgen over de mogelijke negatieve gevolgen van chronische glp-1-activatie van de pancreascel bij langdurig gebruik. Bij het onderbreken van de therapie is er echter vaak een snel herval van gewichtstoename. Bovendien is het aanbod veel kleiner dan de vraag. Dit leidde in november 2023 tot een beslissing van de Belgische overheid om deze medicatie voor deze indicatie enkel te laten opstarten door een endocrinoloog.

NIEUWE GENERATIE GENEESMIDDELEN

Voor de nabije toekomst wordt een volledig nieuw gamma medicatie verwacht met een combinatie van meerdere incretines (glp-1 gecombineerd met gip-agonisten zoals tirzepatide of zelfs triple therapie glp-1/gip/glucagon zoals retratrutide,

combinatie glp-1 en amylinepreparaten). Hiermee is een gemiddelde gewichtsafname van 15 tot 20% mogelijk. Voor de helft van de behandelde patiënten kan dat zelfs oplopen tot 25%. Deze nieuwe generatie medicijnen is al verkrijgbaar in Europa en komt op 'korte termijn' ook in België op de markt. Ze beloven een omwenteling in de behandeling van obesitas.

BESLUIT

Obesitasbehandeling is boeiend en veelzijdig. Een multidisciplinaire aanpak op maat met een langetermijnvisie is nodig. Gespecialiseerde hulp met medicamenteuze of heelkundige/ endoscopische ondersteuning is aangewezen bij comorbiditeiten. Maar ook bij deze maatregelen is een blijvende aanpassing van onze levensstijl de beste garantie op langdurig succes.

*Dr. Evy Degrande, endocrinoloog
evy.degrande@sintandriestiel.be*



Obesitasbehandeling

Endoscopische behandelingen

Wat zijn de endoscopische alternatieven voor een farmacologische aanpak en bariatrische chirurgie in de behandeling van obesitas? Dr. De Coninck zet ze op een rijtje.

Twée therapieën

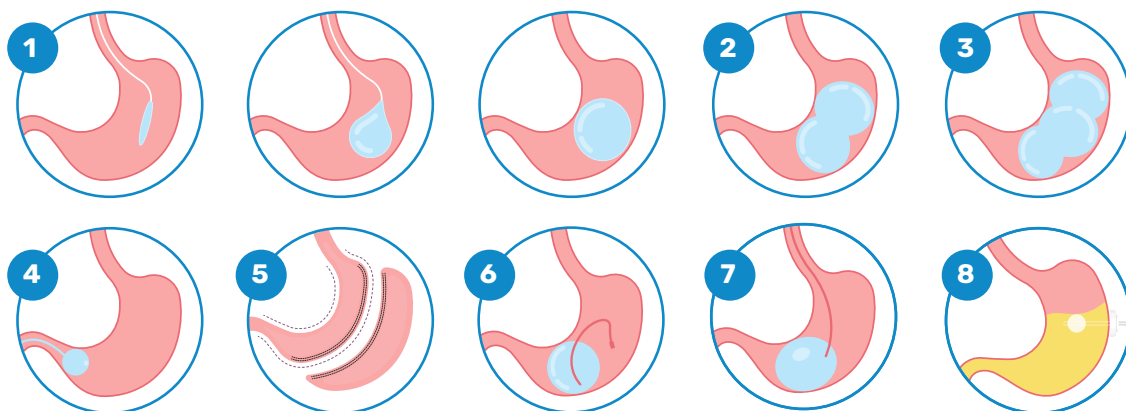
Bij een endoscopische bariatrische en metabole therapie (EBMT) wordt ofwel een device geplaatst (en later verwijderd) via gastroscopie ofwel een procedure uitgevoerd met behulp van instrumenten ingebracht via gastroscopie, met als doel obesitas en glucose-intolerantie te behandelen.

Ze worden ingedeeld in een maag- en dunnedarmcategorie. Tot op vandaag zijn enkel de 'maag'-modaliteiten goedgekeurd voor klinisch gebruik. De 'dunne darm'-gerichte therapieën

het kan de patiënt dus een aantrekkelijk alternatief bieden wanneer die niet voor een bariatrische operatie in aanmerking komt of dit weigert.

MAAG-EBMT

De EBMT's geplaatst of uitgevoerd in de maag zijn ruimte-innemende devices (ballon: volumerestictie maag + vertragen maaglediging), een device dat een deel van de ingenomen maaltijd nadien verwijderd uit de maag (aspiratietherapie via sonde) en devices die maagvolume en -uitzettingsvermogen reduceren (door hechting maagplooien) (zie figuur). De bekendste en meest toegepaste methode is de intragastrische



1. Orbera Intragastric Balloon System, 2. ReShape Integrated Dual Balloon System, 3. Obalon Balloon System, 4. Transpyloric Shuttle, 5. Endoscopic Sleeve Gastroplasty (ESG), 6. Spatz Adjustable Balloon System, 7. Elipse Balloon, 8. Aspiration Therapy

worden nog als experimenteel beschouwd. Ze lijken echter veelbelovend en goedkeuring voor klinisch gebruik wordt dan ook op relatief korte termijn verwacht.

De eerste studies met EBMT tonen een groter gewichtsverlies dan bij dieet en bij 'oudere' vermageringsmedicatie. Het gewichtsverlies is minder groot dan na bariatrische heekunde, maar EBMT is niet invasief en kent minder complicaties:

ballon. Daarvan bestaan diverse types. De Orbera ballon wordt wereldwijd het meest geplaatst - zo ook in ons ziekenhuis. Het betreft een gladde 'platte' siliconeballon (gevuld met 450-750cc zoutoplossing en 5 ml methyleenblauw) die via gastroscopie in de maag wordt gebracht en achtergelaten. Het silicone materiaal kan metertijd door het maagzuur echter worden aangetast met risico op lekkage: daarom wordt de klassieke Orbera IGB ballon na max. 6 maanden endoscopisch

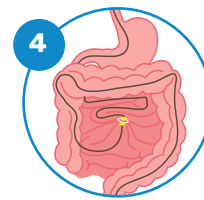
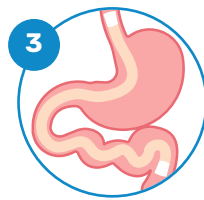
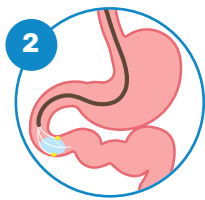
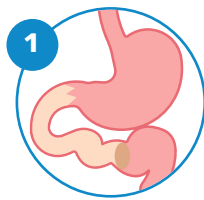
verwijderd. Met het nieuwe type Orbera 365 kan de ballon tot 12 maanden ter plaatse blijven. De patiënt moet tijdens deze 6 tot 12 maanden intensief worden begeleid met het aanleren van dieet, beweging en eetgedrag. Dit is essentieel om de bekomen gewichtsdeling te behouden eenmaal de ballon eruit is.

Een meta-analyse van 17 studies met de Orbera ballon toont een gemiddeld gewichtsverlies van 12, 13 en 11% na respectievelijk 3, 6 en 12 maanden. Het maximaal bekomen gemiddelde gewichtsverlies in deze studies bedroeg 18%. De therapie faalt in slechts 15% van de gevallen.

De voornaamste bijwerkingen zijn braken en epigastralgie na plaatsing; refluxklachten; maagulcera; spontane lekkage en obstructie door ballonmigratie. Bij lekkage zal de urine van de

Door de duodenale mucosa 'endoscopisch' uit te schakelen beoogt men bij EBMT eenzelfde effect.

Een veelbelovende techniek is Revita Duodenal Mucosal Resurfacing (zie figuur) waarbij men de duodenale mucosa met warmtetherapie ableet. De eerste studies tonen een mooi én blijvend effect op de glycemiecontrole bij diabetes type 2 patiënten, met een bescheidener effect op gewichtsverlies. Ook op steatohepatitis wordt er een positief effect vastgesteld. Bij de andere technieken wordt de duodenale en proximale jejunale mucosa uitgeschakeld door lokaal een endoluminale 'sleeve' (mouw) te plaatsen of door creatie (via endoscopisch geplaatste magneten) van een bypass tussen een jejunaal en ileaal dundarmsegment.



1. Endo Barrier,
2. Revita DMR,
3. ValenTx
Endoluminal Bypass,
4. Incisionless
Anastomotic System.

patiënt blauw kleuren (na resorptie van lekkend methyleenblauw) en moet de patiënt dringend worden verwezen voor endoscopische verwijdering van de ballon. In een aantal zeldzame gevallen wordt de ballon niet verdragen wat resulteert in vroegtijdige verwijdering.

De ballon wordt niet terugbetaald en kost ongeveer 1000 tot 1250 euro (afhankelijk van het type). Dat bedrag valt ten laste van de patiënt. Sommige hospitalisatieverzekeringen komen tussen in de kosten en sowieso bespaart de patiënt kosten door minder te kunnen eten zolang de ballon er zit.

DUNDARM-EBMT

In de toekomst verwachten we veel van de dundarm EBMT's die voornamelijk via lokale hormonale veranderingen gewichtsverlies en gunstige metabole effecten geven.

Door het 'chirurgisch' bypassen van duodenum en proximaal jejunum en het vlugger bereiken van nutriënten van de distale dundarm wordt bij gastric bypass patiënten al een snelle verbetering van diabetes vastgesteld nog voor enig gewichtsverlies optreedt. Het exacte werkingsmechanisme is nog onduidelijk maar een secundaire lagere release van het hormoon greline (reductie honger gevoel) en de toename van secretie én het effect van het hormoon incretine (reductie honger gevoel én insulineresistentie) spelen allicht een rol.

ENDOSCOPISCHE BEHANDELING VÓÓR (BARIATRISCHE) HEELKUNDE

Een endoscopische behandeling zoals een maagballon kan worden toegepast als een 'brug' naar heelkunde: door het alzo niet-invasief bekomen gewichtsverlies wordt het peri-operatieve risico van een daaropvolgende bariatrische of andere type chirurgie mogelijks verkleind.

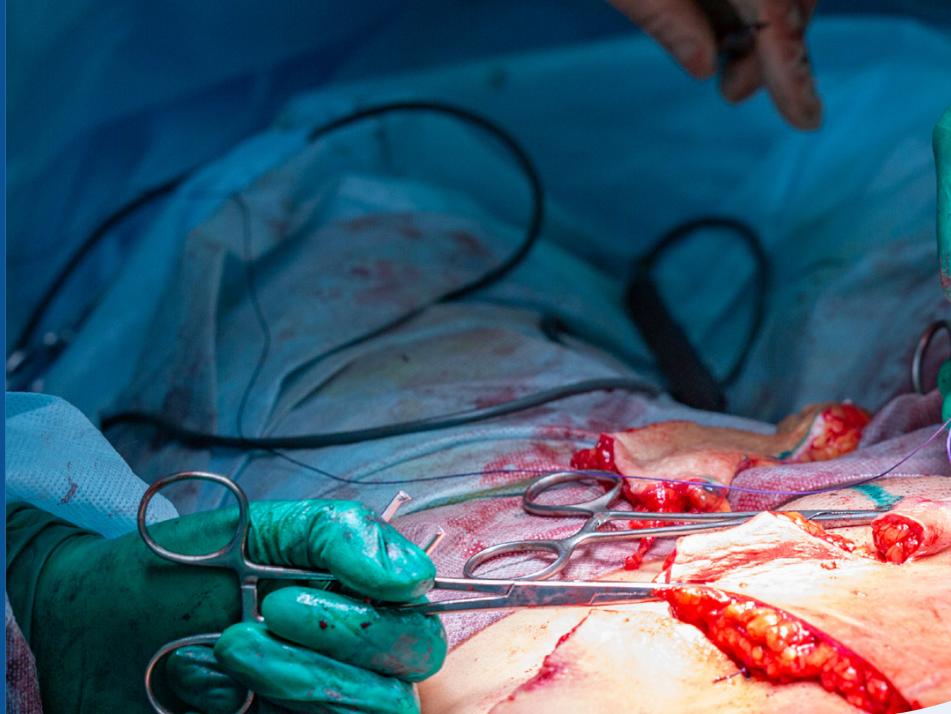
ENDOSCOPISCHE BEHANDELINGEN VAN GEWICHTS-TOENAME NÁ BARIATRISCHE HEELKUNDE

Deze toename is vaak multifactorieel bepaald (gedrags-, medische en psychosociale factoren) maar kan ook berusten op een gedilateerde gastro-jejunale anastomose (vnl. als > 25mm) na gastric bypass of op een gedilateerde sleeve na sleeve gastrectomy. Deze 2 laatste factoren kunnen ook endoscopisch worden aangepakt. Zo kan men de diameter van de anastomose verkleinen via APC (argon plasma coagulatie) of endoscopische hechting; na een sleeve gastrectomy kan endoscopische hechting het maagvolume terug verkleinen.

Dr. Steven De Coninck, gastro-enteroloog
steven.de.coninck@sintandriestiel.be

Bron: 1. Endoscopic Approaches to Obesity Management. Annu. Rev. Med. 2022;73:423-38. R.D. Dolan, A.R. Schulman. 2. Endoscopic duodenal mucosal resurfacing for the treatment of type 2 diabetes mellitus: one year results from the first international, open-label, prospective, multicentre study. Gut. 2020 Feb; 69(2):295-303. Annieke C G van Baar et al. 3. Overview on endoscopic treatment for obesity: a review. World J Gastroenterol 2023 October 28; 29(40): 5526 - 5542. M. Abdulla et al. 4. Endoscopic bariatric and metabolic therapies: new and emerging technologies. Gastroenterology 2017; 152: 1791-1801. Sullivan et al.

//
**De buikwand-
correctie is een
heelkundige
ingreep waarbij
overtollige huid
wordt verwijderd**



Onder het mes **Abdominoplastie**

Abdominoplastie is een ingreep die ook in ons ziekenhuis regelmatig wordt uitgevoerd. Maar wat is het precies, welke patiënten komen ervoor in aanmerking en waar moet op worden gelet voor, tijdens en na de operatie. Een toelichting door dr. Bernd Lannau, plastisch chirurg.

WAT IS ABDOMINOPLASTIE?

Abdominoplastie wordt ook wel buikwandcorrectie genoemd. Het is een heelkundige ingreep waarbij overtollige huid ter hoogte van het abdomen verwijderd wordt. Soms wordt daarbij de navel verplaatst of een nieuwe navel gemaakt. Er moet dan wel abdominaal voldoende overschot aan huidcomponent aanwezig zijn, en niet enkel excessief onderhuids vet. In dat laatste geval is liposuctie dikwijls een betere optie om het grote litteken, onvermijdelijk bij abdominoplastie, te vermijden.

MEDISCHE PROBLEMEN

Onder de huidflap is vaak een warm en vochtig milieu aanwezig, en dat is ideaal voor het ontwikkelen van infecties. Enerzijds verwekt een vochtig en warm milieu de huid, wat de huidbarrière verzwakt. Anderzijds is het een kweekbodem voor schimmels. Schimmelinfecties onder de huidflap zijn dan ook geen uitzondering.

Bij een heel grote huidflap (tot voorbij de knieën) kunnen er ook mobiliteitsproblemen ontstaan. Door huidoverschot als gevolg van



vooraanzicht abdomen vóór de ingreep

vooraanzicht abdomen na 3 maanden



gewichtsverlies kan deze huidflap ertoe leiden dat het bekomen of behouden van een lager lichaamsgewicht een grotere uitdaging wordt.

PATIËNTENPROFIEL

We maken een duidelijk onderscheid tussen verschillende groepen patiënten die voor deze ingreep opteren:

Patiënten na bariatrische ingreep

Na het uitvoeren van bepaalde bariatrische ingrepen, zoals een gastric bypass, verliezen patiënten een groot deel van hun gewicht. Afhankelijk van het gewichtsverlies en de elasticiteit van de huid kan er op termijn een huidoverschot optreden op verschillende plaatsen waaronder het abdomen.

Na bevalling

De zwangerschap gaat uiteraard gepaard met het uitrekken van de abdominale huid. Hierbij zal de huid uitrekken, mogelijks zelfs scheuren, en striemen veroorzaken. Zoals bij de voorgaande groep zal de mate van uitrekking van de huid, gecombineerd met de elasticiteit, bepalen of er al dan geen huidoverschot zal aanwezig blijven na de bevalling.

Gewichtsverlies zonder bariatrische ingreep

Een derde groep bestaat uit mensen die op eigen initiatief voldoende gewicht verliezen waardoor zich overtollige huid ter hoogte van het abdomen kan vormen.

MOGELIJKE COMPLICATIES

Gezien deze ingreep een oppervlakkige handeling inhoudt, zijn ernstige complicaties zeer zeldzaam in een gezonde populatie.

Een complicatie die we regelmatig zien is het tijdelijk ontstaan van kleine wondjes ter hoogte van de wondnaad. Dit is een gevolg van de beperkte doorbloeding aldaar gecombineerd met de trekkrachten op het litteken.

Bij het uitvoeren van deze ingreep dient de huid naar boven toe losgemaakt te worden om deze voldoende naar beneden op te schuiven. Bij dit losmaken kan men niet anders dan verschillende bloedvaten die uit de diepte komen, voor de huid van bloed te voorzien, door te nemen. Dit leidt ertoe dat de volledig losgemaakte huid dient te overleven op de bloedvaten die rondom de losgemaakte zone nog intact aanwezig zijn en in de huidflap lopen. In de praktijk is dit zelden een ernstig probleem bij niet-rokers.

Heel belangrijk is dat dit een heel ernstig probleem kan zijn bij rokers. Bij rokers is de doorbloeding vaak minder goed en in dit geval kan er dus onvoldoende bloed tot aan de wondnaad stromen. Dit kan dan leiden tot het openvallen van de wonde met verminkende littekens tot gevolg. Omwille hiervan zijn veel plastisch chirurgen, waaronder ikzelf, niet bereid om deze ingreep bij rokers uit te voeren die weigeren te stoppen met roken.

Eén belangrijke, doch zeldzame complicatie, is het ontstaan van een bloedklonter in de bloedvaten. Deze kan vervolgens loskomen en doorheen het bloedvatennet reizen en ergens voor een blokkade van doorbloeding zorgen. Dit kan zonder enige symptomen verlopen maar evengoed een ernstige blokkade creëren met levensbedreigende gevolgen.

DUURZAAMHEID VAN HET RESULTAAT

Een belangrijk deel van de consultatie heeft betrekking op informatie geven zodat het resultaat van de ingreep zo duurzaam mogelijk is. Cruciaal hierbij is dat de patiënt een stabiel gewicht heeft. In de praktijk wordt hierbij gekeken of het gewicht in de voorbije 6 maanden ongeveer gelijk gebleven is. Dit hoeft niet het minimale gewicht te zijn van de patiënt maar wel een gewicht dat ze op de lange termijn wensen aan te houden. Indien na de ingreep, de patiënt significant toeneemt in gewicht, waarna opnieuw te vermageren, bestaat het risico dat opnieuw een huidoverschot zal ontstaan.

GUNSTIGE GEVOLGEN

De gunstige gevolgen van een abdominoplastie manifesteren zich op meerdere niveaus:

Duurzamer gewichtsverlies

Studies tonen aan dat na het ondergaan van een abdominoplastie patiënten 3,5 keer meer kans hebben op duurzaam verlies van hun gewicht.¹

Mentaal welbevinden

Door de correctie wordt tevens vastgesteld dat er een gunstig effect optreedt op het mentaal welbevinden en algemeen lichaamsbeeld.¹ Dit laatste komt mogelijks doordat deze patiënten, na de correctie, opnieuw bepaalde sociale activiteiten hervatten, die ze voordien wensten te vermijden. In dit vroegere vermijdingsgedrag speelt schaamte vaak een centrale rol.

*Dr. Bernd Lannau, plastisch chirurg
bernd.lannau@sintandriestielt.be*

Bron: 1. Rios-Diaz, Arturo J. M.D.; Morris, Martin P. M.B.E.; Elfanagely, Omar M.D.; Cunniff, Jessica R. M.D., M.B.A.; Davis, Harrison B.S.; Shokir, Sameer M.D.; Broach, Robyn B. Ph.D.; Fischer, John P. M.D., M.P.H.. Impact of Panniculectomy and/or Abdominoplasty on Quality of Life: A Retrospective Cohort Analysis of Patient-Reported Outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery* 150(4);p 767e-775e, October 2022. | DOI: 10.1097/PRS.0000000000009551

Dossier goedaardige darmaandoeningen

De rol van kleinere ziekenhuizen

in de heelkundige benadering van goedaardige (gastro-intestinale) pathologie

Het opzetten van ziekenhuisnetwerken en chirurgische centralisatie van een zeldzame pathologie zoals pancreas, slokdarm en, in de toekomst, borstheekunde heeft de laatste jaren het bestaan van kleinere entiteiten zoals het Sint-Andriesziekenhuis ten onrechte in vraag gesteld. Dr. Peter Lissens, abdominaal chirurg, geeft een stand van zaken.

PERFORMANTERE AANPAK

De meer persoonlijke, efficiënte, evidence based en economisch performantere aanpak bewijst het nut van regionale ziekenhuizen, en niet alleen voor hogervermelde orgaanpathologie. Ook dermatologische en proctologische aandoeningen kunnen sneller, ambulant of in dagziekenhuis, behandeld worden op de dienst algemene-abdominale heekunde van het Sint-Andriesziekenhuis. Sneller dan in heekundige diensten van de meeste grote organisaties.

In moderne tijden waarin chirurgische topics als doorgedreven minimaal invasieve heekunde, robotchirurgie, artificiële intelligentie, lasertoepassingen en steeds kortere hospitalisatieduur 'zonder' complicaties jonge en gevestigde chirurgen onder druk zetten, worden de ingrepen voor goedaardige gastro-intestinale pathologie bovendien nog steeds opgelost met technieken die de laatste decennia meer dan hun waarde hebben bewezen. Ook in kleine ziekenhuizen. Dat betekent echter niet dat er geen ruimte is voor innovatie.

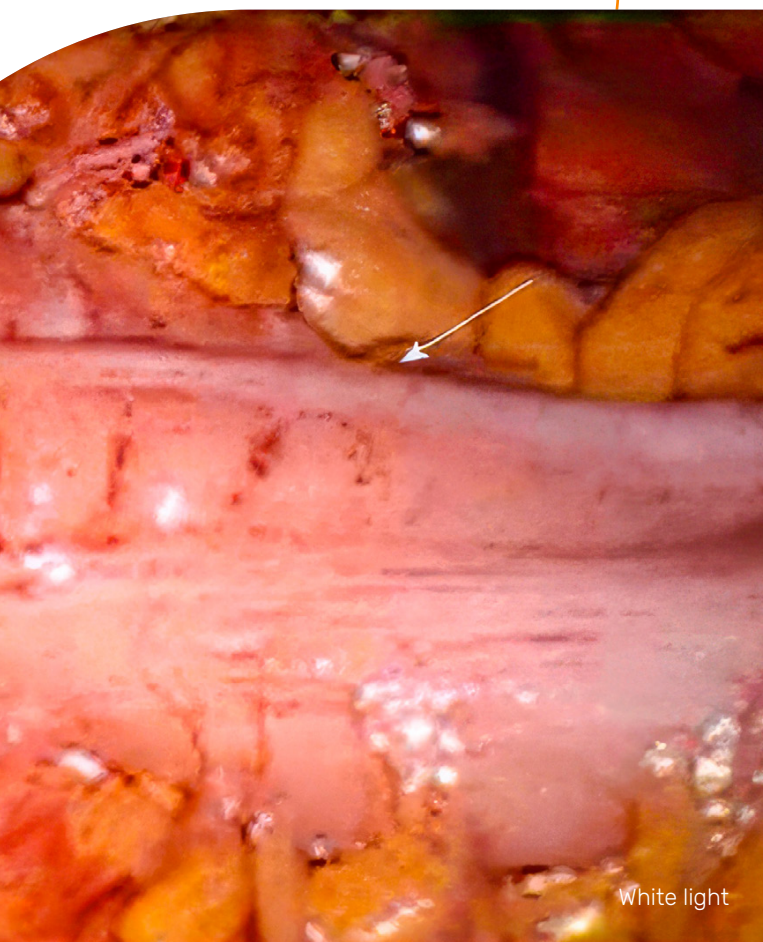
MODERNE APPARATUUR

Met de komst van nieuwe, moderne laparoscopietorens, waaronder een 3D-exemplaar met ICG (of indocyanogroen fluorescentie voor een betere peroperatieve beoordeling van de orgaandoorbloeding) ter vervanging van het vorige 3D-toestel, blijft het Sint-Andriesziekenhuis inzetten op vernieuwing, verbetering en modernisering. Dat is nodig om performante minimaal invasieve abdominale heekunde te kunnen blijven uitvoeren.

EXPERTISE AANWEZIG

Toch blijft voor het oplossen van een acute appendicitis, de meest frequent voorkomende urgente gastro-intestinale chirurgische pathologie, na radiologische bevestiging met echo bij kinderen en/of CT abdomen bij volwassenen, het uitvoeren van appendectomie via laparoscopie nog steeds de gouden standaard.





Internationale studies in een recent verleden toonden aan dat behandeling met antibiotica de heelkundige behandeling van appendicitis op langere termijn zelden zal kunnen vervangen.

Ook in de heelkundige behandeling van symptomatische **cholecystolithiasis** en de complicaties ervan zoals acute cholecystitis is er geen plaats voor een duurdere benadering zoals met de robot.

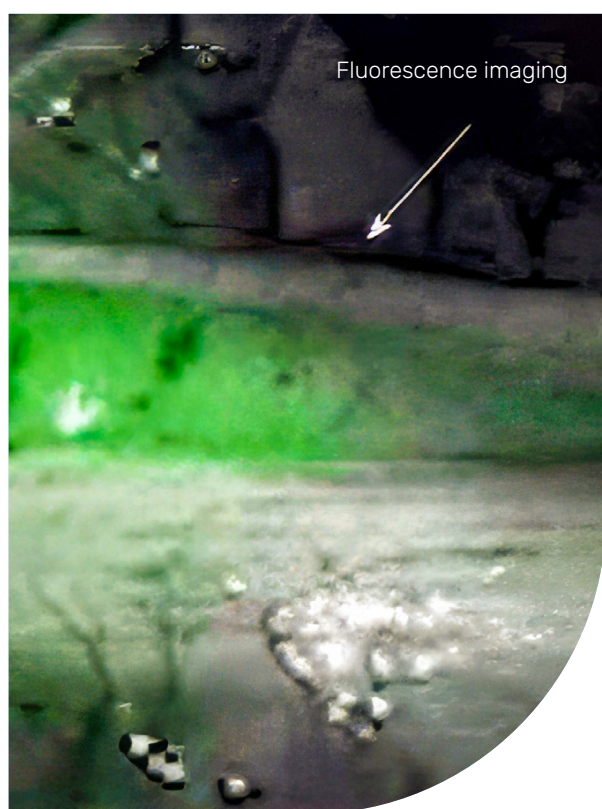
Het betekent dat in het behandelen van **galsteenproblematiek** de laparoscopische techniek centraal blijft staan.

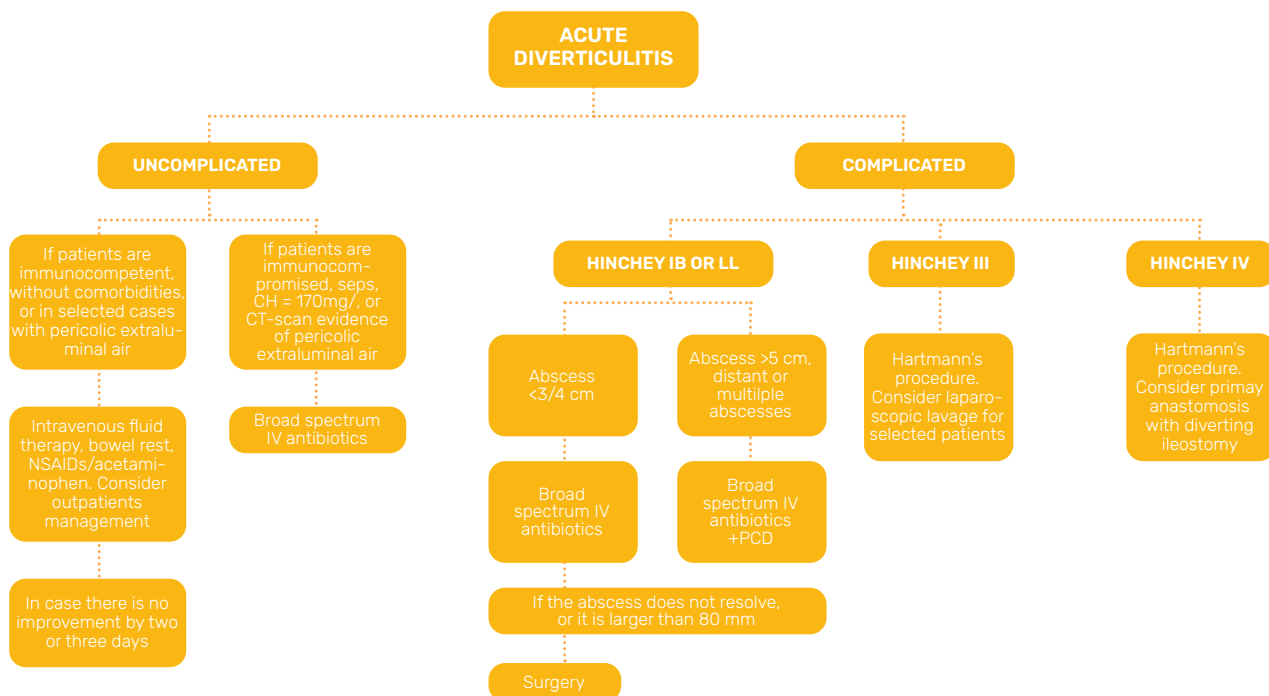
In de behandeling van functionele gastro-intestinale pathologie zoals **maagherniatie**, al dan niet met reflux, en **klein bekken prolaps**, al dan niet met obstipatie, blijft minimaal invasieve heelkunde de eerste keuze. Hier heeft ook robotchirurgie wel degelijk een plaats als minimaal invasieve benadering wat sinds meer dan 1 jaar mogelijk is het Sint-Andriesziekenhuis dankzij de aankoop van de hoogtechnologische Hugo robot van Medtronic.

Inflammatoire darmziekten bij jongeren en **colonontstekingen** zoals rectosigmoid diverticulitis bij een oudere en bejaarde populatie vergen naast medicamenteuze aanpak vaak chirurgie.

Bij diverticulitis gaat het dan in een urgente setting over het behandelen van abcesdatie en/of perforatie en in electieve omstandigheden over niet-afkoelende, recidiverende, stenoserende of naar andere organen fistuliserende ontstekingen.

Met het introduceren van een ERAS (enhanced recovery after surgery) en een prehabilitatieprogramma, doorgedreven subspecialisatie, de blijvende vernieuwing van het laparoscopiesenaal en het gebruik van evidence based algoritmen tonen de cijfers aan dat binnen het Sint-Andriesziekenhuis patiënten met minder complicaties en binnen een kortere hospitalisatieduur perfect behandeld kunnen worden voor hun benigne colonproblematiek.





Dr. Peter Lissens, abdominaal chirurg
peter.lissens@sintandriestielt.be

Referenties: Indocyanine Green Fluorescence Guided Surgery in colorectal surgery, Zoe Garoufalia, S. Wexner, J. Clin Med 2023 Jan; 12 (2): 494. CODA Collaborative. Antibiotics versus Appendectomy for Acute Appendicitis—Longer Term Outcomes. Research letter. N Engl J Med. Posted online October 25, 2021. Laparoscopic cholecystectomy, N. J. Soper, Preeti Malladi, up-to-date, 2024. Robot-assisted vs laparoscopic ventral rectopexy for external or internal rectal prolaps and enterocoele: a randomized controlled trial, J Mäkelä-Kaikkonen et al, Colorectal disease, 2016 oct; 18 (10): 1010-1015. Perforated diverticulitis in the North of England: trends in patient outcomes, management approach and the influence of subspecialisation, Baldock TE, Brown LR, and McLean, The Annals of The Royal College of Surgeons of England, Volume 101, Number 8

De rol van de diëtist bij IBD

ONDERSTEUNING VAN IBD-PATIËNTEN

De diëtist vervult een cruciale rol in de begeleiding van patiënten met Inflammatory Bowel Disease (IBD), zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Deze aandoeningen vereisen vaak een specifieke benadering op het gebied van voeding. Momenteel hanteren wij geen standaardprocedure voor het zien van deze patiëntengroep; zij raadplegen ons uitsluitend op verwijzing.

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK

IBD kan gepaard gaan met diverse symptomen, waaronder gewichtsverlies, voedingsstoffentekorten en maag-darmproblemen. Het is van essentieel belang

dat patiënten met IBD een voedingsaanpassing volgen die hun symptomen beheert en voedingsstoffen aanvult die ze mogelijk tekort hebben. De diëtisten nemen uitgebreide voedingsanamneses af, bespreken specifieke voedingsbehoeften en stellen haalbare voedingsdoelen op voor individuele patiënten met IBD, binnen de context van een multidisciplinaire aanpak. Deze aanpak zorgt ervoor dat de diëtist nauw samenwerkt met andere zorgprofessionals om complete en doeltreffende zorg te bieden aan patiënten met IBD. We zijn overtuigd van de kracht van samenwerking en het delen van kennis om de gezondheid en het welzijn van onze patiënten te verbeteren.

Redactie: Dieetafdeling Sint-Andriesziekenhuis
dieetafdeling@sintandriestielt.be



Amplifon Hoorcentrum Veerle Spruytte Tielt

audioloog - erkend audicien

-  Kortrijkstraat 112, 8700 Tielt
-  0476 89 89 92
-  veerle.spruytte@telenet.be
-  www.amplifon.com

 **amplifon**





Aanhoudende darmkrampen, diarree, valse stoelgangsdwang

...

ZIJN MAAR ENKELE
SYMPTOMEN VAN
CHRONISCHE
ONTSTEKINGSZIEKTEN
VAN HET SPIJS-
VERTERINGSSTELSEL



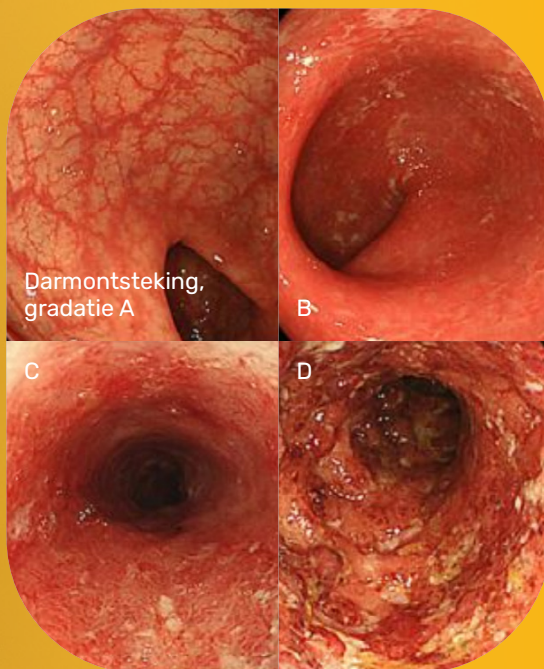
IBD en oud zeer:

nieuwe therapieën

Aanhoudende darmkrampen, wekenlange diarree, bloed in de stoelgang, valse stoelgangsdwang, ongewild stoelgangsverlies en onhoudbare defecatie drang zijn maar enkele van de symptomen die optreden bij patiënten met chronische ontstekingsziekten van het spijsverteringsstelsel. Dr. Astrid De Zutter, gastro-enteroloog, licht toe.

CHRONISCHE DARMONTSTEKINGEN

Inflammatoire darmziekten (IBD of Inflammatory Bowel Diseases) is de verzamelnaam voor de ziekte van Crohn (CD) en colitis ulcerosa (UC). Dit zijn twee chronische, immuungemedieerde darmaandoeningen met veel gelijkenissen, maar met nog meer verschillen.



Colitis ulcerosa manifesteert zich, zoals de naam het zegt, louter in de dikke darm of colon. Klassiek gaat het over een continue ontsteking vanuit de endeldarm naar proximaal toe. De darmontsteking zorgt voor abdominale pijn, diarree, slijm en bloed in de ontlasting. Door de aantasting van de endeldarm ervaart de patiënt ook typisch urge (erge aandrang) en tenesmen (valse defecatie drang). De uitgebreidheid van aantasting wordt onderverdeeld (afhankelijk van classificatie) in proctitis met louter aantasting van de endeldarm, linkszijdige colitis met aantasting niet voorbij de milthoek en pancolitis indien er aantasting is voorbij de milthoek. Ook de ernst van aantasting is erg variabel.



Proctitis



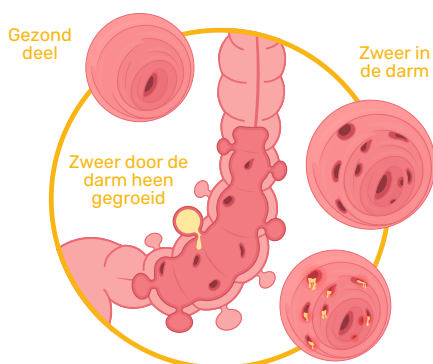
Left-sided colitis



Pancolitis

WAT ZIJN DE VERSCHILLEN MET DE ZIEKTE VAN CROHN?

Ten eerste is er de uitgebreidheid. De ziekte van Crohn kan zich uitstrekken vanaf de mond t.e.m. de anus. De meest typische aantasting betreft het terminaal ileum. Daarnaast is er bij de ziekte van Crohn een transmurale aantasting waarbij perforaties en secundair fistel- en abcesvorming mogelijk zijn. Ten slotte zijn er bij de ziekte van Crohn granulomen bij histopathologisch onderzoek, al worden die niet steeds vastgesteld.



EXTRA-INTESTINALE MANIFESTATIES

Bij diagnosestelling moeten we ook bedacht zijn op extra-intestinale manifestaties. Er is een correlatie tussen IBD en andere immuungemedieerde aandoeningen zoals spondylartropathie, primaire scleroserende cholangitis (PSC), psoriasis, uveïtis, ... Patiënten met IBD hebben niet alleen een grotere kans op deze aandoeningen, maar deze aandoeningen bepalen mee de behandlungsstrategie. Het verschil tussen immuungemedieerde en auto-immune aandoeningen is het feit dat de pathofysiologie niet louter te verklaren valt door de aanwezigheid van autoantistoffen, zoals bij auto-immune aandoeningen. De pathofysiologie is erg complex en onvolledig gekend. Volgende factoren spelen een rol: genetische factoren, het microbiom, omgevingsfactoren (zoals voeding, westerse wereld, ...). Hierdoor is het therapeutisch platform veel complexer.

OUDE VS. NIEUWE THERAPIEËN

Als we over **oude therapieën** spreken, hebben we het over 5ASA (5-aminosalicylaten zoals mesalazine/sulfasalazine), cortisone, azathioprine, ... In het begin van de jaren 2000 werd een revolutie ingeluid met het ontwikkelen van **biologische therapieën**. Infliximab was daarbij the first kid on the market en werkzaam bij zowel de ziekte van Crohn als colitis ulcerosa. Deze biologische therapieën proberen de

ontstekingscascade op een of meerdere punten te onderbreken. Infliximab blokkeert TNF-alfa en blijft een erg belangrijke plaats behouden in ons therapeutisch arsenaal. Nadien kwamen de broertjes adalimumab (CD en UC) en golimumab (voor UC) op de markt, die beide ook TNF-alfa blokkeren. Verder kregen we nog vedolizumab (integrine antagonist) en ustekinumab (anti-IL12/23).

De laatste jaren zijn er echter veel nieuwe producten en productgroepen op de markt gekomen of zitten ze in de pipeline. Vele van deze producten worden reeds gebruikt bij andere (al dan niet IBD-gerelateerde) immuungemedieerde aandoeningen en de expertise bij deze aandoeningen helpt ons deze producten ook binnen IBD te gebruiken.

Vooreerst is er de groep van de **JAK-inhibitoren**. Hierbij verlaten we de term biologische therapie en hebben we het over small molecules. De producten kunnen hierdoor in pilvorm toegediend worden, een voordeel voor de patiënt. JAK staat voor janus-kinase. Er wordt daarbij niet één aspect van de inflammatoire cascade geblokkeerd, maar een heleboel. We onderscheiden JAK1, JAK2 en JAK3. Tyk2 valt eveneens binnen deze groep. Bij voorkeur wordt JAK2 niet geblokkeerd gezien het mee verantwoordelijk is voor bloedcelaanmaak. Er zijn panJAK-inhibitoren (tofacitinib) en preferentieel JAK1-inhibitoren (upadacitinib en filgotinib) die in hoofdzaak JAK1 blokkeren en in mindere mate de andere. Hiervan gaat ook hun sterkte uit, want het blijft een evenwicht zoeken tussen effect bereiken en bijwerkingen vermijden. De werkingsduur is duidelijk korter en de medicatie moet 1 of 2 maal daags ingenomen worden. Ten slotte moeten we extra waakzaam zijn voor belangrijke cardiovasculaire problemen, tromboserisico en het risico op varicella zoster bij patiënten die deze medicijnen nemen.

Een andere nieuwe groep is de **anti-IL23p19 subunit specifieke therapieën** zoals risankizumab, reeds beschikbaar voor Crohn, en mirikizumab, sinds 1 juni beschikbaar voor colitis ulcerosa. De laatste nieuwe groep omvat de **S1P-receptor modulatoren**. Deze perorale therapie is reeds langer gekend bij multiple sclerose, maar blijkt ook effectief te zijn bij colitis ulcerosa. Het doel hierbij is om de lymfocyten de sekwestreren in de lymfeknopen zodat ze geen inflammatie in de darm veroorzaken. We hebben reeds toegang tot ozanimod en binnen afzienbare tijd tot etrasimod.

THERAPEUTISCH RAAM

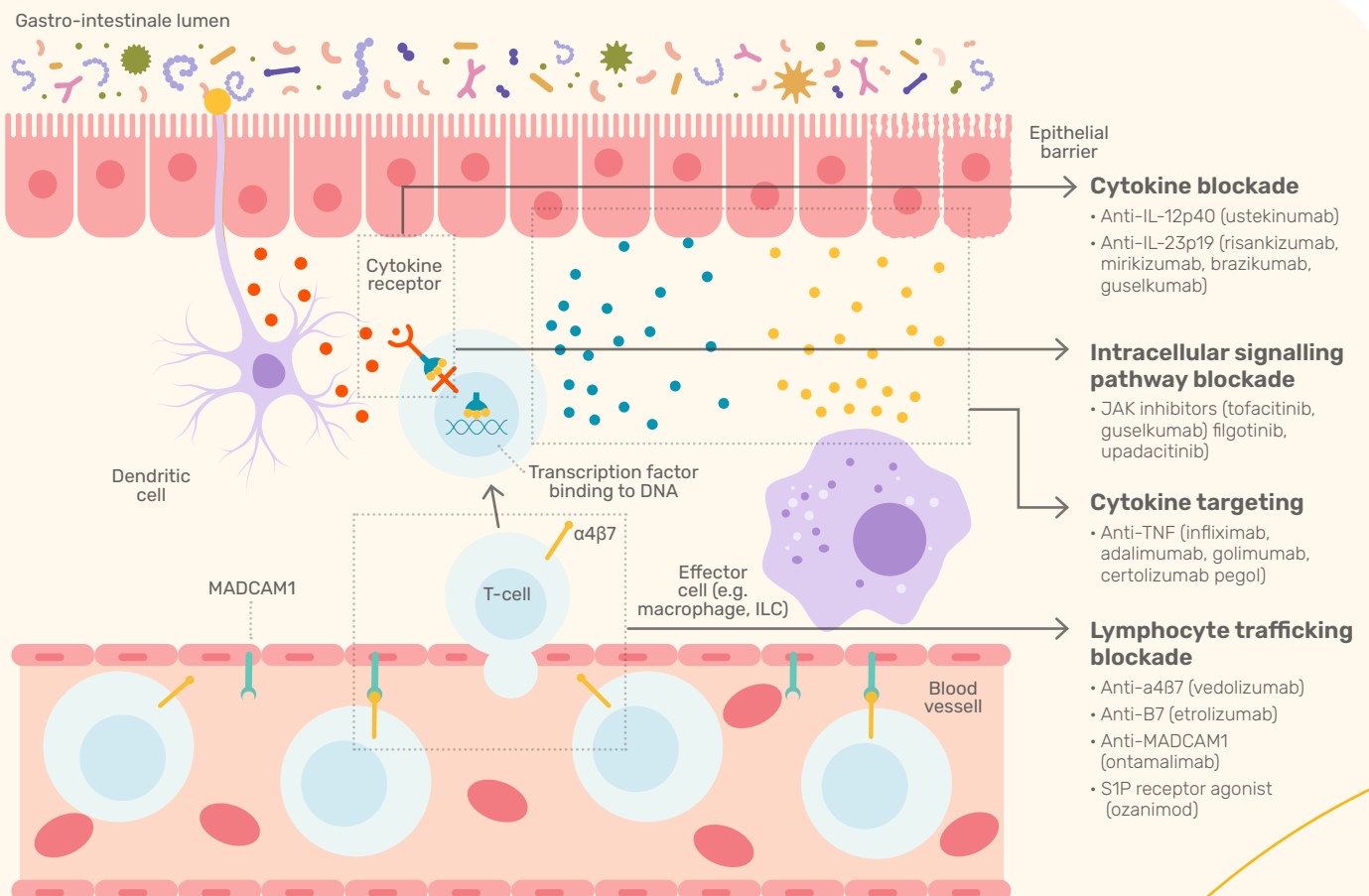
Ondanks alle nieuwe therapieën blijft er nog een groot therapeutisch window open gezien de huidige therapieën maximaal (een gevleide) 50% kans op stabiele respons/remissie bereiken. Enkele heikele punten/oude kwalen rond de behandeling van chronische inflammatoire darmziekten blijven bestaan, ondanks het ontwikkelen van vele nieuwe therapieën.

- Gezien het chronisch aspect van de ziekte vraagt dit mentaal veel van de patiënten. Psychologisch hebben ze het vaak moeilijk de ziekte te aanvaarden, om te gaan met aanslepende klachten en de onzekerheid dat er steeds nieuwe opstoten kunnen optreden. De impact op het dagelijks functioneren is niet te onderschatten. De ziekte treedt vaak op vrij jonge leeftijd op en patiënten slepen dit jaren met zich mee.
- Vermoeidheid blijft een van de moeilijkst te behandelen symptomen. Vermoeidheid verbetert vaak eenmaal de ziekte onder controle is. Toch kan dit een aanslepend symptoom zijn ondanks ziekteremissie.

Recent onderzoek naar effectieve therapieën toonde geen consistente respons op toediening van hoge doses vitamine B1 en ook bij tryptofaan (afgeleide van serotonine) kon wetenschappelijk onderzoek geen duidelijk significant effect vaststellen.

Het doel van al deze therapieën blijft de ziekte te onderdrukken om symptomeloos (= klinische remissie) door het leven te kunnen gaan in combinatie met werkelijke genezing van de darm (vast te stellen d.m.v. endoscopie en beeldvorming). Genezing is bij de ziekte van Crohn niet mogelijk. Bij colitis ulcerosa kan men de patiënt genezen door de volledige dikke darm te verwijderen, doch dit heeft een grote impact op de levenskwaliteit en is niet zonder risico. Daarom is dit enkel aangewezen voor geselecteerde therapieresistente gevallen. Gezien de impact van de ziekte en het chronische karakter wensen we ook in te zetten op patiëntenondersteuning en empowering. Ann Bommerez, onze IBD-verpleegkundige, vervult hierin een belangrijke rol als laagdrempelig aanspreekpunt en ondersteuningsfiguur.

Dr. Astrid De Zutter, gastro-enteroloog
astrid.de.zutter@sintandriestielt.be



Portret

Ann Bommerez, IBD-verpleegkundige

Als IBD-verpleegkundige (IBD – inflammatory bowel diseases) in het Sint-Andriesziekenhuis is Ann Bommerez in de eerste plaats een tussenpersoon voor arts en patiënt. Hierdoor kunnen patiënten laagdrempelig hun probleem vertellen en kan dat snel aangepakt worden. Een gesprek.

HOE ZIET JE TAAK ERUIT?

Ik stuur patiënten via mail of een telefonisch consult in een bepaalde richting. Dat kan een bezoek aan de huisarts zijn, een staaltje binnenbrengen in een labo, een verandering/voorschrift van medicatie, een extra onderzoek of dringend consult plannen. Belangrijk is dat ik geen doorslaggevende beslissingen neem of doorgeef vooraleer met de arts te overleggen.

WAT IS HET BELANG VAN JOUW ROL?

De behoefte aan een luisterend oor, (geruststellende) informatie of gewoonweg begrip en empathie is heel groot. Een vertrouwelijk gesprek en positieve coaching voor een goede therapietrouw zorgt bovendien vaak voor minder verzuim en minder ziekenhuisopnames. Een niet te onderschatten uitdaging voor een chronische patiënt die levenslang therapie moet krijgen zijn de periodes van 'te willen opgeven'. Bij patiënten die een nieuwe diagnose van de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa krijgen, gebeurt op dat moment ook een consult bij mij voor meer info. Door de stress bij bezoek aan de arts ontglipt er vaak heel wat informatie en zo worden ze nog eventjes opgevangen. Voor vragen over zwangerschap, borstvoeding, verloop van de ziekte, een opstoot, consequenties naar hun werkgever, toilet-pasaanvragen, vragen bij onderzoeken, terugbetalingen, ... kunnen ze eveneens bij mij terecht. En ik laat hen kennismaken met patiëntenverenigingen, websites, blogs enz.

HOE GA JE PRAKTISCH TE WERK?

In de praktijk zie ik elke patiënt met infuustherapie en subcutane therapie via dagkliniek, na hun consult bij de arts.

Vaak worden patiënten op een subcutane therapie gezet, waarbij educatie en informatie gegeven wordt. Ik leer hen de juiste techniek aan om zichzelf te prikken. Er is wel een home coaching organisatie, maar het is toch de bedoeling dat de patiënt zoveel mogelijk zelf zijn inspuitingen doet. Ik geef hen dan ook de bijhorende koeltasjes mee, reisdocumenten, apps en informatie in verband met bewaring en houdbaarheid.

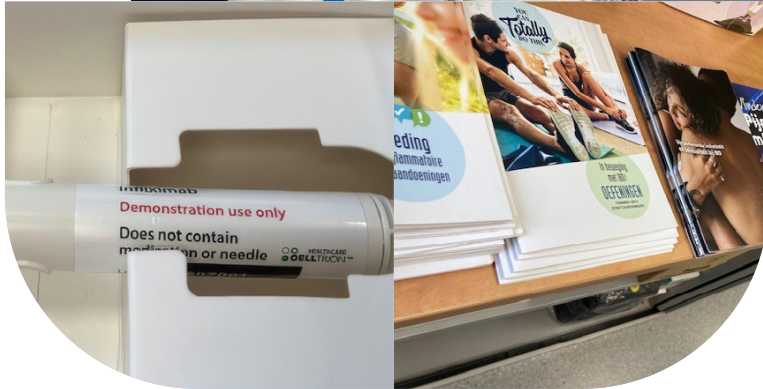
Voor de werkende en schoolgaande patiënten die zich niet steeds ziekteverlof of een dagje vrij kunnen permitteren, organiseren we op dinsdagavond een avondhospitalisatie, tot 20 uur. De meeste patiënten komen om de 4, 6 of 8 weken langs voor hun therapie.

Indien een patiënt met IBD op een afdeling wordt opgenomen, ga ik ook langs op de kamer. Als een ziek stuk darm (toch) nog chirurgisch verwijderd moet worden, al dan niet met een (tijdelijk) stoma, probeer ik hierbij aanwezig te zijn.

JE GEEFT VERDER OOK ADVIES?

Ja, bijvoorbeeld over roken of voeding. Roken is voor patiënten met chronische darmontstekingsziekten een uitlokkende factor voor een opstoot en daarom stimuleren we een rookstop. Indien nodig verwijs ik door naar Marianna Devaere van onze rookstopbegeleiding. Wij hebben verder ook een IBD-diëtiste in huis, Lies Wambeke, die als de patiënt dat wenst meer toelichting kan geven over voeding.

Last but not least is er daarnaast regelmatig psychologische hulp nodig, om nog meer begeleiding en ondersteuning te geven.



Vooral dan in verband met chronische vermoeidheid, het aanvaarden van de chronische ziekte, traumaverwerking en de sociale en intieme impact van de ziekte.

HOE BLIJF JE OP DE HOOGT VAN NIEUWE EVOLUTIES?

Als lid van de BINA storia (Belgian IBD Nurses Association) en Ecco (European Crohn en Colitis Organisation) volg ik op regelmatige basis congressen en meetings. Geregeld komen er immers nieuwe spelers van medicatie op de markt en verandert een wetgeving rond de terugbetaling van een product of moeten documenten en attesten ingevuld worden, stalen aangevraagd worden, ... Het is mijn taak om dit mee op te volgen. Ik deed ook een cursus om data te mogen ingeven voor wetenschappelijke studies.

Tot slot neemt ons ziekenhuis ook heel wat initiatieven, zoals de jaarlijkse West-Vlaamse IBD-patiëntenavond in april en de wereld-IBD dag in mei. Voor de nabije toekomst ben ik aan het polsen naar interesse voor een praatcafé, voor lotgenoten, en een uitbreiding naar een multidisciplinair overleg. De gastro-enterologen, chirurgen, diëtiste, psychologe en IBD-verpleegkundige zitten dan samen en krijgen zo een nog beter beeld van de patiënt. Het kan de opvolging en de begeleiding enkel ten goede komen.

*Ann Bommerez, IBD-verpleegkundige
ann.bommerez@sintandriestielt.be.*

WE HAVE EVERY SINGLE MOMENT AT HEART.
JUST LIKE YOU DO.



WE CARE FOR EVERY HEARTBEAT.



Lichttherapie

De zon heeft haar goede en slechte kanten

Hoewel de zon gemiddeld 150 miljoen kilometer verwijderd is van onze planeet, straalt ze voldoende licht en warmte uit om het leven op aarde in stand te houden. Dr. Veronique Meuleman, dermatologe, laat haar licht schijnen op het effect van zonnestraling voor de mens.

HUDZIEKTEN BEHANDELEN

De zon heeft haar goede en slechte kanten. Enerzijds hebben we haar nodig voor het leven op onze planeet, voor de aanmaak van vitamine D, voor ons geestelijk welzijn, ... Anderzijds veroorzaakt een teveel aan zonlicht huidkanker.

Het is al langer bekend dat vele huidziekten spontaan verbeteren of zelfs genezen wanneer een patiënt zich naar zuiderse oorden begeeft. Het gaat hier om een klimatologisch effect waarbij bepaalde golflengten van het licht een rol spelen. Uit deze observatie is het gebruik van uv-licht in de behandeling van huidziekten ontstaan.

UVA, UVB EN PUVA

Een halve eeuw geleden werd gedacht dat UVA onschadelijk was waarna er een 'zonnebankcultuur' ontstond. Inmiddels weten we beter. Vele golflengten van licht kunnen (bij een te hoge blootstelling aan straling) huidkanker in de hand werken. Dat geldt zelfs voor blauw licht afkomstig van computerschermen.

Voor de behandeling van huidziekten wordt nu meestal UVB-licht gebruikt, het zogenaamde 'smalband UVB' met een golflengte tussen de 280 en 315 nm. UVB dringt niet zo diep door in de huid als UVA dat, in tegenstelling tot UVB, door glas kan

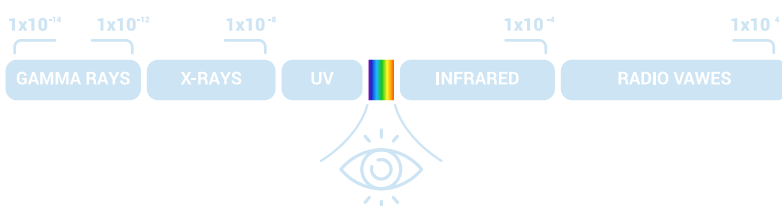
dringen. Soms wordt ook nog PUVA gebruikt. Hierbij wordt UVA-licht gebruikt (315-400 nm golflengte) in combinatie met psoralenen. Vandaar P + UVA. Deze psoralenen moet de patiënt 2 uur voor de belichting innemen. PUVA wordt enkel nog voor hardnekkige huidziekten aangewend.

LICHTTHERAPIE

Voor lichttherapie worden speciale lichtcabines gebruikt. De patiënt wordt afhankelijk van de aandoening 2 tot 3 keer per week belicht. UVB kan ook toegepast worden bij kinderen en zwangere vrouwen. Het ziekenfonds voorziet volledige terugbetaling van de kosten voor uv-therapie bij een dermatoloog (momenteel 20,33 euro per beurt). Let wel, dit is enkel voor bepaalde huidaandoeningen zoals bewezen zonneallergie, lichen planus, mycosis fungoides, psoriasis, ...

De belichting zelf duurt maar een paar minuutjes. Het benodigde aantal belichtingen tot 'klaring' verschilt sterk van patiënt tot patiënt en hangt ook af van de huidaandoening. Er wordt een brilletje voorzien om de ogen te beschermen.

*Dr. Veronique Meuleman, dermatoloog
veronique.meuleman@sintandriestielt.be*



Cabine voor lichttherapie

Dienst in de kijker: Preopname



Bekijk hier een filmpje over aanmelden bij de dienst preopname.

De dienst preopname in het Sint-Andriesziekenhuis ondersteunt patiënten ter voorbereiding van hun geplande ingreep of ziekenhuisopname. De preopname zorgt ervoor dat de (dag van) opname efficiënt verloopt doordat de wettelijke formaliteiten reeds op voorhand worden geregeld en de gezondheidstoestand van de patiënt in kaart wordt gebracht a.d.h.v. de patiëntenmap. Dit preopnameproces biedt een volledig zorgtraject en is de basis tot een veilige en kwaliteitsvolle zorg en dit in samenwerking met alle (eerstelijns) zorgverstrekkers. Onderstaande aspecten worden afgedekt:

- Administratieve gegevens van de patiënt verifiëren en aanvullen (identiteit, contactpersonen, (hospitalisatie)verzekering, ...)
- Opmaken (wettelijk) formulier kamerkeuze en toelichten van de financiële gevolgen van die kamerkeuze
- Informatie verstrekken over het verloop van de ingreep
- Overlopen van de patiëntenmap waarin gevraagd wordt naar gezondheidstoestand, medische voorgeschiedenis, thuismedicatie en allergieën
- Afname van MRSA-screening, alsook indien nodig covid-19, en/of CPE/VRE screening
- Bij prothesechirurgie worden met de nodige toelichting dekolonisatiepakketten meegegeven ter voorbereiding van de ingreep
- Indien noodzakelijk de patiënt verwijzen naar de kasdienst of sociale dienst
- Informatie verstrekken over het verloop van de opnamedag bij het binnenkomen in het ziekenhuis

ZORGTRAJECT

Wanneer een ingreep of ziekenhuisopname gepland wordt, verwijst de specialist de patiënt naar de preopname. De patiënt kan ook spontaan langskomen naar de preopname indien de ziekenhuisopname wordt gepland door de huisarts of door een specialist vanuit een externe polikliniek. De dienst preopname bestaat uit vier enthousiaste verpleegkundigen: Marianne, Laura, Christel en Sofie. Zij ontvangen de patiënten en begeleiden hen bij het doornemen en invullen van alle medische en wettelijke documenten. Tijdens dit vooronderzoek wordt gecontroleerd of alle administratieve, medische en verpleegkundige gegevens aanwezig zijn. Indien nodig worden de patiënten verwezen naar sociale dienst en kasdienst. De preopnameverpleegkundige overloopt de patiëntenmap en zal ook de patiënt in herinnering brengen indien een bezoek aan de huisarts of anesthesist noodzakelijk is. Het gedeelte van de

patiëntenmap die door de huisarts dient ingevuld te worden is ook elektronisch beschikbaar en wordt naderhand ingelezen in het medisch dossier van de patiënt. Om de risico's op dragerschap van MRSA te beperken gebeurt een screening. Patiënten die positief getest zijn op MRSA worden opgevolgd en opgebeld door de dienst ziekenhuishygiëne en de patiënt kan vervolgens een dekolonisatiepakket komen afhalen bij de preopname. De dag van opname wordt de patiënt vanuit de kiosk verwezen naar de receptie, wordt de identiteit geverifieerd en het polsbandje aangebracht. Het is belangrijk dat de patiënt in het bezit is van zijn patiëntenmap. Is dit niet het geval dan kan de ingreep niet doorgaan. Vervolgens kan de patiënt zich laten begeleiden naar de verpleegafdeling of wordt hij via het routenummer verwezen naar de verpleegafdeling. Dit impliceert een vlotte doorstroom van de patiënt naar de afdeling, een verminderde werkdruk bij de opnamedienst en het verpleegkundig departement en garandeert stipte operatietijden.

BEREIKBAARHEID

De preopnameverpleegkundige is **elke werkdag** aanwezig van **10u00 tot 18u30**. Buiten die uren kan de patiënt van 07u00 (in het weekend van 08u00) tot 21u00 terecht bij de receptie voor hun preopname. Indien noodzakelijk belt de preopnameverpleegkundige de patiënt dan terug. De preopname is telefonisch bereikbaar (**051 425 497**) of via e-mail (**preopname@sintandriestielt.be**).

Auteurs: Maja Mikula (opname), Christelle Six (diensthoofd opname), Gerdy Dezutter (financieel-administratief directeur)



Foto (van links naar rechts):
Marianne, Laura, Christel en Sofie

En dan nog dit

Symposium Eerste Lijn



Donderdagavond 18 april vond het eerste Symposium Eerste Lijn plaats in het Sint-Andriesziekenhuis. Het concept heeft als doel enkele gastsprekers aan het woord te laten over een topic binnen een bepaald medisch segment voor een doelpubliek van huisartsen, kinesisten, apothekers en thuisverpleegkundigen.

De spits werd afgebeten door volgende gastsprekers:

- **Prof. dr. Lieven Danneels "Rugpijn"**
(hoogleraar vakgroep Revalidatiewetenschappen, Universiteit Gent)
- **Dr. Pieter Schotte "Pijnkliniek"**
(anesthesist Sint-Andriesziekenhuis)
- **Dr. Bart Regaert "Endoscopische rugoperatie"**
(neurochirurg Sint-Andriesziekenhuis)
- **Dr. Bernd Lannau "Borstverkleiningen"**
(plastisch chirurg Sint-Andriesziekenhuis)

Het werd een interessante avond waarbij de 4 sprekers het publiek konden boeien met onderbouwde en stevig gedocumenteerde info over het onderwerp van hun keuze.

Reactie van een van de aanwezigen:



Voor ons was het als verpleegkundigen bijzonder leerrijk. De uiteenzettingen waren helder en duidelijk en we hebben er veel van opgestoken.



Kwist'em Quiz scoort

In april vond de derde editie van de Kwist'em Quiz plaats. Met maar liefst 172 deelnemers en meer dan 20 vrijwilligers was het restaurant goed gevuld en de sfeer gezellig. Nieuw dit jaar was dat elke ploeg minimaal één medewerker van het Sint-Andriesziekenhuis moest tellen. Volledig externe quizploegen waren er deze keer dus niet bij. Dat betekende niet dat er geen gezonde competitie was. De quiz werd georganiseerd ten voordele van de deelname van Markant Meulebeke aan de '1000 kilometer voor Kom op tegen kanker'. Logopediste Trui Valcke en

hoofdverpleegkundige Annick Duyck fietsten tijdens het Hemelvaartweekend mee.

De deelnemers aan de quiz betaalden een klein inschrijvingsbedrag dat samen met de opbrengst van de drankenverkoop integraal aan het goede doel geschonken werd. Een tombola bracht extra geld in het laatje. De hoofdprijs? Een verblijf aan zee, geschonken door collega Dominique Wambeke. En wat bracht de avond op? Het antwoord: de mooie som van 3.932 euro! De fietsers en 'Kom op tegen kanker' kregen dus een stevig duwtje in de rug.



Nieuwe wind waait door Borstkliniek

Het team van de Borstkliniek wordt versterkt met dr. Sébastien Strypstein die, samen met dr. Griet Hoste, zal instaan voor het chirurgische luik van de behandeling van de borstpathologie. We zijn ervan overtuigd hiermee de dienstverlening naar onze patiënten toe verder te optimaliseren. De Borstkliniek is te bereiken via 051 42 50 60 (secretariaat heelkunde) en 051 42 52 58 (secretariaat gynaecologie) of via borstkliniek@sintandriestielt.be.

Foto v.l.n.r. Boven: Ellen Van Poucke (oncoverpleegkundige), dr. Sébastien Strypstein (borstchirurg), dr. Bernd Lannau (plastisch chirurg), dr. Ludovic D'hulst (nucleairist), dr. Vally De Wilde (radioloog), Corinna Ooghe (oncoverpleegkundige). Onder: dr. Leen De Backer (medisch oncoloog), dr. Griet Hoste (gynaecoloog), dr. Pascale Wilmes (medisch oncoloog)



Dr. Tom Vansteenkiste, anesthesist, in Nepal

Dr. Tom Vansteenkiste, anesthesist in het Sint-Andriesziekenhuis, trok in februari naar Nepal om er de Lobuche East Peak te beklimmen.

De bedoeling was om helemaal tot aan de top te gaan, maar door het vele ijs en te vroeg op het seizoen was dit technisch niet mogelijk. Op het hoogst bereikte punt was er toch ruimte voor dit kiekje.



Gewrichten¹ & Pezen

98% Bewezen doeltreffendheid²



Natuurlijk

Max

Hoog gedoseerd



1 tablet per dag



¹ Kurkuma-extract draagt bij tot het behoud van de gewrichtsflexibiliteit. ² Amalraj A. et al., 2019. Evaluatie op basis van een daling van de CRP's.

Made in Belgium



www.mobilitylmax.com

In de apotheek

Passion for family health

Trenker laboratoires

Voedingssupplement • Mobilityl Max: NUTRPL 21/04 ©Trenker 2024-03

Symposia en publicaties

SYMPOSIA

Dr. Julien Dekoninck

BEST OF OSTEOPOROSIS meeting; preventie van osteoporose, dr. Julien Dekoninck, geriater; donderdag 18 april 2024

Dr. Isabelle Vanneuville

Diagnose en multidisciplinaire revalidatie bij fibromyalgie klachten; AKOWVL Tielt, 16 januari 2024

Dr. Griet Hoste

Heelkundige innovaties in de borstchirurgie en urologische robotchirurgie; dr. Griet Hoste, dr. Ludovic D'Hulst en dr. Wouter Marchand, 11 januari 2024

Dr. Delphine Lambrecht

TENDON REHAB: What's new? 2024; infoavond voor kinesisten, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 22 februari 2024

Slijtage van de schouder; infoavond voor de bevolking, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 12 maart 2024

Dr. Wouter Marchand

- ROBOT heelkunde in de urologie, JCI, 4 mei 2023
- Open disclosure na patiëntveiligheidsincidenten, YYZ, woensdag 11 oktober 2023
- Open disclosure na patiëntveiligheidsincidenten, Artsenbond Vesalius, 26 oktober 2023
- ROBOT heelkunde in de urologie, FERM, 11 januari 2024

Dr. Frederik Van Hoecke

Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT); TRIAZ HOST symposium, Sint-Andriesziekenhuis, 21 maart 2024

Opleiding microbiologie; referentieverpleegkundigen infectiepreventie, Sint-Andriesziekenhuis, 19 maart 2024

Dr. Sophie Vandeplassche

- Eerste hulp bij noodgevallen; doelgroep bevolking Dentergem, 22 februari 2024
- Sepsis; doelgroep huisartsen, 29 februari 2024

Dr. Pieter Schotte, dr. Bart Regaert, dr. Bernd Lannau
Symposium Eerste Lijn; doelgroep eerste lijn, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 18 april 2024

Dr. Sébastien Strypstein

Hugo™ RAS early experience in abdominal wall surgery – S. Strypstein, BGES robotic event, 2 februari 2024, Orsi Academy

Dr. Griet Spiessens

- Menopauze 360° Congres, organisatie door Insentials, Shinnicare en APHogeschool, Ghelamco Arena Gent, 25 april 2024
- Gezond en krachtig door de (peri)menopauze, Femma Wachtebeke, 21 mei 2024

PUBLICATIES

Dr. Francesca Dedeurwaerdere

- Rational thresholding of circulating tumor DNA concentration for improved surveillance of metastatic breast cancer. G.A. Martens; J. Demol; F. Dedeurwaerdere; J. Breyne; K. De Smet; P. De Jaeger; D. De Smet. ESMO open, volume 9, issue, 102235, February 2024. DOI: 10.1016/j.esmoop.2024.102235
- The Lancet, volume 403, issue 10435, p1493, April 13, 2024 Clinical Picture, Hypouricaemia in a patient with hereditary xanthinuria type I. Bart Maes, Francesca Dedeurwaerdere. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00472-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00472-0)

Dr. Daphné Van den Bussche

Management of venous leg ulcers - Matthew Tan, Fedor Lurie, Hernan Bauza Moreno, Daphne Van den Bussche, Kurosh Parsi, Alun H Davies, , on behalf of UIP, on behalf of UIP, 2024 (sagepub.com). Phlebology: The Journal of Venous Disease

Dr. Frederik Van Hoecke

- Physician-directed microbiological testing versus syndromic multiplex PCR in gastroenteritis. Bo Massa, Frederik Van Hoecke, Steven Vervaeke European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 43:417-422 (2024) <https://doi.org/10.1007/s10096-023-04740-4>
- Semi-quantitative assessment of gastrointestinal viruses in stool samples with Seegene Allplex gastrointestinal panel assays: a solution to the interpretation problem of multiple pathogen detection? Bo Massa, Steven Vervaeke, Frederik Van Hoecke European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 43:435-443 (2024) <https://doi.org/10.1007/s10096-023-04739-x>
- Nationwide quality assurance of high-throughput diagnostic molecular testing during the SARS-CoV-2 pandemic: role of the Belgian National Reference Centre Reile Janssen, Lize Cuypers, Lies Laenen, Els Keyaerts, Kurt Beuselinck, Sunita Janssenswillen, Bram Slechten, Jannes Bode, Elke Wollants, Kristel Van Laethem, Annabel Rector, Mandy Bloemen, Anke Sijmons, Nathalie de Schaetzen, Arnaud Capron, Kurt Van Baelen, Thierry Pascal, Céline Vermeiren, Fabrice Bureau, Jo Vandesompele, Pieter De Smet, Wouter Uten, Hugues Malonne, Pierre Kerkhofs, Jo De Cock, Veerle Matheeußen, Bruno Verhasselt, Laurent Gillet, Gautier Detry, Bertrand Bearzatto, Jonathan Degosserie, Coralie Henin, Gregor Pairoux, COVID-19 Genomics Belgium Consortium, Piet Maes, Marc Van Ranst, Katrien Lagrou, Elisabeth Dequeker and Emmanuel André Virology Journal, 21:40 (2024) <https://doi.org/10.1186/s12985-024-02308-y>

Dr. Sébastien Strypstein

LiverGroup.org Collaborative (collaborator Strypstein S). Outcomes of elective liver surgery worldwide: a global, prospective, multicenter, cross-sectional study. Int J Surg. 2023 Dec 1;109(12):3954-3966. doi: 10.1097/JIS9.0000000000000711

Bijscholing

Huisartsenkring

- 17.09.2024** Antidepressiva versus neuroleptica bij gedragsstoornissen.
01.10.2024 Kwesties rond het levenseinde: intervisie
09.10.2024 Malpertuis: Avant-première 'What the butler saw'
15.10.2024 Verloskunde/gynaeco: cmv, ...
19.11.2024 Flash-avond
12.12.2024 Statutaire vergadering MET partner: Griezelkabinet of sprookjestuin

Aso's en Haio's

Aso's (arts-specialist in opleiding)

HEELKUNDE



Dr. Heleen
Cool



Dr. Andreas
Decock



Dr. Hanne
Mylle

PEDIATRIE



Dr. Rik
Muskens

INTERNE



Dr. Leander
Cornelis



Dr. Jasdeep
Dhillon

Haio's (huisartsen in opleiding)

INTERNE



Dr. Cato
De Boever



Dr. Johannes
Louagie



Dr. Astrid
T'Jonck

SPOED



Dr. Laura
Ruymaekers

Colofon

HOOFDREDACTEUR

Dr. Marc Vuylsteke
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

REDACTIERAAD

Dr. Sandra Huysentruyt
sandra.huysentruyt@sintandriestielt.be
Dr. Valérie Van Damme
valerie.van.damme@sintandriestielt.be
Dr. Sophie Vandeplassche
sophie.vandeplassche@sintandriestielt.be
Dr. Gretel Descheemaeker
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be
Dr. Delphine Lambrecht
delphine.lambrecht@sintandriestielt.be
Dr. Laure Van Breda
laure.van.breda@sintandriestielt.be
Dr. Astrid De Zutter
astrid.de.zutter@sintandriestielt.be
Dr. Tom Vansteenkiste
tom.vansteenkiste@sintandriestielt.be
David De Cleer
david.de.cleer@sintandriestielt.be
Gerdy Dezutter
gerdy.dezutter@sintandriestielt.be

EINDREDACTIE

Valérie-An Desmet:
valerie-an.desmet@sintandriestielt.be

WERKTEN VERDER MEE

AAN DIT NUMMER

Dr. Steven De Coninck
Dr. Mehrdad Biglari
Dr. Peter Lissens
Dr. Veronique Meuleman
Dr. Bernd Lannau
Dr. Evy Degrande
Vanessa Van Renterghem
Ann Bommerez
Lies Wambeke
Laura Lambert
Maaïke Oosterlijnck
Maja Mikula
Christelle Six

ONTWERP

D'M&S

DRUKWERK

Kopie Service Tielt

Sponsors



Examins?

Concentratie*
& energie**



Long acting

Energy**

*Ginkgo biloba ondersteunt het geheugen en de concentratie.

**Vitamines B5 en B12 dragen bij tot het normaal energieleverend metabolisme en vermindering van vermoeidheid. Cogniton® plus energy LA is een voedingssupplement.

DEPHARM