

Ischialgie in de kijker



**Aanpak
radiculaire pijn**

**Radiculaire pijn
door discushernia**

**Dag van
de zorg 2018**

SA
SINT-ANDRIES
ZIEKENHUIS

Uw gezondheid, onze zorg.

2	Editio Dr. Marc Vuylsteke
3	Aanpak radiculaire pijn
4	Beeldvorming bij lumbale radiculopathie
5	Behandeling ischialgieklachten in de pijnkliniek
6	Chirurgische behandeling van radiculaire pijn door discushernia
8	Samen behaalden we het JCI-kwaliteitslabel!
9	Nieuwe artsen
10	Venous International Workshop
12	Dag van de zorg 2018
14	Praatcafé kanker + infoavonden screening & preventie
15	Symposia & publicaties Programma bijscholing

COLOFON

Hoofdredacteur

Dr. Marc Vuylsteke:
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Redactieraad

Dr. Jan Beyls:
jan.beyls@sintandriestielt.be

Dr. Mehrdad Biglari:
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be

Dr. Danny Deros:
danny.deros@sintandriestielt.be

Dr. Gretel Descheemaeker:
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be

Dr. Valérie Van Damme:
valerie.van.damme@sintandriestielt.be

Eindredactie

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

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Simon Van Petegem
Dr. Pieter Schotte
Dr. Bart Regaert
Dr. Sophie Servaes
Sandra Martens

Vormgeving

Kliek Creatieve Communicatie

Drukkerij

Papyrus: www.papyrusweb.be

Sponsors

De nieuwe zomertijd

Beste lezers

Met de komst van de zon, waar we ons al enkele keren aan te goed mochten doen, lijkt een mooie zomer niet ver weg. Daarmee onlosmakelijk verbonden uiteraard lange avonden buiten, met een goed glas en een boeiend boek. Of deze Infosat. Ondanks het feit dat we weten dat iedereen overspoeld wordt met informatie, al dan niet gevraagd, al dan niet gewenst, al dan niet digitaal, houden we er toch graag aan u op deze 'ouderwetse' manier te informeren over het reilen en zeilen in ons Sint-Andriesziekenhuis.

JCI-label

Na het behalen van de JCI-accreditatie viel er een last van vele schouders, maar was er ook een besef van samenhang. Onder leiding van enkele voortrekkers, met veel werk verzet door velen, zijn we er samen in geslaagd! Veel tijd om op onze lauweren te rusten was er uiteraard niet. De uitdagingen blijven komen. Vele mensen hebben hun beste beentje voorgezet op de Dag van de zorg, waar het publiek meer dan een keer verrast was over het medische en paramedische zorgaanbod. Het netwerkdoel waarvan niemand goed weet of en wanneer implementatie plaatsvindt blijft een uitdaging. We willen immers niet inboeten op hetgeen we de patiënten nu aanbieden, maar als kleine broer moet je daarvoor wel op je strepen staan! Het moet een proces worden van geven en nemen, subspecialisatie, centralisatie, maar dat laatste op verschillende locaties.

GDPR

De informatisering breidt uit, hetgeen in alle artspraktijken een serieuze investering van tijd vraagt. Tijd, waarvan we er toch al niet genoeg hadden. Met als kers op de taart de GDPR (General Data Protection Regulation) en de verdergaande inzage van patiënten in hun dossier, hetgeen uiteindelijk tot een meer weloverwogen informed consent kan leiden, maar opnieuw veel extra tijd zal vragen. Privacywetgeving en databescherming eisen verregaande beveiliging van de computernetwerken. De gebruiker zal ongetwijfeld weer meer tijd moeten spenderen aan het invullen van allerlei paswoorden. Dus weer meer inefficiëntie en ... helaas veel tijdverlies.

Multidisciplinair

Los daarvan blijft de medische zorg die we onze patiënten kunnen aanbieden uiteraard de hoofdzaak. Zorg die snel evolueert, en op vele vlakken door technisch vernuft het aanbod serieus doet toenemen. Maar aan dat alles hangt natuurlijk ook een prijskaartje vast. Het zorgaanbod van deze Infosat behelst ruglijden met focus op ischialgie. Ruglijden behoort tot de meest voorkomende pathologieën. Iedereen heeft er vroeg of laat wel eens mee te maken. De economische weerslag hiervan is gigantisch. Een multidisciplinaire aanpak, zoals door de collega's verder beschreven, is de meest aangewezen weg. Multidisciplinariteit, het lijkt wel het nieuwe toverwoord. Maar voor vele specialiteiten is het de te kiezen weg. Alleen vraagt ook dat weer meer tijd!

Maar bovenal wensen we iedereen een mooie zomerperiode toe met nu en dan eens wat hoogkwalitatieve vrije tijd.

Veel leesplezier!
Dr. Marc Vuylsteke

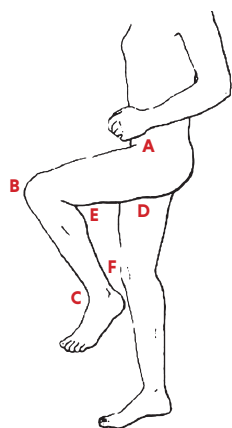
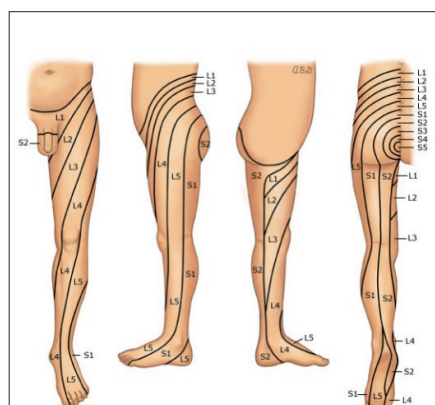
Aanpak radriculaire pijn

Dr. Gretel Descheemaeker | gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be



De huidige aanpak van lage rugpijn en radriculaire pijn is weinig gestandaardiseerd in ons land. Om de patiënt te begeleiden naar een optimale zorg, aangepast aan zijn specifieke situatie, werd door de KCE een zorgpad ontwikkeld.

In deze editie van Infosat willen we met verschillende disciplines ingaan op radriculaire pijn. Hiermee wordt bedoeld pijn in de onderste ledematen, afkomstig van een ontsteking of van druk op een zenuwwortel. Radriculaire pijn bevindt zich gewoonlijk in een (of meerdere) dermatomen. Ze kan veroorzaakt worden door flexie bij een hernia, extensie bij stenose en kan al dan niet gepaard gaan met neurologische tekenen en symptomen (ongevoeligheid en/of paresthesie langs het bijhorende **dermatoom**, verstoorde reflexen of verzwakte motoriek in een bijhorend **myotoom**).



Movement	Nerve roots	Peripheral nerve
A. Hip flexion	L2-3	Femoral ("nerve to iliopsoas")
B. Knee extension	L3-4	Femoral
C. Ankle dorsiflexion	L4-5	Peroneal
D. Hip extension	L4-5	Gluteal
E. Knee flexion	L5-S1	Sciatic
F. Ankle plantar flexion	S1-2	Tibial

Zoals bij iedere aandoening, is de anamnese en het klinisch onderzoek bij ischialgie al een heel belangrijke tool om tot een diagnose of differentieel diagnose te komen.

Initieel is het belangrijk om "alarmtekens" of "rode vlaggen" niet te missen. Deze patiënten worden best dringend verwezen naar de consultatie of spoedgevallen.

Wat betreft ischialgie zijn dit: wijdverspreide (ook armen, hersenzenuwen of bilateraal) neurologische symptomen (piramidale tekens, coördinatieproblemen, motorische of gevoelstoornissen,...), progressieve neurologische symptomen, zadelanesthesie/hypoesthesie, urineretentie, fecale of urinaire incontinentie, geïsoleerde seksuele stoornissen, ernstig motorisch deficit (Medical Research Council Score $\leq 3/5$) sinds minder dan 48u.

Medical Research Council (MRC) schaal	
1	Geen contractie
2	Spoor van contractie (voelbaar), geen beweging
3	Beweging maar zwaartekracht niet te overwinnen
4	Beweging waarmee de zwaartekracht te overwinnen is
5	Beweging tegen lichte weerstand
6	Normale beweging mogelijk met flinke weerstand

Bij radriculaire pijn wordt aanbevolen op iedere raadpleging de spierkracht te herevalueren.

Enkele testen kunnen helpen bepalen of pijn radiculair is van aard:

1. Straight Leg Raising test: Bij de liggende patiënt heft de onderzoeker het gestrekte been van de patiënt met de voet in dorsiflexie aan de symptomatische zijde. Dit veroorzaakt een verhoogde durale druk in de laaglumbale en sacrale niveaus.
2. Contralaterale Straight Leg Raising test: Bij de liggende patiënt heft de onderzoeker het gestrekte been van de patiënt met de voet in dorsiflexie aan de asymptomatische zijde. De test is positief wanneer er pijn optreedt aan de symptomatische zijde. Deze test is specifieker maar minder sensitief dan de Straight Leg Raising Test.

3. Reverse Straight Leg Raising Test = Femoral nerve stretch test: Bij een patiënt in buikligging wordt het gestrekte been opgetild van de tafel. Hiermee wordt de druk op de L2-, L3- en L4-wortel geëvalueerd.

EMG kan nuttig zijn wanneer anamnese, klinisch onderzoek en/of eventuele beeldvorming niet correleren of om de ernst van de zenuwschade te bepalen.

Wat betreft **niet-invasieve behandeling** is het eerste wat dan ook moet gebeuren (en ook tijdens het verdere verloop) het geruststellen van de patiënt over het natuurlijk verloop van zijn pijn, het aanmoedigen van self-management en adviseren om actief te blijven. Daarnaast kan aan de patiënt worden voorgesteld om een begeleid bewegingsprogramma te volgen.

Medicatie is niet altijd nodig bij lage rugpijn met of zonder radriculaire pijn, ongeacht het risico op een ongunstige evolutie. Als medicatie vereist is, geven we de voorkeur aan niet-steroidale ontstekingsremmers (NSAID's), op voorwaarde dat de patiënt ze verdraagt en er geen contra-indicatie is, gevolgd door lichte opioïde analgetica, met of zonder paracetamol. Antidepressiva en anti-epileptica kunnen als startbehandeling gebruikt worden bij neuropathische pijn bij volwassenen.

Referenties

- Gelb, DJ. The Neurologic Examination. In: Introduction to Clinical Neurology. Woburn, MA, Butterworth-Heinemann 2000.
- Up To Date, Graphic 50419 Version 2.0
- Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Fraselle V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsens J, Nielsen H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbback Y, Van Schaeybroeck P, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vlaeyen J, Jonckheer P. Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radriculaire pijn – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 287As. D/2017/10.273/33.

Beeldvorming bij lumbale radiculopathie

Dr. Simon Van Petegem

simon.van.petegem@sintandriestielt.be



Waarom beeldvorming?

Om de patiënt met radiculopathie correct te kunnen behandelen, is het belangrijk om de oorzaak van de klacht adequaat in beeld te brengen. In de meeste gevallen kan de klacht verklaard worden door een discushernia¹, hetzij door een directe compressie van een zenuwwortel, hetzij door een chemische irritatie. Alternatieve oorzaken zijn o.a. facetcysten, tumoren, inflammatoire-, infectieuze-, traumatische aandoeningen, spondylolyse, spinaalkanaalstenose, pseudoradiculaire oorzaken.

Wanneer beeldvorming?

De FOD Volksgezondheid heeft samen met de Belgische Vereniging voor Radiologie richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming ontwikkeld. Deze richtlijnen geven aan in welke klinische context beeldvorming van de wervelkolom geïndiceerd is.

- Richtlijnen medische beeldvorming: health.belgium.be
- Zorgpad radiculaire pijn: lagerugpijn.kce.be

² CONTRAÏNDICATIE



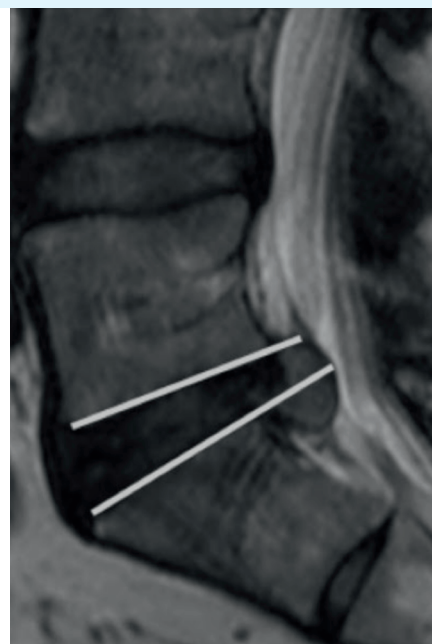
conditionally MR safe

De meest recente Biotronik en Abbott (vroeger St. Jude Medical) pacemakers die onze cardiologen laten plaatsen zijn MR conditional. Dit betekent concreet dat indien uw patiënt een dergelijke pacemaker heeft, het MR-onderzoek van de lumbale wervelkolom toch veilig kan doorgaan indien de klinische context dit vereist. Hiervoor is er altijd een voorafgaand overleg met de dienst radiologie vereist, stuur uw patiënt dus nooit onvoorbereid naar de MR-afdeling. De radioloog zal steeds in samenwerking met de cardioloog het onderzoek voorbereiden en opvolgen.

¹ DISCUS HERNIA



Discusprotrusie is een subtype discushernia, waarbij de hernia niet tot voorbij het niveau van de dekplaten uitbreidt. Dit is te verklaren door een intacte annulus fibrosus.



Discusextrusie is een subtype discushernia, waarbij de hernia wel voorbij het niveau van de dekplaten uitbreidt. De annulus fibrosus is in dit geval gescheurd. Een discusequester is een extrusie waarbij het geëxtrudeerde discusmateriaal niet langer in contact staat met de discus zelf.

Het verschil tussen een protrusie en extrusie is klinisch relevant:

- Een extrusie is bijna altijd symptomatisch, een protrusie is niet zelden asymptomatisch.
- Bij een symptomatische extrusie is er een gunstigere spontane evolutie van de klachten te verwachten dan bij een symptomatische protrusie.

Welke beeldvormingsmodaliteit kiezen?

Voor het uitwerken van lumbale radiculopathie is een MR-onderzoek van de lumbale wervelkolom het meest aangewezen. Door de superieure contrastresolutie van MR-onderzoeken kan de oorzaak van de klacht nauwkeuriger opgespoord worden. Deze verhoogde gevoeligheid heeft als nadeel dat het MR-onderzoek ook meer asymptomatische letsels vaststelt die klinisch niet relevant zijn. Om overbehandeling te vermijden is een goede correlatie met de kliniek van de patiënt essentieel.

Momenteel bedraagt de wachttijd voor een MR-onderzoek van de lumbale wervelkolom ongeveer twee weken. Voor dergelijke onderzoeken werden sinds mei jl. extra plaatsen voorzien in de MR-weekplanning.

Zo willen we de wachttijden onder controle houden.

Een CT-scan is een aanvaardbaar alternatief indien een MR-onderzoek gecontraïndiceerd² is. Doordat de contrastresolutie van een CT-scan aanzienlijk lager is, is het onderzoek relatief minder gevoelig voor het opsporen van discushernia's, facetcysten of andere mogelijke oorzaken van lumbale radiculopathie.

Afkortingen

MR: Magnetic Resonance
CT: Computed Tomography

Referentie

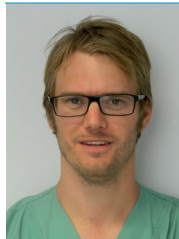
Lumbar spinal imaging in radicular pain and related conditions, Jan T. Wilmink

Behandeling ischialgieklachten in de pijnkliniek

Dr. Pieter Schotte

pieter.schotte@sintandriestielt.be

Mede namens Dr. Christ Declerck en Dr. Virginie Cuypers



Zoals eerder uitgelegd kan uitstralende pijn in het been veroorzaakt worden door een lumbale discushernia of een foraminale stenose. Hierdoor komt er druk op de zenuwwortels van het been, waardoor er een ontstekingsreactie wordt gegenereerd die de pijn veroorzaakt.

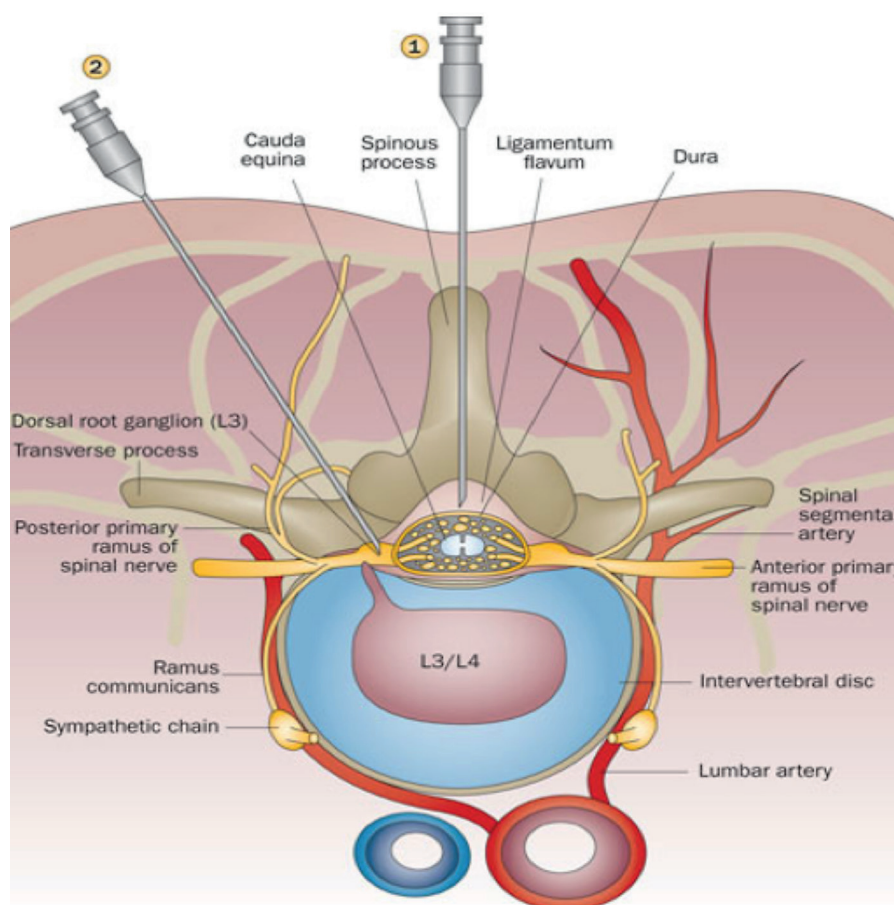
De belangrijke vraag rest wat we aan deze (dikwijls zeer hevige) pijnklacht kunnen doen. Hieronder proberen we uit te leggen hoe we deze klacht systematisch aanpakken in onze **pijnkliniek**.

De meest aanbevolen behandeling initieel is **conservatief** (pijnmedicatie vnl. NSAID, blijven bewegen, kinesitherapie). Als deze behandeling na 2 weken onvoldoende helpt, kan een **transforaminale epidurale infiltratie** met corticosteroïden de pijn sneller verminderen.

Een **transforaminale epidurale infiltratie** is een weinig ingrijpende behandeling, bedoeld om de vicieuze cirkel van ontsteking en pijnklachten te doorbreken. Bij deze procedure wordt er onder scopiegeleide ter hoogte van de ontstoken zenuwwortel een lokaal verdovend middel evenals cortisone toegediend. De cortisone vermindert de ontsteking en de zwelling van de zenuwwortels met als gevolg een vermindering van de pijnklachten. Vooral de eerste maanden kan dergelijke infiltratie effectief zijn. Het is bewezen dat het de pijn sneller kan doen verminderen, in afwachting van een natuurlijke genezing, maar dit geldt niet voor iedereen. Meestal zijn meerdere infiltraties nodig om tot een succesvol resultaat te komen.

Sinds 1 november 2016 worden enkel de (onder scopiegeleide uitgevoerde) transforaminale infiltraties terugbetaald in België, met een maximum van 3 injecties per jaar. De "klassieke" interlaminare epidurale infiltratie wordt dus niet langer terugbetaald. Reden hiervoor is de bewezen betere resultaten op het vlak van pijnreductie bij een transforaminale toegangsweg. De term transforaminaal betekent dat de inspuiting gegeven wordt via de plaats waarlangs de zenuwwortel uit het wortelkanaal komt.

In de **pijnkliniek** wordt bij patiënten met dergelijke ischialgieklacht twee transforaminale infiltraties voorgesteld, met 2 weken tussen beide infiltraties. Enkele weken na de tweede infiltratie zien we deze patiënten terug op consultatie. Hierbij zien we drie groepen: de ene groep is volledig pijnvrij waarbij we dus een afwachtende houding kunnen aannemen.



1. Interlaminare epidurale infiltratie
2. Transforaminale infiltratie

Afbeelding van Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins © Cohen, S. P. et al. Reg. Anesth. Pain Med. 38, 175-200 (2013)

Een tweede groep heeft al duidelijke beterschap, maar is nog niet pijnvrij. Hierbij wordt een derde (en laatste) infiltratie voorgesteld. Bij de derde groep waar er geen beterschap is, stellen we een doorverwijzing naar onze neurochirurg, Dr. Bart Regaert, voor.

Op elk moment zal bij onhoudbare pijn, of optreden van alarmsymptomen een snellere doorverwijzing naar de dienst Neurochirurgie noodzakelijk zijn.

Meer informatie over de pijnkliniek van het Sint-Andriesziekenhuis via onderstaande link www.sintandriestielt.be/specialismen/pijnkliniek

Referenties

- Klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculair pijn (KCE, 11/2017)
- NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015
- Thomas E et al, Efficacy of transforaminal vs interspinous corticosteroid injection in discal radiculalgia – prospective randomised double blind study. Clin Rheumatol, 2003

Chirurgische behandeling van radiculaire pijn door discushernia

Dr. Bart Regaert | bart.regaert@sintandriestielt.be



Een chirurgische behandeling voor radiculaire pijn komt pas in beeld wanneer conservatieve maatregelen (relatieve rust, analgesie, epidurale infiltraties) voldoende en voldoende lang toegepast werden.

De operatie heeft als doel de pijn te doen wijken door de zenuwwortel vrij van compressie te maken, met de minst mogelijke kans op complicaties en recidief. Klassiek volstaat de verwijdering van de discushernia. Een verwikkelde

hernia, zoals bijv. een hernia boven een voorheen vastgezet spinaal segment, vraagt vaak een uitgebreider chirurgische ingreep, om tot een betrouwbaar resultaat te kunnen komen.

Techniek

De gouden standaard voor de onverwikkelde preforaminale hernia is nog steeds de unilaterale microdissectomie. Endoscopische verwijdering vormt een mogelijk aantrekkelijk alternatief. De precieze plaats van de endoscopische techniek, met afweging van voordelen (nauwere toegangsweg, kortere opnameduur, minder onmiddellijk postoperatieve wond-

pijn) en nadelen (moeilijkheidsgraad van uitvoering en de ermee gepaard gaande complicaties tijdens de leercurve voorafgaand aan het behalen van de resultaten van de literatuur, langetermijnresultaten vergelijkbaar met gouden standaard, materiaalkost) is nog niet definitief uitgeklaard.

Krachtsverlies als indicatie voor semi-urgente chirurgie?

Radiculair verloopend krachtsverlies door een hernia wordt in de praktijk uitgedrukt volgens de Medical Research Council (MRC) schaal. MRC 4 heeft in de regel op termijn een gun-



stige prognose, zonder of met chirurgische behandeling. Vanaf MRC 3 lijkt chirurgische behandeling op termijn betere resultaten op te leveren in vergelijking met conservatieve behandeling, maar de prognose is hier sowieso bij aanvang eerder gereserveerd. De klasse MRC 4 is echter heel ruim, en laat nog interpretatie toe. In ieder geval is een 'lichte' MRC 4 geen harde indicatie voor semi-urgente chirurgische behandeling.

Outcome

Met anamnese en klinisch onderzoek duidelijk passend bij een bepaalde wortel, de klacht in het been op de voorgrond, en op beeldvorming een duidelijke verklaring, is de kans op onmiddellijk postoperatief succes bijzonder hoog. Het belang van de anamnese kan hierbij bijna niet overschat worden. In de regel wordt de patiënt na een succesvolle ingreep wakker zonder de ischialgie. Zo'n vier jaar na microdissectomie behoudt echter slechts 85 procent een goed tot excellent resultaat.

Complicaties

In de literatuur wordt een grootteorde van twee à vier procent beschreven aangaande perioperatieve complicaties, wisselend in ernst. Een niet-limitatieve lijst: cerebrospinaal vochttek (durascheur), van oppervlakkige wondinfectie tot spondylodiscitis, nabloeding, ernstige vasculaire schade door perforatie naar de retroperitoneale loge ... Voornamelijk omwille van deze potentiële complicaties ligt de voorkeur bij een voldragen, vele weken durende, conservatieve behandelingspoging voorafgaand aan de uiteindelijk soms noodzakelijke chirurgie die de ischialgieklacht onmiddellijk kan wegnemen.

Referenties

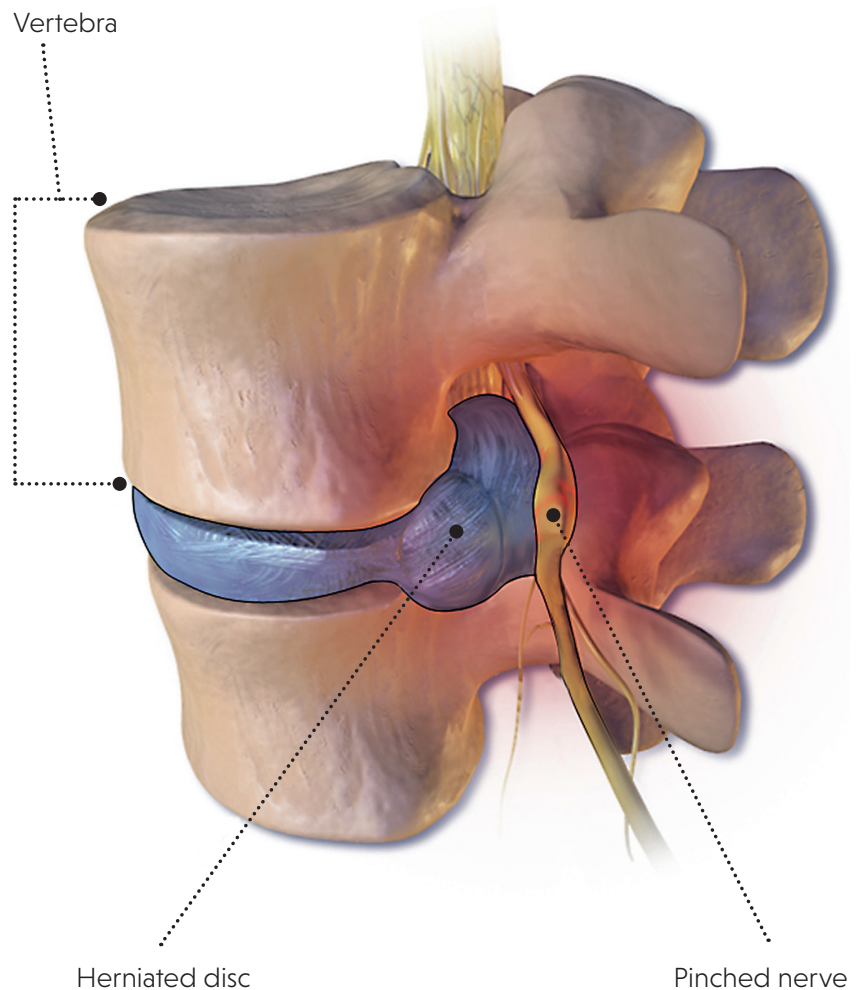
• Long-Term Results of Various Operations for Lumbar Disc Herniation: Analysis of over 39,000 Patients.
Dohrmann GJ et al
Med Princ Pract. 2015

• Recovery of severe motor deficit secondary to herniated lumbar disc prolapse: is surgical intervention important? A systematic review.
Balaji VR et al
Eur Spine J. 2014

• Recovery of motor deficit accompanying sciatica--subgroup analysis of a randomized controlled trial.
Overdevest GM et al
Spine J. 2014

• A history of lumbar disc herniation from Hippocrates to the 1990s.
Truumees E.
Clin Orthop Relat Res. 2015

• Lumbar Endoscopic Microdissectomy: Where Are We Now? An Updated Literature Review Focused on Clinical Outcome, Complications, and Rate of Recurrence.
Anichini G et al
Biomed Res Int. 2015



Samen behaalden we het JCI-kwaliteitslabel!



Sandra Martens

sandra.martens@sintandriestielt.be



Van 8 tot 12 januari kreeg het Sint-Andriesziekenhuis een JCI-team van onafhankelijke auditoren op bezoek. Zij gingen na in welke mate het ziekenhuis beantwoordt aan de vele JCI-normen geïnspireerd op de noden van de patiënt, de infrastructuur, het HR-beleid, hygiëne, patiëntentevredenheid, schoonmaak ... Allemaal topics waarbij kwaliteit van de zorg steeds centraal staat. Drie externe auditoren kregen toegang tot alle zones van het ziekenhuis en konden zich zo een beeld vormen van de dagelijks werking binnen het ziekenhuis.

De voorbije jaren werd hard gewerkt om onze zorg op een hoger niveau te tillen. Telkens opnieuw werden procedures geoptimaliseerd,

geüniformeerd en werden nieuwe procedures geïmplementeerd om patiënten, bezoekers en medewerkers een veilig en kwalitatief ziekenhuis te garanderen.

Het behalen van het internationale kwaliteitslabel van JCI is een bijzonder mooie erkenning voor het Sint-Andriesziekenhuis. Voor de ruim 750 medewerkers is dit dan ook een erkenning van hun expertise en een beloning voor hun vele inspanningen. Voor onze patiënten biedt dit een bevestiging dat ze kunnen rekenen op een kwaliteitsvolle dienstverlening waarbij we steeds de patiënt centraal stellen.

Het uitgangspunt van JCI is immers een veilige omgeving voor patiënten, medewerkers en bezoekers. Sandra Martens, kwaliteitscoördinator: "Het feit dat we het JCI-label behaald hebben toont aan dat we het kwaliteitsniveau van het ziekenhuis naar een hoger plan heb-

ben getild. Het spreekt voor zich dat we onze zorg de komende jaren alleen maar verder zullen uitbouwen. Patiënten uit de ruime regio mogen in het Sint-Andriesziekenhuis dus op een modern en hoogstaand zorgaanbod rekenen."

Het kwaliteitslabel wordt slechts maar voor een periode van 3 jaar uitgereikt, dus is het ziekenhuis alweer bezig met zich voor te bereiden op het volgende accreditatiebezoek. Het ziekenhuis blijft zijn inspanningen voortzetten om te blijven werken aan continue kwaliteitsverbetering voor patiënten en medewerkers. Want werken aan kwaliteit is een onophoudelijk proces dat we de komende jaren verder zullen onderhouden.



Nieuwe artsen



Dr. Pascale Wilmes

Dr. Pascale Wilmes is arts-specialist in de medische oncologie. Zij studeerde geneeskunde aan de UGent en startte haar specialisatie in de inwendige geneeskunde in 1991. In 1999 werd ze residentie oncologie aan het UZ Antwerpen met als focus de senologische oncologie onder leiding van Prof. J. Vermorcken. In 2003 ging ze aan de slag als vast staf lid op de dienst medische oncologie-hematologie in ASZ Aalst waar ze meehielp aan de uitbouw van het oncologisch zorgprogramma en de borstkliniek.

De laatste jaren was ze eveneens betrokken bij de verdere ontwikkeling van de uro-oncologische zorg. De senologie en urologische oncologie zijn haar belangrijkste interessegebieden, naast een brede algemene oncologische en (maligne) hematologische basis. In het Sint-Andriesziekenhuis zal Dr. Wilmes in samenwerking met Dr. De Backer en binnen de associatie inwendige ziekten-geriatrie instaan voor een brede oncologische zorg.



Dr. Virginie Cuypers

Dr. Virginie Cuypers behaalde haar diploma geneeskunde in 2010 aan de Katholieke Universiteit Leuven. Daarna specialiseerde zij zich verder in de anesthesiologie in het UZ Leuven en behaalde zo haar erkenning in 2016. Bijkomend volgde zij gedurende zes maanden een fellowship in het AZ Sin-Jan te Brugge om zich verder te bekwamen in de echoleide locoregionale anesthesie.

Gezien haar bijzondere interesse in de chronische pijntherapie, volgde ze aansluitend gedurende één jaar een fellowship algologie in het AZ Delta Roeselare. Intussen behaalde zij ook het diploma 'interuniversitair graduaat in de algologie'. In ons ziekenhuis zal dr. Cuypers dr. Schotte en dr. Declerck vervoegen op de pijnkliniek, naast haar activiteiten in het operatiekwartier.

DE N°1 VOOR GEWRICHTEN⁽¹⁾ DE KURKUMA REFERENTIE

Flexofytol[®] 
bio-geoptimiseerd kurkuma extract

UITSTEKENDE BIOBESCHIKBAARHEID

- **Klinisch getest** in België⁽²⁾ 
- **93% tevreden patiënten**⁽³⁾
- **UITSTEKENDE TOLERANTIE:** aangetoonde veiligheid bij ouderen met polymedicatie⁽⁴⁾



bestaat in 60 & 180 caps



Tilman[®]

Gezond dankzij planten

⁽¹⁾ Bron IMS 2018 – market joint care systemic OTC

⁽²⁾ Decrease of a specific biomarker of collagen degradation in osteoarthritis, Coll2-1, by treatment with highly bioavailable curcumin during an exploratory clinical trial. Henrotin et al. BMC Complementary and Alternative Medicine 2014, 14:159

⁽³⁾ Curcumin: a new paradigm and therapeutic opportunity for the treatment of osteoarthritis: curcumin for osteoarthritis management. Henrotin et al. SpringerPlus 2013, 2:56

⁽⁴⁾ Flexofytol[®] (A Belgian Curcumin Extract) for the Treatment of Aged Patients with Osteoarthritis and Comorbidity. De Breucker et al. Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases, 2017, 7, 167-177

Verkrijgbaar in
de apotheek 

www.flexofytol.be

Venous International Workshop 1-2 maart 2018

Dr. Marc Vuylsteke

marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

In samenwerking met de Firma Bard werd er op donderdag 1 en vrijdag 2 maart een internationale workshop georganiseerd met als thema 'Interventional Management of Iliac Vein Obstruction'.

Deze workshop was gespreid over twee ziekenhuizen. Op 1 maart in het Sint-Andriesziekenhuis, op 2 maart in het Sint-Elisabeth ziekenhuis van Zottegem. Tijdens die twee dagen werden er alternerend enkele theoretische voorstellingen, casusbesprekingen en live sessies georganiseerd.

Het organiserend comité bestond uit prof. Kucher (University Hospital Zurich), dr. Moors (St-Elisabeth ziekenhuis Zottegem), dr. Vuylsteke (Sint-Andriesziekenhuis Tielt) en dr. Janssen (AZ Groeninge Kortrijk). De gasten waren collega's vaatchirurgen uit andere Belgische ziekenhuizen. Ze kregen de gelegenheid om een aantal operaties live bij te wonen alsook ervaring op te doen met nieuwe technologie, zoals IVUS-onderzoek en de nieuwe veneuze stenten. Na iedere live case werd er gediscussieerd en ervaring uitgewisseld. Het is de bedoeling om die workshop ook jaarlijks te herhalen.

Een samenwerking van:

AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM

Uw gezondheid, onze zorg.



Symposium moeder en kind

8 maart 2018

Dr. Sophie Servaes | sophie.servaes@sintandriestielt.be

De kinderartsen en gynaecologen puzzelden een boeiende avond in elkaar over de meest recente richtlijnen en evoluties in de zorg voor de zwangeren en hun baby's. Alle huisartsen van de omliggende regio's werden uitgenodigd.

Tijdens de voorbereidende vergaderingen voor dit symposium, zochten we de meest recente richtlijnen en protocols op in de omgevende MIC (maternale intensive care) en NIC (neonatale intensive care) waarmee we vanuit ons ziekenhuis samenwerken.

We spraken over anemie in de zwangerschap, de NIP-test, diabetes en gewichtstoename in de zwangerschap en CMV. De kinderartsen loodsten ons hands-on door de nieuwste reanimatietechnieken en toonden het belang aan van de neonatale saturatiemeting en aanpak van neonatale hyperbilirubinemie. Sinds april 2018 wordt ook elke pasgeborene in ons ziekenhuis via een mondwisser getest op CMV, een grote evolutie in de opvang van zuigelingen.

Tot slot kreeg iedereen een handige steekkaart mee om zwangerschappen op te volgen.



mObilityl

Mijn kurkuma voor mijn gewrichten

Soeffter



93%

van de gebruikers heeft een **verbeterde gewrichtsmobiliteit***



Verpakkingen 30 capsules: € 19, ⁵⁰ 90 capsules: € 47, ⁵⁰ 180 capsules: € 90	Eenvoudig gebruik 1 tot 2 capsules per dag
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

* Kurkuma extract draagt bij tot het behoud van gewrichtsflexibiliteit. Chandran B. & Goel A. (2012)

Volg ons via mobilityl
www.mobilityl.com
www.trenker.be

BESCHIKBAAR IN DE APOTHEEK • PL 21/40
Innovatie & fabricatie sinds 1933
 TRENKER

Dag van de zorg 2018

Zondag 18 maart vond in het Sint-Andriesziekenhuis Dag van de Zorg plaats. De dag bij uitstek waarop de zorg- en welzijnssector in de kijker staan. De bijna 2000 aanwezigen kregen een unieke blik achter de schermen van onder meer het operatiekwartier, de spoedafdeling, materniteit, fysio, revalidatie, inwendige ziekten en het chirurgisch dagziekenhuis. Naast de vele infostanden van o.a. de lokale politie, brandweer, VDAB en VIVES-hogeschool was er ook doorlopend ludieke kinderanimatie. Een geslaagde dag waar we met plezier op terugkijken.





Praatcafés voor kankerpatiënten en hun naasten

Dr. Valérie Van Damme | valerie.van.damme@sintandriestielt.be

Stad Tielt organiseert in samenwerking met andere partners (waaronder T.V.D.K. en het Sint-Andriesziekenhuis) enkele malen per jaar een ontmoetingsmoment voor kankerpatiënten en hun naasten in het Vijverhof. Telkens wordt een thema naar voren gebracht door een spreker (medicus of paramedicus). Data en thema's vindt u hieronder. Nadien volgt een gezellige babbel met koffie en gebak in aanwezigheid van de spreker. Op een informele manier kunnen patiënten en familieleden hun vragen stellen en ook onderling ervaringen uitwisselen en steun vinden bij elkaar.

Volgende data

17 sep. 2018 om 14u: Sociale voorzieningen en tegemoetkomingen bij kanker
19 nov. 2018 om 14u: Iedereen heeft recht op een waardig levenseinde

Inschrijven: telefonisch op 051 40 26 46 of via e-mail op dienstencentrum.vijverhof@telenet.be



Infoavonden screening & preventie

Sinds enkele jaren organiseert het Sint-Andriesziekenhuis gratis infoavonden rond screening & preventie voor de lokale bevolking. Tijdens zo'n avond komen enkele specialisten van ons ziekenhuis aan het woord over een bepaald thema: knieproblemen, rugproblemen, beroerte, zorgen bij kleine kinderen, hart- en vaatziekten.

Het succes van deze formule heeft zich ondertussen bewezen. Na Tielt en Aalter vinden de infoavonden ondertussen ook plaats in bijna alle gemeenten van ons hinterland (Pittem, Ruiselede, Wingene, Oostrozebeke, Meulebeke, Ingelmunster en Dentergem).

Als regionaal ziekenhuis willen we immers de gehele bevolking van de omliggende gemeenten bereiken. Het vormt een belangrijk signaal inzake betrokkenheid bij de bevolkingsgezondheid en kadert ook in een breder gezondheidspreventiebeleid.

Een actueel overzicht van de infoavonden is terug te vinden op www.sintandriestielt.be/activiteiten



Activiteit in de kijker Infoavond TVDK

18 september 2018

Gastspreker: prof. Johan Swinnen (KU Leuven)
Zaal Ensor, Sint-Andriesziekenhuis, Bruggestraat 84, Tielt



Symposia & publicaties

SYMPOSIA

Dr. Bart Boone, Dr. Kristien De Jaeger, Dr. Katrien Devolder, Dr. Kristien Evens, Dr. Veerle Lampaert, Dr. Joke Persyn, Dr. Sophie Servaes, Dr. Geert Vanacker

- **Symposium Moeder & Kind**
Sint-Andriesziekenhuis Tiel, 8/03/2018

Dr. Leen De Backer

- **Bijscholing verpleging 'systemische therapie bij prostaatcancer' (netwerk oncologie)**
leper, 1/02/2018 en 6/02/2018

Dr. Brecht Houthoofd

- **Abdominale MR**
HAOWVL, 23/01/2018

Dr. Stefaan Marcelis

- **Muskuloskeletale ultrasound: comprehensive course and hands-on training, Brussels**
M. De Maeseneer, S. Marcelis, T. Jager, K. Vanderdood - 15-17/12/2017
- **Interventional musculoskeletale sonography course, Bratislava**
J. Vojtassak, S. Marcelis, T. Jager, K. Vanderdood - 23-25/03/2018

Dr. François Vanhoucke

- **9th International Surgical Sleep Society Meeting, Klinikum rechts der Isar**
München, 5-7/04/2018

Dr. Sophie Vandeplassche

- **Niet te missen urgenties**
symposium huisartsen - 6/02/2018
- **Instructeur EPALS (European Pediatric Advanced Life Support), van ERC (European Resuscitation Council)**
Gent, 12-13/9/2017

- **Instructeur ETC (European Trauma Course), van ERC (European Resuscitation Council)**
Gent, 25-27/10/2017

- **Teaching ALS**
Sint-Andriesziekenhuis Tiel, 7/11, 14/11/2017

- **Teaching BLS**
Sint-Andriesziekenhuis Tiel, 14/11/2017

- **Teaching NLS**
Sint-Andriesziekenhuis Tiel, 12/2017

Dr. Marc Vuylsteke

- **Dealing with the burden of Chronic venous Disease: European Perspective. The 1st Weekend Course on Angiology (WeCan).**
National Cardiovascular University Center Harapan Kita Hospital, Jakarta Indonesia, 15-17/12/2017
- **Chronic Venous insufficiency: drug, compression, stripping or ablation? What is the best option? The 1st Weekend Course on Angiology (WeCan).**
National Cardiovascular University Center Harapan Kita Hospital, Jakarta Indonesia, 15-17/12/2017
- **How to prevent progression and recurrence of varicose veins?**
UIP World Congress, Melbourne Australia, 6/02/2018

PUBLICATIES

Dr. Brecht Houthoofd

- **'Intraosseus meningioom'**
Auteurs: Saveyn T., Salamon N., Gabriël C., Houthoofd B. - Vakgebied Neurologie, neurochirurgie - Tags intraosseus meningioom, osteolyse, schedel - Tijdschrift voor Geneeskunde, Jaargang 2017, Volume 73

Dr. Sophie Vandeplassche

02 oktober 2017
Presentatie Rode Kruis Tiel:
niet te missen casussen prehospital

ERRATUM
INFOSATZ1

Dr. Marc Vuylsteke

- **An Epidemiological Survey of Venous Disease Among General Practitioner Attendees in Different Geographical Regions on the Globe: The Final Results of the Vein Consult Program.**
Vuylsteke M., Colman R, Thomis S, Guillaume G, Van Quickenborne D, Staelens I. Angiology 2018; DOI: 10.1177/0003319718759834
- **Risk factors and possible therapeutic options to delay the progression of chronic venous disease**
Vuylsteke M. - Medicographia 2018 ahead of publication.

Apr. Biol. Frederik Van Hoecke

- **Clinical burden of Hepatitis E virus infection in a tertiary care center in Flanders, Belgium**
Lien Cattoir, Frederik Van Hoecke, Tom Van Maerken, Eveline Nys, Inge Ryckaert, Matthias De Boule, Anja Geerts, Xavier Verhelst, Isabelle Colle, Veronik Hutse, Vanessa Suin, Magali Wautier, Steven Van Gucht, Hans Van Vlierberghe, Elizaveta Padalko - Journal of Clinical Virology, march 2018, DOI 10.1016/j.jcv.2018.03.004
- **Hepatitis E virus serology and PCR: does the methodology matter?**
Lien Cattoir, Frederik Van Hoecke, Tom Van Maerken, Eveline Nys, Inge Ryckaert, Matthias De Boule, Anja Geerts, Xavier Verhelst, Isabelle Colle, Veronik Hutse, Vanessa Suin, Magali Wautier, Steven Van Gucht, Hans Van Vlierberghe, Elizaveta Padalko - Archives of Virology 162(2), 2017, DOI 10.1007/s00705-017-3395-0
- **Comparison of updated Vitek MS v3.0 with MALDI Biotyper MALDI-TOF mass spectrometry for routine identification in the clinical microbiology laboratory.**
Erika De Bont, Frederik Van Hoecke, Annelies De Bel, Michaël Boudewijns - ECCMID symposium april 2018, Madrid

Programma bijscholing

Najaar 2018

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

04	09	18	Stomatologie voor huisarts	Laurens Timmermans	Xavier Vanhoutryve
18	09	18	Collocatie vanuit medisch en gerechtelijk standpunt	Leo Ruelens	
Weekend					
02	10	18	Slaapgerelateerde ademhalingsproblemen	Gerlinde Serry	
16	10	18	Immuundeficiënties: wanneer eraan denken, hoe eraan beginnen, wat eraan te doen?	Filomeen Haerynck	
06	11	18	Kinderurologie	Pieter-Jan Elshout	
20	11	18	Flash		
04	12	18	De aarde en haar beperkingen. En wat met geneeskunde?	Leen Decin	



aspen

B E L G I U M



Healthcare. We Care.