

COVID-19

Van virus tot pandemie

In de kijker:
minimaal invasieve
technieken



2 Edito
Dr. Gretel Descheemaeker

HOOFDTHEMA COVID-19

3 COVID-19-epidemie

7 COVID-19
De opkomst en evolutie van corona

12 COVID-19
Huisartsenwachtpost

ALGEMEEN

13 Minimaal invasieve technieken
Operaties

14 Minimaal invasieve technieken
Urologie

15 Minimaal invasieve technieken
Liesbreukbehandeling

16 Nieuwe tendensen
in vaatheelkunde

18 Nieuws

19 Nieuwe artsen
Artsen met pensioen
Symposia & publicaties
Programma bijscholing

COLOFON

Hoofredacteur

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

Redactieraad

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

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

Dr. Danny Derous:
danny.deraus@sintandriestiel.be

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

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

Dr. Sophie Vandeplassche:
sophie.vandeplassche@sintandriestiel.be

Eindredactie

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

Werken verder mee aan dit nummer

Apr. Biol. Frederik Van Hoecke

Dr. Daphné Van den Bussche

Dr. Pieter Jan Elshout

Dr. Peter Lissens

Dr. Tom Denolf

Anne Mie Lips

Vormgeving

Kliek Creatieve Communicatie

Drukkerij

Papyrus: www.papyrusweb.be

Sponsors

EDITO

Onvoorziene omstandigheden

Geachte collega,
Beste lezer,

Bij het neerpennen van dit voorwoord is het lang niet duidelijk hoe de situatie in onze regio, ons land en de wereld zal zijn bij het verschijnen van dit nummer. Zoals het ook begin dit jaar niet duidelijk was dat een pandemie de wereld op zijn kop zou zetten. Toen verwachtte ik dat ik in dit stukje zou kunnen schrijven over een fantastische sportzomer, dromen van "Gouden Duivels" op het EK, Belgische medailles tijdens de Olympische Spelen ... Dichter bij huis zou ons ziekenhuis zich vooral aan het voorbereiden zijn op de nieuwe JCI-controle eind dit jaar. Natuurlijk ook met een nieuwe gouden medaille als doel.

COVID-19

Het coronavirus heeft ons echter andere doelstellingen laten formuleren. Op korte tijd dienden belangrijke beslissingen te worden genomen. Protocollen en richtlijnen van een nieuwe ziekte COVID-19 werden ontwikkeld. Een goede en snelle samenwerking tussen huisartsen en spoed mondde uit in een triage-wachtpost. Iedereen werkt en leeft op een andere manier. Gelukkig zijn er de lichtpuntjes van solidariteit, respect en applaus voor de zorg, maar ook voor zovele anderen die broodnodig zijn in de maatschappij. Graag willen wij een deel van dit nummer wijden aan de ziekenhuisbrede aanpak van de coronacrisis en lokale data.

Minimaal invasieve chirurgie

Omdat velen waarschijnlijk ter afwisseling ook wel iets anders willen lezen, hebben wij besloten de oorspronkelijk geplande artikelen ook te publiceren. Het centrale thema is nieuwe, minimaal invasieve technieken in de heelkunde. In de verschillende subdisciplines is er een evolutie naar zo weinig mogelijk weefselbeschadiging, wat natuurlijk het herstel positief beïnvloedt, maar ook de pijn, grootte van litteken, ligduur ...

Hierbij kan ik enkel maar hopen dat bij het lezen van dit nummer er hoopgevende cijfers zijn na de aangekondigde versoepelingen, de workload wat genormaliseerd is en er mooie vakantieplannen kunnen worden gemaakt.

Veel leesplezier!

Gretel Descheemaeker
Fysiotherapeut



COVID-19-epidemie



Apr. Biol. Frederik Van Hoecke

frederik.van.hoecke@sintandriestielt.be

Laboratoriumgeneeskunde – medische microbiologie.

Geneesheer-ziekenhuishygiënist Frederik Van Hoecke werkt in associatie met apr. biol. An-Sofie Decavele en dr. Hilde Vandenbussche



Het spreekt voor zich dat de nodige duiding rond de COVID-19-epidemie en onze aanpak als ziekenhuis niet kan ontbreken in deze editie van Infosat. Apr. Biol. Frederik Van Hoecke licht dit in onderstaand artikel dan ook uitgebreid toe.

Coronavirussen zijn middelgrote RNA-virussen met een typisch kroonachtig voorkomen, te zien via een elektronenmicroscop. Ze zijn wijdverspreid bij vogels en zoogdieren en vooral in vleermuizen wordt de grootste variatie teruggevonden. Zo zijn er meer dan 100 soorten coronavirussen beschreven waarvan slechts enkele pathogeen zijn voor de mens (229E, NL63, HKU1, OC43, MERS en SARS). Het meest voorkomende type is OC43, gevolgd door NL63. Samen met 229E en HKU1 zijn deze verwekkers alomtegenwoordig (endemisch) en verantwoordelijk voor ongeveer 5% tot 10%

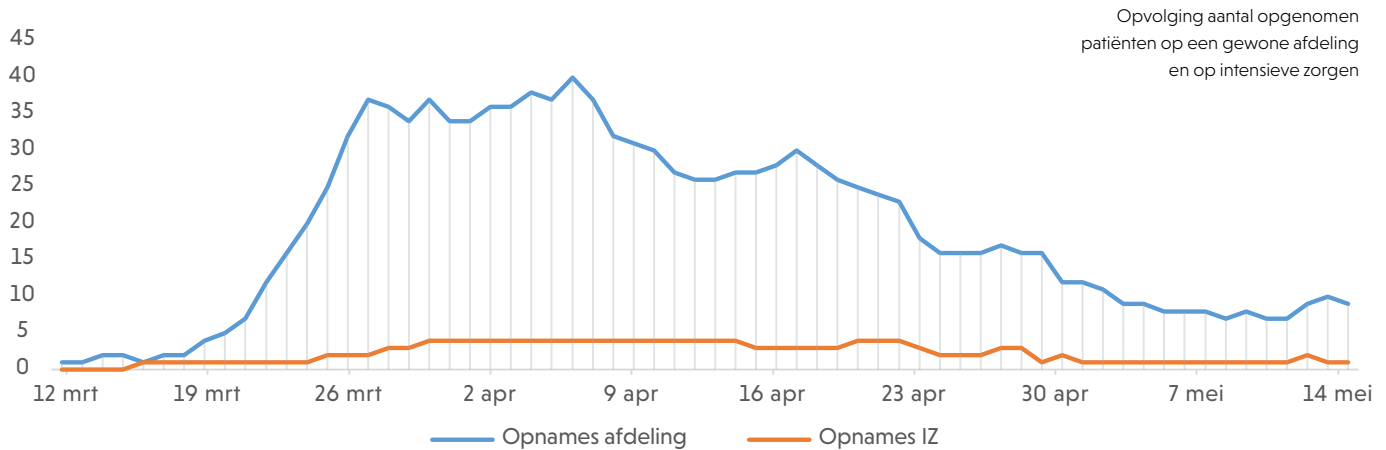
van de gewone verkoudheden. Ze worden overgedragen respiratoir via speekseldruppeltjes of via direct contact met secreten. Re-infectie is mogelijk, enerzijds door immuniteit die afneemt na verloop van tijd en anderzijds door de grote antigene variatie binnen 1 species. Het SARS-CoV-1 [Severe Acute Respiratory Syndrome] veroorzaakte in 2002 tot 2003 een uitbraak in China (incl. Hong Kong) met 8096 gevallen waarbij de totale mortaliteit 9,6% was en zelfs oplopend tot 43% bij 60-plussers.

“Longembolie en andere trombotische complicaties dragen ook in belangrijke mate bij tot de pathogenese en overlijden.”

Hoewel afkomstig van vleermuizen was de intermediaire gastheer toen vermoedelijk de

civetkat, die sindsdien in grote mate uitgeroeid werd en waarvan de consumptie in 2004 verboden werd in China. Daarvoor was de civetkat een delicatessie in China. Het MERS-CoV [Middle-East Respiratory Syndrome] is eveneens afkomstig van vleermuizen maar heeft de dromedaris als intermediaire gastheer. Het eerste ziektegeval door dit type virus werd in 2012 in Saudi-Arabië vastgesteld en is ondertussen opgelopen tot ‘maar’ 2400 gevallen. De globale mortaliteit is tot nu toe 34% maar

gelukkig is de mens-op-mens transmissie is erg beperkt en secundaire gevallen lijken merke-



lijk milder tot asymptomatisch te verlopen. Dit virus is nog steeds in omloop op het Arabisch schiereiland waardoor elke zomer, rond de periode van de Hadj, wordt opgeroepen tot een verhoogde waakzaamheid voor respiratoire symptomen bij reizigers die terugkomen van dit gebied.

Epidemiologie COVID-19

Eind 2019 rapporteerde de lokale Gezondheidscommissie van Wuhan (provincie Hubei, China) een cluster van pneumonie met een onbekende verwekker. Begin januari werd dit wereldkundig gemaakt door de WHO. Al snel bleek het om een nieuw type coronavirus te gaan dat later de naam SARS-CoV-2 kreeg. Het ziektebeeld op zich kreeg de naam COVID-19 (Corona Viral Disease-2019). De initiële hotspot zou mogelijk de Wuhan Seafood Market geweest zijn, waar een hele reeks levende dieren verhandeld worden zoals kippen, vleermuizen, marmotten en andere Chinese 'delicatesen'. SARS-CoV-2 werd ook teruggevonden in omgevingsstalen aldaar. De intermediaire gastheer zou in dit geval wel eens het Chinese

schubdier kunnen geweest zijn. In deze intermediaire gastheer vond wellicht een recombinitie plaats van 2 verschillende types virus: een origineel schubdier-CoV en een vleermuis-CoV. Het resultaat werd dan SARS-CoV-2. Maar de Wuhan Seafood Market is mogelijk niet de eerste of niet de enige hotspot van verspreiding geweest en het Chinese schubdier mogelijk niet de enige intermediaire gastheer.

Al snel werd ook mens-op-mens transmissie vastgesteld. De snelheid waarmee een infectie zich verspreidt, wordt uitgedrukt als het reproductiegetal (R_0). De R_0 van deze epidemie, voor de lockdown en distancing maatregelen, lag tussen 2 en 3 waardoor elke geïnfecteerde 2 tot 3 andere mensen besmet. Dit logaritmisch model leidde in geen tijd tot een enorm aantal geïnfecteerde mensen met de gekende gevolgen tot een echte pandemie (officiële verklaring WHO op 11 maart).

Transmissie gebeurt in hoofdzaak via respiratoire druppels, zoals ook griep overgedragen wordt: het virus wordt via respiratoire secreten die de geïnfecteerde persoon produceert tijdens het hoesten, niezen of praten, overgedragen als deze druppels direct contact maken met de slijmvliezen (mond, neus, ogen) van een andere persoon. Dit type druppels worden bij normaal praten niet verder dan 1,5 meter ver verspreid en blijven niet in de lucht hangen. Infectie kan ook optreden als een persoon een oppervlak met virussen op aanraakt en vervolgens zijn of haar mond, neus of ogen aanraakt. SARS-CoV-2 werd ook teruggevonden in stoelgang maar de betekenis hiervan voor overdracht is hoogst waarschijnlijk verwaarloosbaar.

De gemiddelde incubatieduur is 4 à 5 dagen met een maximum van 14 dagen. Het infectieuze interval (besmettelijke periode) is moeilijk te bepalen. De concentratie van het virus in de neus (nasofarynx) blijkt het hoogst rond het ontstaan van de eerste symptomen. Overdracht is mogelijk uitgaande van volstrekt asymptomatische personen of tijdens de presymptomatische fase te beginnen tot wel 6 dagen voor ontstaan van de eerste symptomen. Dit maakt infectiepreventie van

zelfsprekend veel moeilijker. Hoe lang iemand besmettelijk blijft, is al even moeilijk vast te stellen. De duurtijd van viraal RNA-detectie in de neus is zeer variabel (tot wel 7 weken) en hangt o.a. af van de ernst van de doorgemaakte ziekte. De detectie van dit viraal RNA is ook niet synoniem aan besmettelijk zijn. Zo kan het virus maar zelden nog werkelijk opgekweekt worden uit een staal dat later dan 10 dagen na het ontstaan van de eerste ziekteverschijnselen werd afgenomen, hoewel er meestal wel nog viraal RNA aantoonbaar is met PCR.

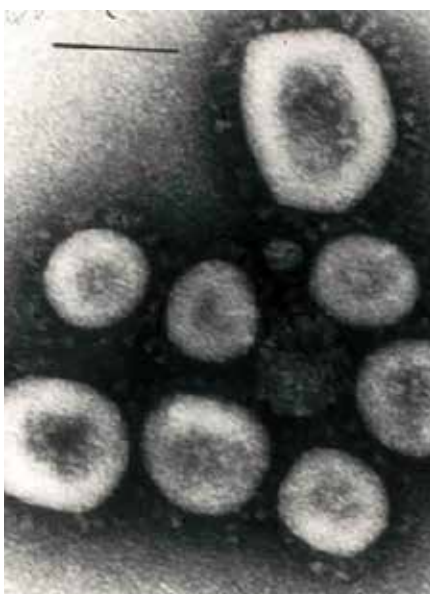
“België is uiteindelijk, ondanks alle maatregelen, hard getroffen door het virus.”

België is uiteindelijk, ondanks alle maatregelen, hard getroffen door het virus. De oversterfte in april 2020 was de hoogste sinds de Tweede Wereldoorlog. In sommige regio's (vnl. Bergen, Hasselt en Brussel) werd een verdubbeling van het aantal sterfgevallen gezien in vergelijking met het gemiddelde. De maatregelen, opgestart 18 maart, hebben ons ongetwijfeld behoed voor een nog veel grotere ramp, zoals duidelijk te zien is in de curves.

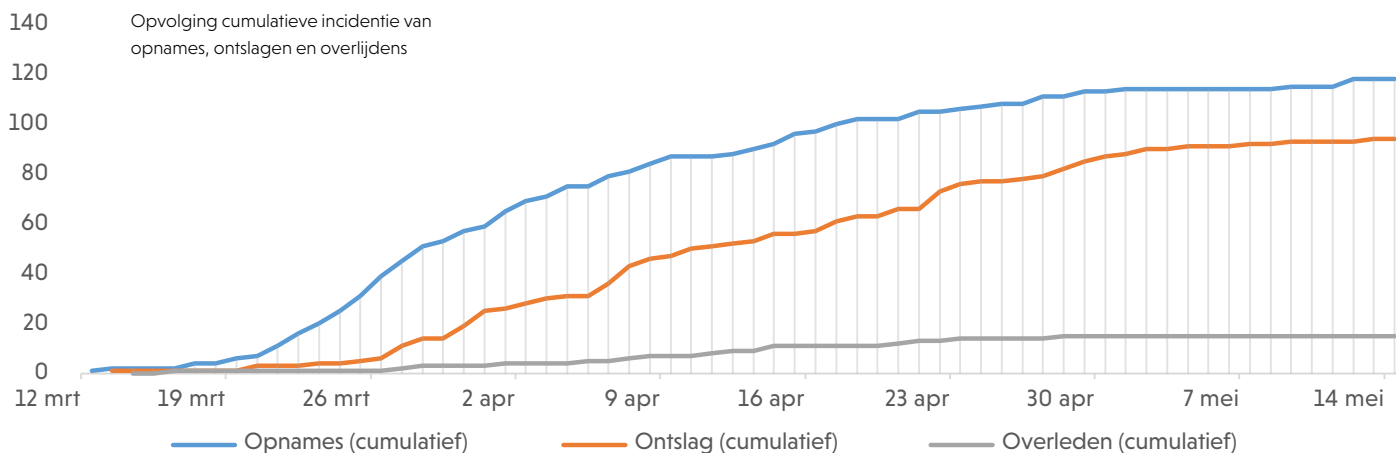
In het Sint-Andries ziekenhuis werden sinds 12 maart 121 patiënten met COVID-19 opgenomen (data tem 10/06/2020) waarvan uiteindelijk 15 patiënten overleden zijn. 4 patiënten werden langdurig opgenomen op de afdeling intensieve zorgen met invasieve beademing. Na een zeer snelle toename in op te nemen patiënten tussen 20 en 27 maart, vertraagde de toevloed stelselmatig met een quasi vlakke curve sinds eind april. Op het piekmoment voor ons ziekenhuis (6 april) waren er 40 COVID-patiënten opgenomen op een verpleegafdeling (de COVID-cohorte-afdelingen) en 4 op intensieve zorgen (COVID-IZ afdeling).

De ziekte: van asymptomatisch tot cytokinestorm

Een infectie met SARS-CoV-2 is in drie fasen te verdelen. In de initiële fase zal het virus zich



Een coronavirus doorheen een elektronenmicroscop



Pangolin of Chinees schubdiert

snel vermenigvuldigen in de respiratoire epitheelcellen. Dit kan totaal asymptomatisch verlopen of gepaard gaan met koorts en droge hoest en duurt meestal maar enkele dagen. Andere vaak voorkomende klachten zijn oa. hoofdpijn (+++), vermoeidheid (+++), spierpijn (++), verlies geur of smaak (+/-). Voor de grote meerderheid van de patiënten (>80%) wordt de infectie in deze fase al overwonnen. Anderen evolueren naar een tweede fase waarbij een pneumonie ontstaat. Dit presenteert zich met hoge koorts en kortademigheid waardoor een opname nodig wordt. Hierbij worden alveolaire cellen geïnfecteerd en ontstaat capillaire lekkage (alveolair oedeem) waardoor de gasuitwisseling in het gedrang komt met zuurstoftekort als gevolg. Secundair is er vorming van fibrine, hyaliene membranen en meerkerige reuzencellen. De wondheling op zich kan leiden tot littekenvorming en fibrose. Voor een herstel is een goed werkend immuunsysteem en epitheliale regeneratie nodig. Beide zijn verminderd bij ouderen waardoor hun kans op ernstige ziekte en overlijden toeneemt. Een klein deel van de patiënten ontwikkelt een derde fase die men een hyper-immun res-

“Voorafgaand aan een ingreep of bevalling bij elke opname wordt actief gescreend voor het virus met een neuswisser.”

pons of cytokinestorm noemt. De excessieve infiltratie van het longweefsel door inflammatoire cellen resulteert in een zichzelf onderhoudende inflammatie met grote longschade tot gevolg. Longembolie en andere trombotische complicaties dragen ook in belangrijke mate bij tot de pathogenese en overlijden.

Risicofactoren en prognostische markers

Dé belangrijkste risicofactor op een ernstig verloop van de ziekte is ongetwijfeld de leeftijd. Ook bij de patiënten in Tiel zien we een significant oudere populatie die moet opgenomen worden in vergelijking met de patiën-

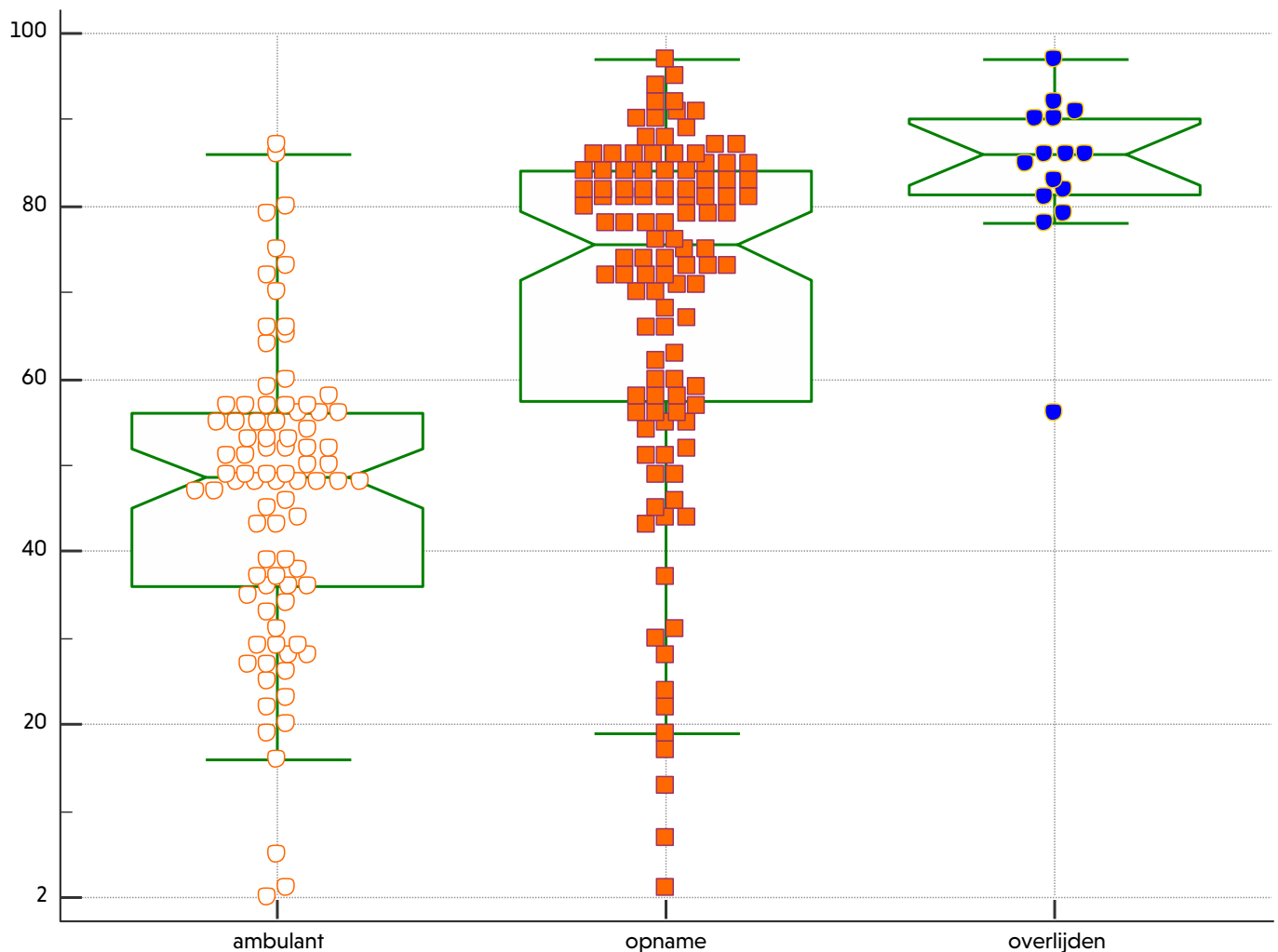
ten die ambulant opgevolgd kunnen worden. De leeftijd van patiënten die overleden zijn, was ook significant hoger dan de mediane leeftijd van de opgenomen patiënten. Andere belangrijke risicofactoren zijn cardiovasculaire ziekte, verhoogde bloeddruk, diabetes en obesitas naast vooraf bestaande long- en nierziekte en kanker (vnl. hematologische maligniteiten, longkanker en uitgezaaide ziekte). Ook genetische aanleg (ACE-2 receptor polymorfisme) en een adequate vitamine D en Selenium status zouden een rol spelen.

Seroprevalentie & immuniteit

De seroprevalentie is een maat voor de proportie van een bepaalde populatie die seropositief is of aantoonbare antistoffen heeft tegen een bepaald micro-organisme. Deze seroprevalentie voor COVID-19 in België werd bepaald op 30 maart en op 14 april. De resultaten tonen een verdubbeling aan in die periode van 2.1% naar 4.1% in Vlaanderen wat vooralsnog zeer laag is. De stalen die in deze onderzoeken gebruikt worden, komen van bloeddonoren bij het Rode Kruis. Het gaat dus om gezonde vrijwilligers uit de actieve populatie zonder klachten. Als we diegene die actief COVID doorgemaakt hebben erbij tellen dan zal het percentage wat hoger zijn maar dan nog zijn we ver verwijderd van een groepsimmuniteit die voldoende hoog is. Bovendien is het niet zeker dat aangetoonde antistoffen wel 'neutraliserend' zijn en dus een garantie voor immuniteit betekenen. De duurtijd van eventuele immuniteit is ook een onzekere factor. Vermoedelijk kan men stellen dat de ernst van de doorgemaakte ziekte voorspellend is voor de duurtijd van immuniteit maar ook hier is het verschil vermoedelijk enkele maanden versus enkele jaren immuniteit en niet langer. Bij sommige personen die COVID-19 symptomatisch doormaakten (tot 8%), worden geen antistoffen in het bloed teruggevonden. Daarnaast is er ook een cellulaire immuniteit die wellicht een belangrijke rol speelt en die niet routinematig bepaald wordt.

Organisatie in het ziekenhuis

Sinds het prille begin van de epidemie volgde de uitbraakcel van het ziekenhuis de ontwikke-



Leeftijdistributie van patiënten in Tiel: ambulant, opgenomen en overleden patiënten

lingen actief op en werd de risico-inschatting zeer regelmatig bijgesteld. Toen duidelijk werd dat ook Europa en België getroffen zouden worden kwam alles in een stroomversnelling terecht. Er werd een crisiscel samengesteld die mettertijd uitgebreid werd met aanvullende competenties uit verschillende domeinen. Er werd onder impuls van dr. Tom Denolf in een recordtempo een triagecentrum door huisartsen op poten gezet in het ziekenhuis. De spoedafdeling, onder leiding van dr. Sophie Vandeplassche werd gereorganiseerd. Dankzij de inzet van de technische dienst werden in geen tijd 5 bedposities bijgemaakt zodat ook de spoedafdeling over een aparte mini COVID-afdeling beschikte. Meerdere artsen van verschillende disciplines werden snel bijgeschoold tot spoedartsen ad-interim om bij te springen waar nodig. Er werden afdelingen volledig vrijgemaakt en omgevormd tot COVID-afdelingen onder leiding van de internisten en in het bijzonder onze pneumologen. Op de piek van de epidemie waren er 3 COVID-afdelingen actief: 1 pre-cohorte- en 2 cohorte-afdelingen. Op de pre-cohorte-afdeling werden patiënten met vermoeden van COVID-19 opgenomen in afwachting van resultaten van diagnostiek en op cohorte-afdeling werden enkel bewezen COVID-19-patiënten gehospitaliseerd. Elke co-

horte afdeling heeft een aparte verpleegkundig, zorgkundig, logistieke equipe. De afdeling intensieve zorgen werd ontdebeld zodat er een aparte COVID-IZ ontstond. Alles werd in gereedheid gebracht om onder leiding van de anesthesisten tot 15 patiënten te kunnen beademen. Dit betekent een verdubbeling van onze normale capaciteit. Het hoeft niet gezegd dat de omstandigheden buitengewoon waren en enorme inspanningen gevraagd hebben van onze artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, logistiek en onderhoudend personeel, mensen van de secretariaten, technische dienst, onthaalmedewerkers en andere ondersteunende diensten alsook van alle directieleden. Dit zal ongetwijfeld ook zo geweest zijn voor alle artsen, apothekers, verpleegkundigen en alle andere paramedici in de regio, denk maar aan de wzc's en andere instellingen.

Sinds kort werden ingrepen, onderzoeken, consultaties en revalidatie in het ziekenhuis terug opgestart, zij het aan een trager tempo zodat volle wachtzalen absoluut vermeden worden. Elke patiënt krijgt een masker aangeboden aan het onthaal. De dag voor een consultatie of onderzoek wordt de patiënt opgebeld en bevraagd naar symptomen van COVID. Voorafgaand aan een ingreep of bevalling en bij elke opname wordt zelfs actief

gescreend voor het virus met een neuswisser. Bij patiënten met symptomen of die positief blijken voor COVID, wordt individueel bekeken welke mogelijkheden er zijn in functie van de dringendheid van de zorgvraag.

Vooruitzichten

Met een virus dat nog circuleert over de hele wereld, een geglobaliseerde economie en toerismesector, een groepsimmunitet die er geen is en een vaccin die nog wel een jaar of langer op zich kan laten wachten (en wellicht niet voor iedereen beschikbaar zal zijn), is het een kwestie van tijd voor een volgende piek zich aandient. Hopelijk zal die kleiner en meer beheersbaar zijn en kunnen we snel de juiste strategieën uitrollen om en nieuwe lockdown te vermijden. Daarbij zal het cruciaal zijn om, zoals nu opgestart werd, alle actieve gevallen snel te identificeren en samen met de risicovolle contacten te isoleren (test, track and trace). Voldoende capaciteit vrijhouden in de ziekenhuizen zal noodzakelijk zijn en hopelijk kunnen we tegen dan al rekenen op enkele succesvolle behandelingsstrategieën. Bovendien is het nu wel erg duidelijk geworden dat er dringend meer fundamenteel onderzoek nodig is naar antivirale therapie.

De opkomst en evolutie van corona in het Sint-Andriesziekenhuis



Anne Mie Lips

Hoofdverpleegkundige COVID-afdeling

Anne Mie Lips is hoofdverpleegkundige op de afdeling C1. Tijdens de coronacrisis had ze de leiding over een van de COVID-afdelingen.

Corona, Covid-19, een woord en virus waar we voor december 2019 nog niet van gehoord hadden en waarvan we nooit gedacht hadden dat het onze levens op zulke korte termijn zou beheersen en omgooien. De eerste berichten bereikten ons vanuit Wuhan, niemand die dacht dat het zo een vaart zou lopen. Italië is veel dichterbij, de ziektebeelden blijven op ons netvlies gebrand staan, de angst slaat ook bij ons toe. Wat (door sommigen) aanvankelijk werd afgedaan als een griepje groeide uit tot onze grootste vijand, er wordt gesproken van een oorlog.

Concreet dichtbij

Op 10 maart was er een afdelingshoofdenvergadering gepland waarop uitleg gegeven werd van extra maatregelen zoals een huisartsenwachtpost en er werd ook gesproken over een pré- en cohorte afdeling. Op dat moment maak ik de bedenking dat het misschien wel zo een vaart niet zal lopen en als dat toch zo zou

zijn, de kans dan heel groot was dat dit onze afdeling zou zijn. Chirurgische ingrepen zullen niet meer kunnen doorgaan als Covid-19 alles overheersend wordt.

Enkele dagen later, 14 maart, worden mijn collega en ik telefonisch verwittigd dat onze afdeling cohorte wordt, waar ik voor vreesde wordt werkelijkheid. Vele vragen schieten mij

door het hoofd, dag en nacht. De beelden die ons uit Italië bereiken maken mij nog meer ongerust. Op deze korte termijn staan we voor een immense uitdaging, we nemen onze verantwoordelijkheid en gaan ervoor.

Een verantwoordelijkheid die we samen dragen. De zorgmanager geeft extra uitleg, medewerkers die binnen de risicogroep vallen en/of niet om kunnen met deze situatie kunnen te werk gesteld worden op een andere afdeling. Iedereen heeft een angst voor dit onbekende, (ook het thuisfront) ook daar moet rekening mee worden gehouden en moeten we mee leren omgaan.



"Mensen zweten zich te pletter, komen kletsnat uit het beschermingspak."



Zelfbescherming absolute prioriteit

Op 16 maart wordt mijn afdeling (algemene chirurgie) leeggemaakt. Bij de dienst orthopedie gebeurde dit reeds 2 dagen eerder. Het personeel wordt ingezet waar nodig of blijft thuis, standby. Ook ikzelf wordt opgebeld, met de melding dat de drukte toeneemt en dat onze afdeling in het weekend operationeel zal moeten zijn. Op vrijdag wordt alles in gereedheid gebracht: kamers inrichten, geschikte materiaal voorzien, medicatievoorraad aanpassen ... De zorgmanager en de dienst ziekenhuishygiëne overlopen alles samen met ons en er wordt te allen tijde benadrukt dat onze eigen bescherming absolute prioriteit heeft.

Ook daar steekt ongerustheid de kop op want vanuit de media bereiken ons vele berichten over tekorten. Alle mogelijke beschermmateriaal wordt ter beschikking gesteld: beschermkledij, technische dienst maakt gezichtsbeschermers ... Daarnaast wordt extra aandacht besteed aan hoe personeel zich moet aan- en uitkleden, hoe patiënten vervoerd moeten worden enz. Dit alles om het risico op besmetting minimaal te houden. Ook het gebruik van optiflow wordt uitgelegd; waarvan we aanvankelijk hoopten dat we het niet nodig zouden hebben maar wat natuurlijk wel nodig was.

Op zaterdag wordt onze dienst pre-cohorte: wat betekent dat hier het resultaat van de test (corona ja of nee) wordt afgewacht en wat eveneens betekent dat er extra voorzichtigheid geboden is. Contaminatie van personen die negatief testen moet te allen tijde vermeden worden. De dienst orthopedie die al eerder opstartte wordt cohorte.

Ook ikzelf ga zaterdag langs om te kijken hoe het loopt, om nog extra uitleg te geven waar nodig. Er zijn veel vragen bij het personeel en er heerst ook een grote angst om zelf te worden besmet. De volgende dag neemt de drukte toe, er is meer personeel nodig, ook ik spring bij.

Voldoende drinken

Ik sta met beide voeten in de praktijk en ondervind aan den lijve wat het is te werken in onze omgebouwde afdeling. We worden continu geconfronteerd met vragen die nog geen antwoord kennen. Aan- en uitkleden vraagt enorm veel tijd en er moet altijd gewisseld worden: "Hoe gaan we best om met beschermkledij naar verbruik toe?" Het is maar een van de vele denkoefeningen die zich aandienen. Geschikte bescherming is cruciaal, het is een constante bezorgdheid. Schorten zijn er te kort en we moeten het doen met hetgeen we voorhanden hebben: beter iets dan niets. Ja, zelfs een plastic zak in de vorm van een schort. Vrijwilligers van de school St. Jozef maken schorten en ook maskers voor patiënten. We zijn hen ontzettend dankbaar want dit neemt een stuk van onze bezorgdheid weg. Mensen zweten zich te pletter, komen kletsnat uit het pak. Een collega valt uit, onze eerste bezorgdheid: toch niet besmet? Gelukkig niet, de oorzaak is uitdroging. Door onze gedrevenheid en het gefocust zijn op o.a. de bescherming en de patiënten hebben we te weinig aandacht voor dat aspect: voldoende

drinken. We leren en sturen bij. Ook meer drinken is aan de orde om dit vol te houden.

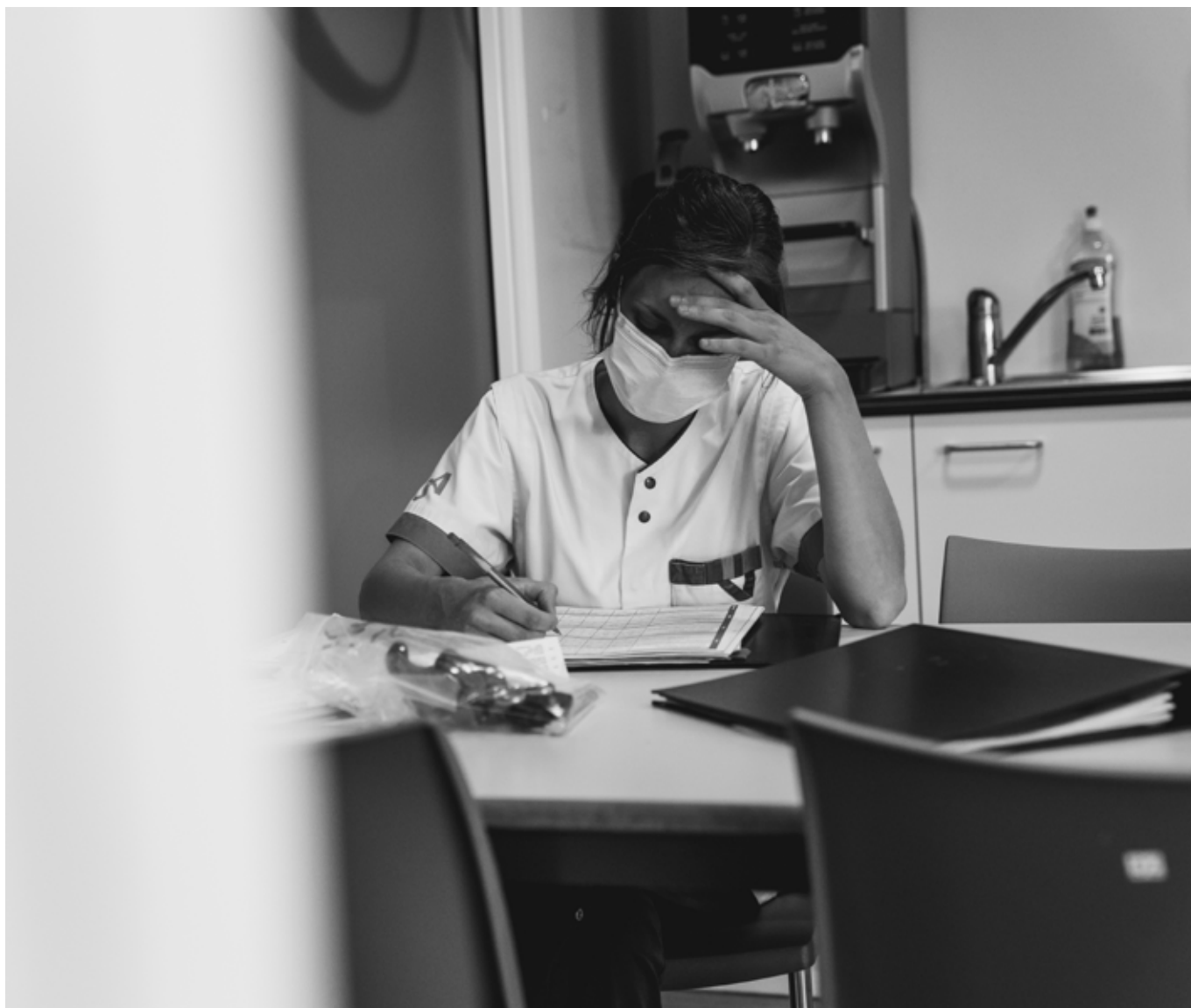
Deze manier van werken vraagt constant enorm veel energie van elke werknemer. Er is een continue alertheid en discipline nodig, we werken niet met een vaste equipe, elkeen doet zijn uiterste best en we ervaren een nooit geziene inzet en solidariteit. Door de artsen is alles zeer goed uitgewerkt: zorgpaden zijn opgesteld zowel voor pré-cohorte als cohorte wat ons een leidraad geeft. Ook bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof gebeurt volgens een duidelijk vooropgesteld schema: iedereen weet wat te doen, het geeft een zekerheid en neemt ongerustheid weg.

Onvoorspelbaar ziektebeeld

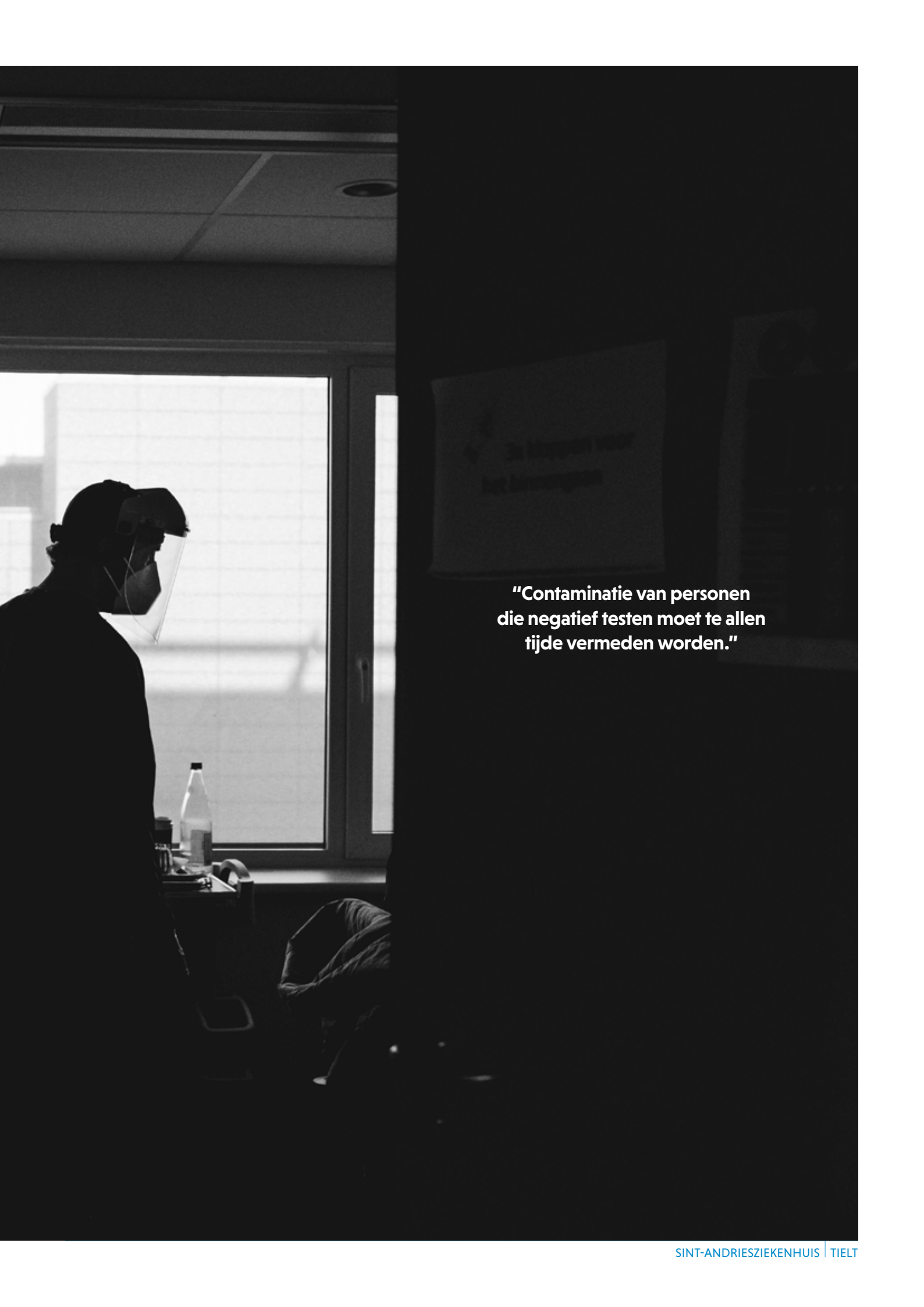
Het ziekteverloop van de patiënten is zeer onvoorspelbaar. Van de ene moment op de andere kan iemand hoge koorts doen en dringende beademing nodig hebben. Deze onvoorspelbaarheid legt extra druk bij de zorgverleners: het kruipt onder de huid wat dit virus kan doen met een patiënt. Daarnaast maakt de familie (telefonisch) inlichten het emotioneel extra zwaar.

Patiënten die overlijden zonder de nabijheid van hun naasten. We zitten middenin de beelden die ons eerder bereikten via de media, we kennen veel slapeloze nachten, we hebben veel steun aan elkaar, we kunnen ventileren in de groep en indien nodig kunnen we ook een beroep doen op ondersteuning van een psychologe. Dit alles bleek heel belangrijk om dit vol te houden. Er is tijd nodig om dit te verwerken.

Als cohorte afdeling zijn we sterk gesteund geweest door directie die ons voldoende bijstond en ook luisterde naar onze bezorgdheden (omtrekt beschermkledij, maskers enz.). Ook de samenwerking met artsen verliep goed. Deze goede samenwerking was onontbeerlijk zowel voor de patiënt als voor alle zorgverleners om dit een stuk draaglijker te houden en om dit alles op korte termijn te doen slagen. Niemand die een paar maanden geleden had kunnen denken dat we in zulke situaties zouden terechtkomen, het was werkelijk een gevoel van oorlog met een virus. Er is een leven voor en tijdens corona. En er zal een leven zijn na corona dat voor iedereen anders zal zijn.







**"Contaminatie van personen
die negatief testen moet te allen
tijde vermeden worden."**

De huisartsenwachtpost, een sterk staaltje van samenwerking tussen ziekenhuis en huisartsen

Samen sterker in coronatijden ... zeker ook in Tielt en omstreken



Dr. Sophie Vandeplasseche
sophie.vandeplasseche@sintandriestielt.be

Dr. Vandeplasseche is diensthoofd spoedgevallen/urgentiegeneeskunde in het Sint-Andriesziekenhuis.

Dr. Tom Denolf

Dr. Tom Denolf is huisarts in Tielt en zetelt in huisartsenpraktijk Denolf. Hij nam de leiding in de organisatie van de huisartsenwachtpost.



Op zondag 1 maart hield minister De Block een persconferentie: "De eerste echte corona-Belg was een feit". Heel snel sloegen de eerste en tweede lijn van de regio Tielt de handen in elkaar en dit op een moment dat de pandemiegolf België nog niet had bereikt.

De crisiscel van het Sint-Andriesziekenhuis kwam voor een eerste keer samen op 5 maart. De doelstelling was, en is nog steeds, complex. Hoe kunnen we de zorgverleners maximaal beschermen? Hoe zorgen we ervoor dat noch de huisartsenpraktijken, noch de spoedgevalendienst overrompeld worden door mensen met COVID-19-verdachte symptomen. Hoe blijven we voor andere medische problemen goede zorg garanderen zonder besmettingsgevaar? Wat weten we over het virus?

De directie van het Sint-Andriesziekenhuis bood de Liantis-ruimten aan en die werden heel snel omgevormd tot een volwaardige huisartsen-triagepost. Ook de pediaters stapten gemotiveerd mee in het project waardoor de wachtpost al gauw 4 volwaardige COVID-consultatieruimten telde. Na enkele dagen intense samenwerking tussen het bestuur van de huisartsenkring en alle diensten van het ziekenhuis ging de triagepost op 11 maart open, dit ook met de hulp van enkele gemotiveerde vrijwilligers.

Breedschalige aanpak

Het was het begin van een meer breedschalige aanpak van deze pandemie. Op de dienst spoedgevallen van het Sint-Andriesziekenhuis werden initieel 3 patiëntenkamers omgevormd tot boxen voor COVID-verdachte patiënten. Vervolgens werd de aanpalende garage (normaal voorzien voor de ziekenwagens) op 2 dagen tijd omgebouwd tot een volledig functionele spoedruimte met 5 bijkomende patiëntenboxen, inclusief zuurstofvoorziening en monitoring per patiënt.



Huisarts Tom Denolf en urgentiearts Sophie Vandeplasseche sloegen de handen in elkaar voor een effectief triagesysteem

De MUG-garage van spoed werd mits beperkte aanpassingen een ruimte voor autotriage: patiënten en eventueel begeleiders die zich aanmeldden o.w.v. of met COVID-verdachte symptomen blijven in de auto zitten, en vervolgens gebeurt vanop veilige afstand door de triageverpleegkundige een korte anamnese, een evaluerende klinische blik en controle van temperatuur. Op basis hiervan werd beslist of de patiënt doorverwezen diende te worden naar de wachtpost, of bij ernstige klachten diende te worden opgenomen op spoed.

Efficiënt triagesysteem

Telefonische triage door de huisartsen van de regio en de autotriage op spoed gecombineerd met een efficiënt afsprakensysteem via één telefoonnummer maakten dat van COVID-verdachte patiënten door de huisartsen of pediaters op afspraak in de wachtpost vlot onderzocht konden worden. Halverwege maart werden in samenwerking met de 7 gemeentebesturen uit de regio Tielt (Dentergem, Meulebeke, Oostrozebeke, Pittem, Ruiselede, Tielt,

Wingene) in recordtempo nog 4 andere lokale COVID-wachtposten opgericht m.n. in Wingene, Meulebeke, Ruiselede en Dentergem. Deze breedschalige aanpak, naast het efficiënt intrahospitaal beleid, heeft ervoor gezorgd dat de coronapandemie in de regio Tielt steeds onder controle was. Op vandaag is de huisartsenwachtpost nu trouwens ook een testcentrum voor mensen met milde COVID-symptomen. Het moet benadrukt worden dat dit alles niet mogelijk zou geweest zijn zonder de nauwe en vlotte samenwerking tussen de huisartsen van de regio Tielt en de dienst spoedgevallen van het Sint-Andriesziekenhuis, naast de medewerking van de directie van het ziekenhuis en gemotiveerde vrijwilligers.



"Vlotte samenwerking tussen de huisartsen van de regio Tielt, de dienst spoedgevallen en de directie van het Sint-Andriesziekenhuis, en gemotiveerde vrijwilligers."

Minimaal invasieve operaties



Dr. Mehrdad Biglari
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be

Dr. Biglari is gespecialiseerd in abdominale heekunde, borstheekunde, gal-, lever- en pancreasheekunde, laparoscopische heekunde en obesitasheekunde. Hij is geassocieerd met dr. Peter Lissens en de abdominaal chirurgen van AZ Delta.

- **Minimaal invasieve operaties omvatten chirurgische technieken die de omvang van de benodigde incisies beperken en zo de wondgenezingstijd, bijhorende pijn en het risico op infectie verminderen.**
- **Een minimaal invasieve medische procedure wordt gedefinieerd als een procedure die wordt uitgevoerd door het lichaam binnen te dringen via de huid of via een lichaamsholte of anatomische opening, met de kleinst mogelijke schade aan deze structuren.**
- **Minimaal-invasieve chirurgie is de term die wordt toegepast voor chirurgische ingrepen waarbij een veel kleinere incisie gemaakt wordt dan bij een conventionele ingreep.**

Hierboven zijn een paar voorbeelden van bestaande definities van "minimaal invasieve chirurgie" die op het internet te vinden zijn. Alles in het leven, ook begrippen en definities, is relatief en afhankelijk van tijd en plaats. Chirurgie is per definitie invasief en veel operaties die incisies van een bepaalde omvang vereisen, worden open chirurgie genoemd, waarbij gemaakte incisies soms grote wonden achterlaten die pijnlijk zijn en lang duren om te genezen. In het algemeen zijn alle chirurgische disciplines gebaseerd op drie basisprincipes: steriliteit, hemostase en finesse. Als wij goed op de ech-

"In het algemeen zijn alle chirurgische disciplines gebaseerd op drie basisprincipes: steriliteit, hemostase en finesse."

te betekenis van deze heilige principes letten, kunnen we niet anders besluiten dan dat chirurgische procedures altijd minimaal invasief bedoeld zijn geweest, maar de chirurgen van vroeger moesten het doen met de kennis en de middelen die zij hadden. Wat zij in die tijd deden was ook minimaal invasief, als het enige alternatief helemaal geen behandeling, veel zwaardere gevolgen had. Minimaal invasieve procedures zijn mogelijk gemaakt door de opkomst van verschillende medische technologieën zoals laparoscopische chirurgie, endovasculaire chirurgie en dergelijke.

Het begin van minimaal invasieve chirurgie

Een minimaal invasieve chirurgische procedure moet worden gedefinieerd als een procedure die veilig is en gepaard gaat met een lagere postoperatieve morbiditeit in vergelijking met een conventionele aanpak. De eerste procedure, die een radicale operatie voorkwam, was het gebruik van een cystoscoop om laesies van de blaas te onderzoeken en te behandelen. In 1931 herontwierp Takagi uit Tokio de

cystoscoop en produceerde hij een arthroscoop met een diameter van 3,5 mm. Marski Watanabe, een leerling van Takagi, zette de ontwikkeling van de arthroscoop hardnekkig voort en in 1957 publiceerde hij, op basis van uitgebreide ervaring in het uitvoeren van arthroscopie, een Atlas of Arthroscopy. Dus het begin van minimaal invasieve chirurgie. Arthroscopie werd snel geaccepteerd door de orthopedisch chirurgen en werd in korte tijd de voorkeursmethode voor het diagnosticeren en behandelen van aandoeningen van de knie. Sindsdien is minimaal invasieve chirurgie het brandpunt geweest van nieuwe medische technologie. Het is redelijk te voorspellen dat meer dan 80% van alle chirurgische ingrepen wordt uitgevoerd door een of andere vorm van minimale invasiviteit.

Minimaal invasieve chirurgische technieken kunnen milde tot radicale modificaties van conventionele chirurgie zijn. Hoewel men de echte betekenis van de term 'minimaal invasieve chirurgie' in twijfel kan trekken, heeft het connotaties van verhoogde veiligheid. De term minimaal invasieve chirurgie is wereldwijd geaccepteerd en dat zou inderdaad het geval moeten zijn als er sprake is van vermindering van operatieve traumatische schade zonder afbreuk te doen aan het therapeutische voordeel.

Het is ook duidelijk geworden dat vooruitgang het resultaat is van de gecombineerde invloeden van technische vooruitgang en de vaardigheid van de operator. Degenen die de procedure uitvoeren moeten de behendigheid en vaardigheden ontwikkelen voor een goede uitvoering. Uiteindelijk hangt een veilige en efficiënte uitvoering af van de vaardigheid, de ervaring en het klinische oordeel van de chirurg of interventionalist.

Minimale toegang via poorten

Bij algemene chirurgie staat minimaal invasieve ingreep synoniem voor minimale toegang via poorten voor de laparoscoop en video-assistentie. Laparoscopische cholecystectomie zorgde voor een revolutie in de chirurgische

benadering van de buik. Het verving niet alleen de conventionele chirurgie, maar verdrong ook andere niet-chirurgische alternatieven zoals extracorporale lithotripsie. Met het succes van laparoscopische cholecystectomie volgde minimaal-invasieve technologie op vrijwel elk deel van het maagdarmkanaal. Over het algemeen vermindert het gebruik van poorten en/of kleine incisies de pijn en vermindert het de postoperatieve zorg en kosten aanzienlijk.

Aan de basis van het succes van minimaal invasieve chirurgie staat de voortdurende upgrade van chirurgische instrumenten, die zijn veranderd van ruwe, logge gadgets tot geavanceerde robot gestuurde instrumenten. Bij het waarnemen van de snelle en succesvolle implementatie van deze veranderingen, kan men zich alleen maar verbazen over de mogelijkheden die ons nog te wachten staan. Hoewel verbeterde instrumentatie, de procedure voor de chirurg eenvoudiger en effectiever maakt, moet de chirurg de nieuwe technologie leren beheersen. Elke nieuwe procedure omvat dus een leercurve met zijn risico's. Wij, als artsen en chirurgen, moeten er zeker van zijn dat de acceptatiegraad de veiligheid van de patiënt niet in gevaar brengt.

"Elke nieuwe procedure omvat een leercurve met zijn risico's."

Bewezen effectiviteit

Vandaag de dag gebruikt vrijwel elke chirurgische subspecialiteit een vorm van minimale invasiviteit. De tijd heeft intussen bewezen dat minimaal invasieve procedures effectief zijn. Het lijkt geen twijfel dat patiënten baat zullen hebben bij deze nieuwe operaties. Het lijkt er echter op dat de volgende stap om het grootste potentieel te bereiken, een multidisciplinaire aanpak zal moeten zijn, waarbij een coherent team van specialisten uit verschillende disciplines wordt gevormd die samenwerken in plaats van in afzonderlijke disciplines. Stelt u zich even voor tot welke prestaties een abdominale unit, bestaande uit chirurg, gastro-enteroloog, digestieve oncoloog en abdominale radioloog, met hun specifieke kennis en hoog technologisch instrumenten in staat zouden zijn. Alleen door een dergelijke samenwerking kunnen we verwachten dat de toekomstige generatie hoogtechnologische apparatuur de uitkomst voor de patiënt aanzienlijk zal verbeteren.

Minimaal invasieve urologie



Dr. Pieter Jan Elshout
pieterjan.elshout@sintandriestielt.be

Dr. Pieter Jan Elshout is gespecialiseerd in urologie, endo-urologie, niersteenbehandeling en uro-oncologie. Hij werkt in associatie met dr. Mariëtte van den Heuvel.

Technische innovaties zijn een boeiend aspect van de urologie. Binnen de geneeskunde zijn we steeds pioniers geweest op vlak van endoscopie, lasertoepassingen en robot-geassisteerde laparoscopie.

Prostaathypertrofie is een vaak voorkomend probleem van de ouder wordende man. Ongeveer 1 op 5 mannen van 70 jaar heeft symptomen of LUTS (lower urinary tract symptoms). We behandelen plasproblemen in de eerste plaats met medicatie en advies. Indien dit niet volstaat om de symptomen onder controle te krijgen, kan een ingreep soelaas bieden.

De klassieke operatie voor prostaathypertrofie is de transurethrale resectie (TURP). Met een elektrische lus wordt obstructief prostaatweefsel geresceerd. Deze ingreep is gelimiteerd in tijd (60-90 min) door het risico op TUR-syndroom. Bij langdurige ingrepen kan er door vochtresorptie een ernstige hyponatriëmie

“De belangrijkste voordelen van Holep zijn minder bloedverlies en een kortere hospitalisatieduur.”

ontstaan. Door de tijdslimiet kunnen we prostaatvolumes tot 80-90 cc endoscopisch behandelen maar grotere volumes gebeuren bij voorkeur transabdominaal.

Holmiumlaser

In 2019 heeft het Sint-Andriesziekenhuis geïnvesteerd in een Holmiumlaser. Patiënten met prostaathypertrofie kunnen we sindsdien behandelen met Holep-enucleatie. Met laserenergie maken we het adenoom los van het kapsel. Het adenoom valt in de blaas en wordt daar gemorceleerd en opgezogen. De techniek is reeds uitgebreid wetenschappelijk onderzocht en is sinds enkele jaren ook opgenomen in de adviezen van de Europese Urologische Associatie.

De belangrijkste voordelen van Holep zijn minder bloedverlies en een kortere hospitalisatieduur. Daarnaast is het risico op TUR-syndroom aanzienlijk kleiner omdat we tijdens de ingreep spoelen met fysiologisch water. Hierdoor kunnen we langer opereren en zo ook grotere prostaatvolumes endoscopisch behandelen.

Robotchirurgie en laparoscopie in oncologie

Op oncologisch gebied heeft robotchirurgie en laparoscopie algemeen zijn ingang gevonden. In het Sint-Andriesziekenhuis behandelen we niertumoren door middel van klassieke laparoscopie met 3D-beeld. Laparoscopische radicale nefrectomie is de standaard behandeling voor grote tumoren of tumoren gelegen tegen de grote bloedvaten. Kleine tumoren tot 7 cm vereisen een partiële nefrectomie en afhankelijk van de locatie kunnen ook deze



laparoscopisch gebeuren. De bedoeling is om niersparend te werken en enkel het tumorale weefsel te verwijderen. Deze procedure is technisch uitdagender dan een radicale nefrectomie omdat het letsel uit de nier gesneden wordt.

Robotchirurgie is wijd verspreid en wordt reeds toegepast in verschillende disciplines, van gynaecologie tot hartchirurgie. Binnen de robotchirurgie is de robot-geassisteerde radicale prostatectomie (RALP) de meest uitgevoerde operatie. Een belangrijk voordeel van robotchirurgie is de minimale belasting voor de patiënt, sneller post-operatief herstel en een kortere hospitalisatieduur. Dankzij het 3D-beeld van de camera en de precieze handelingen van de robotarmen kan een ingreep zeer nauwkeurig worden uitgevoerd. Zowel in de oncologische resectie als in het functionele herstel is dit een meerwaarde.

Liesbreukbehandeling



Dr. Peter Lissens

peter.lissens@sintandriestielt.be

Dr. Peter Lissens is gespecialiseerd in abdominale heelkunde, colorectale heelkunde, kleine bekken- en functionele heelkunde, laparoscopische heelkunde, proctologische heelkunde en slokdarmheelkunde. Hij is geassocieerd met dr. Mehrdad Biglari en de abdominaal chirurgen van AZ Delta.

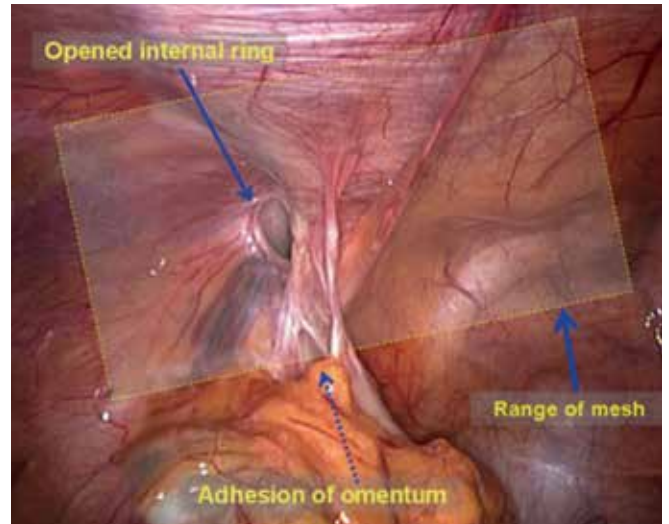
Liesbreukbehandeling bij volwassenen wordt reeds beschreven in de verre Egyptische oudheid maar het is pas sinds de laatste twee decennia door minimaal invasieve heelkunde in combinatie met het gebruik van meshes dat complicaties en recidief percentages heel erg laag (< 3 %) geworden zijn.

Hippocrates (460-375 v.C.) en Celcus (ca 25 v.C.) beschreven en bespraken reeds het bestaan van liesbreuken bij de mens echter zonder het duidelijk over een behandeling te hebben. De eerste heelkundige behandelingstechnieken (naast reductie, lokale warmte, breukbanden e.a.) zoals castratie en cauterisatie met hoge complicatie ratio > 50 % werden de eerste 18 eeuwen van onze jaartelling gebruikt om liesbreuken te behandelen ondanks het feit dat Ambroise Paré (1510-1590) en Andreas Vesalius (1514-1564) verschillende anatomische structuren wisten te beschrijven. Het is pas op het einde van de 19 e eeuw in 1884 dat de behandeling van de liesbreuk bij volwassenen essentieel gewijzigd werd met de techniek beschreven door Bassini (1844-1924). De gelijktijdige verbetering van analgesie, anesthesie (Morton en Braun) en infectiepreventie (Sammelweis 1864) maakte het mogelijk om liesbreukingrepen goed uit te voeren. In The Knick van Steven Soderbergh, een sociodramatische tweedelige serie gesitueerd in begin 20ste eeuw in een fictief ziekenhuis in New York speelt de bekende acteur Clive Owen een gedreven chirurg in het begin van de moderne chirurgie (waarbij William Halsted, een

van de pioniers in de chirurgie als referentie diende). In aflevering drie van het eerste seizoen maken we mee hoe een liesbreuk open wordt hersteld onder lokale anesthesie door een van zijn collega's. Hoewel de reeks grotendeels fictie is, geeft ze wel een visueel idee van in welke kinderschoenen geneeskunde stond nauwelijks 100 jaar geleden.

Het duurde tot ver in de twintigste eeuw met het gebruik van meshes in de jaren '60 door Usher en Lichtenstein dat 'spanningsloze' technieken zich konden ontwikkelen. Het was pas in de jaren '90 (en dus vrij recent in de menselijke geschiedenis en nadat GER in 1982 reeds een laparoscopische techniek toepaste) dat de minimaal invasieve laparoscopische benadering een hoge vlucht kende.

Ook in de dienst algemene-abdominale heelkunde van het Sint-Andriesziekenhuis is de laparoscopische techniek met gebruik van een mesh in electieve omstandigheden de standaard. De open techniek met mesh zoals beschreven door Lichtenstein wordt behouden



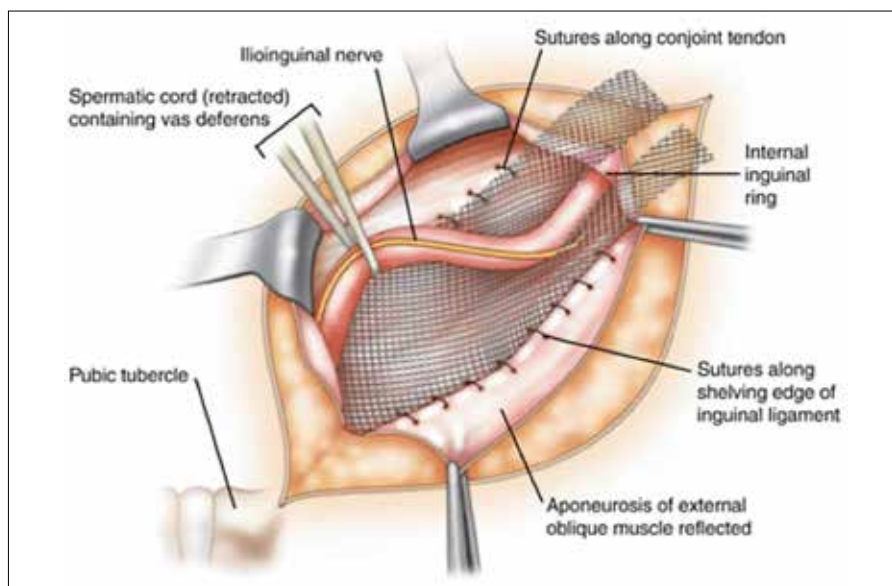
voor patiënten met grote scrotale breuken of patiënten die reeds eerder abdominale heelkunde ondergingen waardoor het preperitoneum ontoegankelijk is geworden.

“Het was pas in de jaren '90 dat de minimaal invasieve laparoscopische benadering een hoge vlucht kende.”

Liesbreuken bij volwassenen zullen in tegenstelling bij de universele hoge ligatuur bij congenitale liesbreuken bij kinderen, wellicht nooit door één exclusieve techniek kunnen behandeld worden omdat er in het verleden talloze technieken werden beschreven en toegepast met te weinig vergelijkend wetenschappelijk studiemateriaal. De tendens om meer minimaal invasief met gebruik van een mesh in geplande omstandigheden te werk te gaan heeft er zeker toe bijgedragen om complicaties en recidieven tot een strikt minimum te herleiden.

Referenties

- Bassini E. Ueber die Behandlung des Leistenbruchs. Langenbecks Arch Klin Chir. 1890;40:429-76.
- Lichtenstein IL. Hernia repair without disability. 2nd ed. Tokio: Ishiyaku Euroamerica; 1987
- Ger R. The management of certain abdominal herniae by intra-abdominal closure of the neck of the sac. Preliminary communication. Ann R Coll Surg Engl. 1982;64:342-4.



Nieuwe tendensen in vaatheelkunde anno 2020



Dr. Daphné Van den Bussche
daphne.vdbussche@sintandriestielt.be

Dr. Van den Bussche is thorax- en vaatchirurg en heeft naast de klassieke vasculaire pathologie ook lymfopathologie en wondzorg als subspecialisaties. Dr. Van den Bussche is geassocieerd met dr. Vuylsteke.

Dr. Marc Vuylsteke
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Dr. Vuylsteke is thorax- en vaatchirurg en heeft naast de klassieke vasculaire pathologie ook diepveneuse pathologie en trombosebehandeling als subspecialisaties. Dr. Vuylsteke is geassocieerd met dr. Van den Bussche.



Zoals de meeste chirurgische disciplines maakte vaatheelkunde de voorbije jaren een hele (r) evolutie door. Dit zie je op verschillende vlakken. Vroeger waren chirurgen verantwoordelijk voor zowel abdominale maar ook vasculaire ingrepen. Later werd er een opsplitsing gemaakt tussen deze twee. Momenteel is het zo dat je voor de erkenning als vaatchirurg nog een bijkomende opleiding van twee jaar moet volgen, na de opleiding tot algemeen chirurg. Subspecialisatie leidt tot kwaliteitsverbetering. Ook binnen het vakdomein vaatheelkunde is er enorme vooruitgang geboekt, zowel wat de arteriële als de veneuze pathologie betreft. We hebben een technologische revolutie doorgemaakt, chronologisch eerst op arterieel gebied. Wetende dat de eerste coronaire stent geplaatst werd in 1985, kun je wel spreken van een medische (r)evolutie de voorbije 35 jaar! In het verleden werd er steeds klassiek geopereerd, d.w.z. er werd een bypass of overbrugging aangelegd. Bij een korte stenose kon er lokaal een endarterectomie verricht worden. We zagen echter ook frequenter een acute lidmaatbedreigende ischemie, die toch



Voorbeeld van een specifieke veneuze stent. Deze heeft grotere diameters, is soepeler en heeft toch voldoende radiële kracht.

niet zelden resulteerde in een amputatie. Met het nieuwe arsenaal aan ballonkatheters, stenten en endoprothesen hebben we nu veel meer therapeutische opties ter beschikking. Maar ook op chirurgisch vlak is er veel geëvolueerd. De technieken zijn verfijnd (zoals het maken van een nieuwe veneuze klep) en het materiaal (bijv. vaatprothesen) is verbeterd.

Sneller herstel, minder postoperatieve problemen

Uiteraard is er nog steeds ruimte voor een bypass en/of endarterectomie, maar de eerste keus is vaak een doorblazing of PTA al dan niet met het plaatsen van een stent. Deze behandeling biedt niet alleen het voordeel van minimaal invasief te zijn met een punctie in de lies of via de arm, maar we kunnen ook kleinere en vroeger niet toegankelijke slagaders behandelen. Hiermee bedoelen we vooral de tibiale vaten, maar ook de renale en intestinale vaten worden preferentieel endovasculair behandeld. Ook voor de behandeling van een abdominaal aorta aneurysma, wordt in de eerste plaats gekeken of de patiënt in aanmerking komt voor een endoprothese. Indien dit het geval is, kan er via twee incisies in de lies gewerkt worden i.p.v. een laparotomie. Voordeel is dat de patiënt veel sneller herstelt

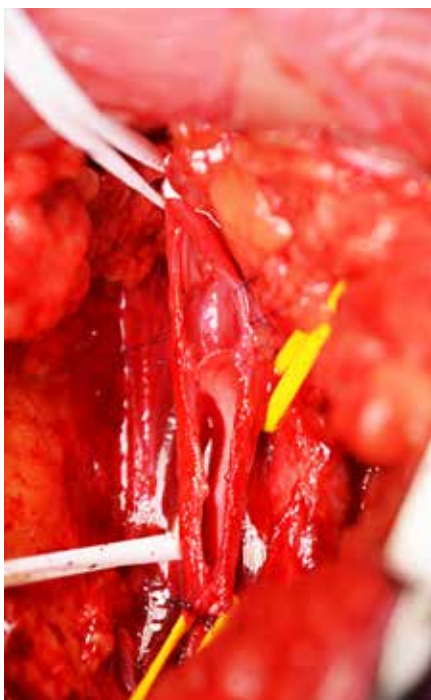
van de ingreep en er minder postoperatieve problemen gezien worden. Deze minimaal invasieve technieken zijn mogelijk gemaakt wegens de continue evolutie binnen het medisch materiaal en door de continue bijscholing van de vaatchirurgen. Zowel de ballonnen als de stents blijven evolueren. Niet alleen bestaan ze in verschillende diameters en lengtes, ook de soepelheid en de radiële kracht blijft verbeteren. Zo zijn er zowel arteriële als specifiek veneuze stents beschikbaar. Een laatste ontwikkeling hierbij is dat zowel de ballon, maar ook de stent kan bekleed worden met een antiproliferatieve medicatie (meestal paclitaxel). De bedoeling hiervan is om lokaal de vorming van littekenweefsel (intimahyperplasie) en dus restenose te voorkomen.

"Met het nieuwe arsenaal aan ballonkatheters, stenten en endoprothesen hebben we nu veel meer therapeutische opties ter beschikking."

De gedoseerde afgifte van een antiproliferatief medicijn gaat echter gepaard met remming van de natuurlijke endotheliale bekleding van de stent. Hierdoor blijven metalen stentdelen blootliggen, wat een verhoogde kans op trombusvorming geeft. Vandaar de noodzaak om langer bloedverdunners te gebruiken. Een biologisch oplosbare stent zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. De oplosbare stent heeft in potentie belangrijke voordelen ten opzichte van de metalen variant. Hoewel de eerste resultaten veelbelovend zijn, is de kennis over langetermijneffecten nog minimaal. Afhankelijk van de uitkomsten van huidige en toekomstige studies zal moeten blijken of de oplosbare stent een plaats krijgt als basiszorg, of dat deze gereserveerd moet worden voor een specifieke doelgroep. De vooruitgang in de behandeling van perifeer arterieel lijden is zeker en vast mede te danken aan een betere oppuntstelling en behandeling van de onderliggende risicofactoren, zoals diabetes, hypertensie e.a.

Preventie en eerstelijnszorg

Op veneus vlak is de klassieke crossectomie en stripping bij spataderen volledig vervangen



Het chirurgisch maken van een nieuwe veneuze klep of neovalve.

door de endoveneuze technieken. Vandaag de dag maken we gebruik van de laser- of radiofrequentie catheter, en kunnen ook veel spataderen ambulant behandeld worden met (foam)sclerotherapie.

"Op veneus vlak is de klassieke crosssectomie en stripping bij spataderen volledig vervangen door de endoveneuze technieken."

Het voordeel is dat er veel minder neveneffecten zijn zoals pijn, neuralgie en hematomen. Dit resulteert in een sneller herstel voor de patiënt, met minder littekens. Ook de medische kennis betreffende de oorzaak en spontane evolutie van de veneuze pathologie is enorm geëvolueerd. Zo weten we dat oppervlakkige veneuze insufficiëntie (spataders) soms veroorzaakt wordt door afwijkingen van het diepveneus systeem. De laatste jaren zijn er ook nieuwe methoden ontwikkeld om die pathologie te diagnostiseren en te behandelen. Zo denken we aan IVUS (intravascular ultrasound) en de ontwikkeling van specifieke veneuze stents. Ook in de diagnostiek is er veel veranderd. Flebografiën zijn vervangen door duplexon-



De huidige behandeling van vasculaire pathologie is in eerste instantie interventioneel.

derzoek. Deze duplex toestellen worden gebruikt zowel in de diagnostiek als tijdens de behandeling. Bijna alle interventies gebeuren echogeleid. Maar naast de technologie is ook de algemene medische kennis van de vaatpathologie veel verbeterd. Ook de preventie en de eerstelijnszorg evolueerde gunstig. Beterre medicatie is beschikbaar, denken we maar

aan de nieuwste bloedverdunners en het veelvuldig gebruik van statines. Ook de medicamenteuze behandeling van diabetes en hypertensie verbeterde. Al deze zaken samen zorgen ervoor dat de behandeling van een vaatpatiënt, zowel arterieel als veneus sterk geëvolueerd is, met een duidelijk verbeterde prognose als gevolg.

Flexofytol®

DE ENIGE CURCUMINE KLINISCH BESTUDEERD in dubbelblind versus placebo in België ! ¹

- ▶ **Helpt het gebruik van NSAID's en paracetamol te beperken ¹**
- ▶ **Uitstekende tolerantie ²**
- ▶ **Sinds 10 jaar**



Verkrijgbaar in 56 en 182 tabletten


Tilman®

www.flexofytol.be

¹ Henrotin et al. Arthritis Research & Therapy volume 21, Article number: 179 (2019)

² De Breucker et al. Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases, 2017, 7, 167-177.

Samen voor een gezond gewicht

Sint-Andriesziekenhuis komt in actie n.a.v. Wereld Obesitas Dag

Het Sint-Andriesziekenhuis organiseerde enkele activiteiten n.a.v. Wereld Obesitas Dag (4 maart). Van 2 t.e.m. 6 maart kon iedereen

meestappen op de loopband in de inkomhal ten voordele van Tielts Beweegt. Elke gesportte kilometer werd in euro's geschonken wat een totaalbedrag van 700 euro opleverde. Pascale Baert, Eerste Schepen in Tielts, kwam de cheque met plezier in ontvangst nemen op 7 maart, toen de week werd afgesloten

met een boeiende infonamiddag rond overgewicht in het restaurant van het ziekenhuis. Koen Crucke en Jan Gheysens brachten een onderhoudende getuigenis over hun strijd tegen de kilo's en er werden gezonde hapjes geserveerd. De namiddag werd afgesloten met een leerrijke gezondheidsquiz.



Passion for Innovation
Compassion for Patients.™



Symposia

Dr. Antonio Gazziano

- **'Burn-out & depressie'**, voordracht voor de scholengroep van het Vrij Technisch Instituut, Tielt

Dr. Ludovic D'hulst

- **'Nucleaire geneeskunde anno 2020'**, dinsdag 7 januari 2020, HAOVWL-kring

Dr. Griet Hoste

- **San Antonio Breast Cancer Symposium**, December 2019, Texas

Dr. Gretel Descheemaeker

- **'Help, mijn rug doet pijn'**, infoavond op 20/02 samen met dr. Cuyper en dr. Regaert, Wielsbeke

Dr. Kristoff Deroo

- **Advanced Symposium: Dealing with complications, a case based approach**, EFAS (European Foot and Ankle Society) and Nordic Group: 5-6-7 December 2019, Helsinki Finland

Dr. Marc Vuylsteke

geplande presentaties geannuleerd t.g.v. COVID-19

- **Venous disease and venous thrombosis.**
European court of Auditors, Luxembourg, March 12th 2020
- **Plumbing of arteries and veins.**
Gastspreker op Biomedical Congress Leuven 31 maart 2020
- **Endovenous treatments.**
World congress of the International union of Angiology.
Rome 25 april 2020.

Publicaties

Dr. Marc Vuylsteke

- **Corrigendum to 'Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines'** [European Journal of Vascular & Endovascular Surgery 49/6 (2015) 678/737]. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020 Mar;59(3):495.
Wittens C, Davies A, Wittens A, Davies, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, de Wolf M, Eggen C, Giannoukas A, Gohel M, Kakkos S, Lawson J, Noppeney T, Onida S, Pittaluga P, Thomis S, Toonder I, Vuylsteke M
- **Influence of reimbursement policies on phlebological surgical practice in Belgium between 2007 and 2017.** Int Angiol. 2020 Feb 20. doi: 10.23736/S0392-9590.20.04305-9. [Epub ahead of print]
Guillaume GM, Vuylsteke ME, Dalcq V, Van der Borgh L, Meeus P, de Maeseneer MG. - I

Bijscholing

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

08 | 09 | 20 **Statutaire zonder partner: arbeidsgeneeskunde**
Stefaan Vankeirsbulck

06 | 10 | 20 **Nieuwe CT**
Brecht Houthoofd

17 | 11 | 20 **Flash**
Bart Maes of collega

08 | 12 | 20 **Moeder/Kind**
Katrien Devolder, Griet Hoste en Bart Boone

Arts



Dr. Ruben Roose
radioloog

Toegelaten arts



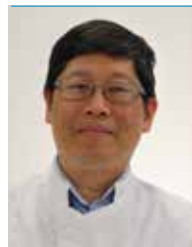
Dr. Tom Develtere
toegelaten arts (tijdelijke aanstelling)
dienst inwendige ziekten

Assistent-in-opleiding (ASO)



Dr. Sander Smeets
assistent gastro-enterologie

Artsen met pensioen



Dr. K.L. Djoa
radioloog

Hierbij melden we u dat Dr. K.L. Djoa na 32 jaar dienst zijn activiteiten in het Sint-Andriesziekenhuis op 29 februari 2020 heeft stopgezet wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.



Dr. G. Vanacker
pediater

Hierbij melden we u dat Dr. G. Vanacker na 36 jaar dienst zijn activiteiten in het Sint-Andriesziekenhuis op 29 februari 2020 heeft stopgezet.

We wensen beide artsen nog vele mooie jaren in goede gezondheid.

Business or Operating Unit
Franchise or Department



Changing the practice of medicine

At Novartis, we harness the innovation power of science to address some of society's most challenging healthcare issues. Our researchers work to push the boundaries of science, broaden our understanding of diseases and develop novel products in areas of great unmet medical need. We are passionate about discovering new ways to extend and improve patients' lives.

