

## Nieuwe diensten in het Sint-Andriesziekenhuis:

# Sp-psychogeriatric en dagkliniek psychiatrie



2 Editio  
Dr. Marc Vuylsteke

## HOOFDTHEMA ZIEKENHUIS IN BEWEGING

3 Huisartsenwachtpost  
Molenland

4 Nieuwe dienst:  
Sp-psychogeriatric

5 Nieuwe dienst:  
dagkliniek psychiatrie

6 Multidisciplinaire  
groepspraktijk

7 ERAS

8 Nieuwe  
CT-scan

10 ESWT

11 Uitbreiding  
endoscopie-unit

## ALGEMEEN

12 Artsenkorps

13 Robot Arthur  
Symposia - publicaties - bijscholingen

15 Minimaal invasieve technieken  
Liesbreukbehandeling

14 De tweede golf

15 Eerstelijnsymposium geriatrie

## 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

Gerdy Dezutter:  
gerdy.dezutter@sintandriestiel.be

Matthijs Samyn:  
matthijs.samyn@sintandriestiel.be

### Eindredactie

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

### Werken verder mee aan dit nummer

Apr. Biol. Frederik Van Hoecke

Dr. Steven De Coninck

Dr. Tom Denolf

Dr. Antonio Gazziano

Dr. Peter Lissens

Dr. Stefaan Marcelis

Dr. Joke Persyn

Dr. Céline Van Gutte

Dr. Ward Vandewalle

### Vormgeving

Kliek Creatieve Communicatie

### Drukkerij

Papyrus: www.papyrusweb.be

### Sponsors

## EDITO

# Beterschap op komst

Geachte collega,  
Beste lezer,

Bij het jaareinde hoort een korte terugblik naar wat ons het afgelopen jaar overkomen is. 2020 was voor de gezondheidszorg een rampjaar. Zoals in ons vorige nummer uitvoerig aan bod gekomen is, heeft de COVID-19-epidemie in het voorjaar voor ongeziene maatregelen gezorgd. De ziekenhuizen werden in een mum van tijd omgebouwd van 'algemeen ziekenhuis' tot 'COVID-ziekenhuis'. Alle niet-dringende zorg werd uitgesteld, afdelingen werden gesloten, andere omgebouwd tot COVID-afdelingen. Ook personeel werd in een ijf tempo omgeschoold. Organisatorisch een schitterende prestatie op zich.

Maar zo'n crisissituatie legt ook de sterktes en zwaktes van onze gezondheidszorg bloot. Bij het uitbreken van de epidemie in maart, was er paniek. Er waren geen middelen, geen ervaring, een tekort aan maskers en schorten, geen kennis ... Ook bij de overheid was het compleet chaos. We herinneren ons nog de kakofonie van maatregelen, de vijf federaal bevoegde ministers voor mondkapen, de tegenstrijdige maatregelen per gemeente... Tijdens de stijging van infecties in september werden de maatregelen versoepeld. Ook binnen het ziekenhuis was het improviseren. Ieder ziekenhuis in België heeft zijn eigen COVID-protocollen opgesteld (eerste golf), de coördinatie onderling was beperkt. Wij hebben ons ziekenhuis rechtgehouden door inzet en flexibiliteit op alle niveaus.

Na een kort intermezzo kregen we in de herfst een tweede golf over ons heen, nog heviger en uitgebreider dan de eerste. Het aantal ziekenhuisopnames steeg spectaculair, en nog erger, het aantal bedden op intensieve zorg liep angstwekkend snel vol. Maar opnieuw hielden we stand. Uiteraard waren we bij de tweede golf beter voorbereid, de protocollen lagen klaar, het materiaal was beschikbaar. Maar bovenal, we konden deze piek opnieuw beheersen dankzij het schitterende werk van de eerste lijn en de bewonderenswaardige inzet van onze verpleegkundigen en alle andere ziekenhuismedewerkers. Waar het tijdens de eerste golf voor de ziekenhuizen ieder voor zich was, wordt er nu, mede door coördinatie van de overheid, beter samengewerkt. Patiënten worden ook naar andere ziekenhuizen doorverwezen, dit om de belasting zo goed mogelijk te verdelen.

De gezondheids crisis heeft ook een ongekend gat in de kassa van onze ziekenhuizen geslagen. Het toont nogmaals de moeilijke financiering van het systeem aan. De nieuwe regering blijkt dat begrepen te hebben en zal nieuwe financiële middelen vrijmaken. Zo krijgt de verpleging van de ziekenhuizen binnenkort een aanmoedigingspremie ter compensatie voor de geleverde inspanningen. Hopelijk worden hun collega's in de woonzorgcentra niet vergeten! Het vaccin, en daarmee de hervatting van het gewone leven lijkt dichtbij, we zullen allemaal wat meer stilstand bij het klassieke 'gelukkig nieuwjaar' dat we elkaar toewensen.

Laat me toe om jullie allen een fijne eindejaarsperiode toe te wensen, een zalig Kerstmis en de oprechte wensen voor een voorspoedig 2021!

Veel leesplezier  
Dr. Marc Vuylsteke



# Huisartsenwachtpost Molenland



**Dr. Sophie Vandeplassche, urgentiearts**  
sophie.vandeplassche@sintandriestielt.be

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

**Dr. Tom Denolf, huisarts**

Dr. Denolf zetelt in huisartsenpraktijk Denolf in Tielt. Hij coördineert de organisatie en uitbouw van de huisartsenwachtpost.



**Zoals jullie in de vorige editie van InfoSat konden lezen is er begin maart 2020 een triagepost opgericht door de regionale huisartsen om de eventuele COVID-19-patiënten te kunnen onderzoeken en testen. Na de eerste golf is dit triagecentrum tijdelijk overgegaan tot een testcentrum, waar elke door de huisarts verwezen patiënt getest kon worden op COVID-19.**

Maar er is meer nieuws: de 65 huisartsen van de gemeenten Dentergem, Meulebeke, Oostrozebeke, Pittem, Ruiselede, Tielt en Wingene zijn op 13 november officieel gestart met de huisartsenwachtpost Molenland. Deze nieuwe – door de overheid goedgekeurde wachtpost – is voorlopig gehuisvest in de Krommewalstraat 7 in Tielt. De wachtpost zal telkens geopend zijn vanaf vrijdagavond 18 uur tot maandagmorgen 8.00 uur, en op feestdagen vanaf 18 uur de avond ervoor tot 8.00 uur de dag erna. De post zal overdag bemand worden door een onthaalmedewerker, een huisarts die consultaties doet en een huisarts die samen met een chauffeur huisbezoeken aflegt. Door de huidige coronapandemie wordt de wachtpost tijdelijk versterkt met een derde arts overdag. 's Nachts zal er 1 huisarts zijn die zowel voor de consultaties als de huisbezoeken zorgt. De wachtpost is enkel toegankelijk op afspraak via het nummer 1733.

## Nauwe samenwerking met ziekenhuis

De huisartsen van de wachtpost kunnen rekenen op een nauwe samenwerking met de spoeddienst, labo en radiologie. Voor gipsverbanden, moeilijke hechtingen, uitwerking en eventuele opname van zieke patiënten, kunnen de huisart-

sen rechtstreeks doorsturen naar de spoeddienst van ons ziekenhuis. Patiënten kunnen door de huisarts echter ook rechtstreeks doorverwezen worden naar radiologie en een bloedafname kan snel bepaald worden door het labo van ons ziekenhuis, waardoor ook een goede en vlotte opvolging van de ambulante patiënten door de huisartsen van wacht mogelijk zal zijn.

## Wachtpost naast spoedafdeling

Momenteel is de wachtpost nog op wandelafstand van de spoeddienst gelegen, maar er zal in 2021 een nieuwe wachtpost vlakbij de spoedingang worden gebouwd. Hierdoor zal de wachtpost zich letterlijk naast de spoedafdeling bevinden. De huisartsen zullen dan zelfs hun bloedafnames via de buizenpost naar het labo kunnen sturen, en de patiënten die op de spoed moeten gezien en behandeld worden, zullen via een rechtstreekse toegang naar de spoed gebracht worden. Daarnaast kan er een zeer snelle interventie gebeuren indien er een urgentie zou optreden in de huisartsenwachtpost. Met de start van de aanbouw voor de huisartsenwachtpost zal ook de spoedgevallendienst van ons ziekenhuis cruciale veranderingen ondergaan. Met de geplande verbouwingen willen we inzetten op verschillende essentiële punten van de gespecialiseerde spoedgevallen-zorg: efficiëntie, privacy, pandemie "proof" enz.

1. Twee triageboxen voor een snelle triage en opstart van patiënten met o.a. oftalmologische of NKO-problematiek en patiënten met kleine traumata die op die manier sneller naar de radiologie kunnen;

2. de gemeenschappelijke box 5 met momenteel 4 bedposities en hierdoor onvoldoende privacy, zal verdwijnen; in de plaats komen individuele patiëntenkamers die bovendien in onderdruk kunnen gezet worden. We hebben nu de pandemie van COVID-19, maar met die patiëntenboxen in onderdruk zullen we in de toekomst ook klaar zijn voor nog andere – misschien nog onbekende – pandemieën;
3. daarnaast zal de 2de wachtruimte voor patiënten een uitbreiding krijgen.

Met de start van de huisartsenwachtpost, de geplande nieuwbouw van deze wachtpost naast de spoedingang, de geplande verbouwingen in en aan de spoeddienst en de verdere uitbreiding van het spoedteam met gekwalificeerde artsen zetten we nog meer in op het nog verder verbeteren van de zorgkwaliteit en de dienstverlening van de patiënten uit Tielt en omstreken en maken we ons ziekenhuis verder klaar voor de toekomst.



## Gewrichten<sup>1</sup> & Pezen



In de apotheek

<sup>1</sup> Kurkuma-extract draagt bij tot het behoud van de gewrichtsflexibiliteit. <sup>2</sup> Amalraj A. et al., 2019.

- Natuurlijk**
- Hoog gedoseerd**
- 1 tablet per dag**
- Bewezen doeltreffendheid<sup>2</sup>**

**NEW**

NUTPL 2149 - voedingsupplement ©Trenker 2020-11

Made in Belgium



[www.mobilitylmax.be](http://www.mobilitylmax.be)

Passion for family health

**Trenker**  
laboratoires



# NIEUWE DIENST: Sp-psychogeriatric



**Dr. Ward Vandewalle, psychiater**  
ward.vandewalle@sintandriestielt.be

Dr. Vandewalle is diensthoofd van de afdeling Sp-psychogeriatric.



v.l.n.r. dr. A. Gazziano, dr. J. Dekoninck, dr. J. Sys, dr. B. Lamont, F. Desplenter, dr. W. Vandewalle, dr. P. Tack

**Per 1 september is de dienst Sp-psychogeriatric geopend in het Sint-Andriesziekenhuis. Deze nieuwe dienst wil een antwoord bieden op de toenemende nood om multidisciplinair oudere patiënten met een psychiatrische problematiek te behandelen. De dienst, met een hospitalisatiecapaciteit van 21 plaatsen, is ondergebracht op een gerenoveerde afdeling op de vierde verdieping in afwachting van de nieuw te bouwen afdeling op de zesde verdieping. De opstart van deze dienst werd mogelijk gemaakt dankzij de samenwerking met AZ Delta.**

## Doelgroep

De dienst Sp-psychogeriatric focust op drie doelgroepen:

- ouderen met psycho-organische stoornissen, voornamelijk dementie, waarvan een onhoudbare thuissituatie op de voorgrond staat t.g.v. onderliggende gedragsproblemen zoals doolgedrag, motorische onrust, agressie, uitkleedgedrag en ander sociaal onaangepast gedrag;
- ouderen met geheugenproblemen, die een diagnostische oppuntstelling nodig hebben via een gespecialiseerde observatie, eerder dan via ambulante uitwerking;
- ouderen met psychiatrische ziektebeelden met cognitieve weerslag.

## Aanpak en doelstelling

Na een eventuele oppuntstelling op de PAAZ, de dienst geriatrie of neurologie om acute somatische en/of neuropsychiatrische oorzaken uit te sluiten, wordt de patiënt voor verdere noodzakelijke observatie en behandeling opgenomen op de dienst psychogeriatric. Die legt zich toe op de verzorging van ouderen met psychische en cognitieve stoornissen. Naast het stellen van de diagnose, zoeken we multidisciplinair naar een manier om met de oudere om te gaan en streven we naar een oplossing die resulteert in aanvaardbaar gedrag. Dit doen we d.m.v. observaties en het verkennen van de leefgewoonten van de oudere, alsook door medicamenteuze ondersteuning. Het complexe karakter van de problemen op hogere leeftijd maken een observatie en begeleiding,

behandeling en revalidatie door een gespecialiseerde dienst psychogeriatric wenselijk.

## Multidisciplinair en gelijkwaardig

Het multidisciplinair zorgteam bestaat onder andere uit psychiaters, geriateren en neurologen, een (hoofd)verpleegkundige, zorgkundige, ergotherapeut, kinesisten, psycholoog en de sociale dienst. Deze combinatie van artsen is trouwens vrij uniek wat de werking zeker ten goede komt. Hoofdverpleegkundige Frederick Desplenter leidt de afdeling dagelijks in goeie banen. "Als multidisciplinair team functioneren we heel gelijkwaardig, ons gezamenlijke hoofddoel is elk binnen ons domein het hoogst haalbare realiseren voor elke patiënt. Wekelijks komen we allemaal samen en bekijken we wat mogelijk is per patiënt: is er sprake van

een onderliggende somatische aandoening? Kan de patiënt terug naar de thuissituatie? Zo ja, volledig zelfstandig of met ondersteuning? We stellen een plan van aanpak op zodat de patiënt weer zo optimaal mogelijk kan functioneren binnen zijn/haar mogelijkheden. Ons motto is: veel mag, niets moet. We luisteren in de eerste plaats naar de patiënt, detecteren zijn of haar noden. Ook de interactie tussen de patiënten zelf kan helend werken. We ontvangen mensen in een heel warm kader, we willen een thuisgevoel creëren. We integreren deels de dagstructuur van thuis en proberen bijv. zoveel mogelijk samen te eten in de dagzaal. Enerzijds omdat mensen vaak vanuit eenzaamheid hier terecht komen dus dat samen zijn is echt belangrijk, anderzijds omdat zien eten ook doet eten. Tussendoor bieden we activiteiten of therapie aan, afhankelijk van de individuele noden. De werking wordt ook voor een stuk bepaald door de groep. We kijken wie wat graag doet en hoe we ons zo kunnen organiseren dat iedereen zich goed voelt binnen het gebeuren. Voorstellen mogen ook vanuit de patiënten zelf komen."

Voor meer info of vraag tot doorverwijzing kan je terecht op het nummer 051 42 57 50



V.l.n.r. dr. W. Vandewalle, Haike De Coessemaker, Cinthy Boudry, Huriez Malgorzata, F. Desplenter, dr. J. Dekoninck. Elk teamlid draagt zorgvuldig zijn steentje bij.

# NIEUWE DIENST: a(d)-dienst ofte dagkliniek psychiatrie



**Dr. Antonio Gazziano, psychiater**  
antonio.gazziano@sintandriestieft.be

Dr. Gazziano is medisch directeur en diensthoofd van de a(d)-dienst.



V.l.n.r. Marieke Vercamer, dr. Antonio Gazziano, Katty De Rammelaere, dr. Ward Vandewalle, Annick Debonné

**Op 1 september jl. opende de dagkliniek psychiatrie de deuren in het Sint-Andriesziekenhuis. "Een gevolg van de toenemende nood aan ambulante zorg en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg", weten psychiaters dr. Gazziano en dr. Vandewalle.**

## Wat is de a(d)-dienst?

**Dr. Antonio Gazziano, diensthoofd/psychiater:** "De dagkliniek psychiatrie maakt deel uit van het psychiatrisch zorgaanbod in het Sint-Andriesziekenhuis. Deze dienst betreft een semi-residentiële opname waarbij de patiënten enkel dagtherapie volgen in het ziekenhuis tussen 9 en 16 uur en thuis overnachten. We spreken over een 'deeltijdse' hospitalisatie."

## Waarom is deze dienst er gekomen?

**Dr. Antonio Gazziano:** "Omwillen van een toenemende nood aan ambulante zorg en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. We beogen hiermee ook een zachtere overgang van een volledig residentiële opname naar ontslag. De patiënten worden multidisciplinair opgevolgd, wat een meerwaarde betekent in de totale aanpak van de behandeling."

## Waarin onderscheidt de dienst zich van de PAAZ?

**Dr. Ward Vandewalle, psychiater:** "We bieden therapeutische ondersteuning bij psychische problemen die het dagelijkse functioneren belemmeren. Het betreft een specifiek therapie-aanbod met behoud van de 'eigenheid' en het inzetten op de 'verbinding' en dit vanuit een herstelgerichte visie. Omwillen van de toename van patiënten met een ernstige psychiatrische problematiek is het dagziekenhuis een goede aanvulling op het huidige aanbod."

## Voor wie is de dienst (niet) bestemd?

**Dr. Ward Vandewalle:** "Het brede PAAZ-publiek komt in aanmerking na screening waarbij gepeild wordt naar doelstelling en motivatie. Het betreft dus meestal patiënten die ontslagen werden uit het ziekenhuis, maar nog een aantal dagen in de week deeltijdse therapie willen volgen of patiënten voor wie een volledige hospitalisatie door bijvoorbeeld familiale of sociale omstandigheden onmogelijk is."

## Hoeveel patiënten kunnen hier verblijven?

**Dr. Ward Vandewalle:** "Maximaal 12 patiënten per dag en enkel op werkdagen, dus niet op feestdagen of tijdens het weekend."

## Hoe is de aanpak van de dienst?

**Dr. Antonio Gazziano:** "Een intakeprocedure wordt opgemaakt bij elke kandidaat met

zorgvuldige aandacht voor inclusie- en exclusiecriteria. Een inclusie zal worden besproken op de wekelijkse patiëntenvergadering waar duidelijke doelstellingen van de patiënt zullen worden afgestemd zoals het aanleren van structuur, stimuleren huishoudelijke activiteiten, job-coaching en sollicitatie, enz. Het therapieprogramma omvat een waaier aan therapeutische activiteiten die zowel doorgaan in groep als individueel. Bij het begin van de behandeling formuleert de psychiater het beleid voor elke patiënt(e). Elke 4 weken krijgt de patiënt een evaluatiegesprek bij de psychiater."

## Wat is de doelstelling?

**Dr. Antonio Gazziano:** "De dienst focust zich op het verbeteren van het algemeen psychisch functioneren van de patiënt: vermindering van de klachten, aanbieden van structuur met het stimuleren van eigen activiteitsniveau en zelfstandigheid ... en dit vanuit de eigen thuisomgeving."

## Is er een wachtlijst voor verblijf op deze dienst?

**Dr. Antonio Gazziano:** "Neen, dit wordt wekelijks bekeken zodat we hier ook kunnen streven naar een vlotte overgang van hospitalisatie naar dagtherapie."

## Hoe lang kan een patiënt hier verblijven?

**Dr. Ward Vandewalle:** "We stimuleren patiënten om te starten aan 5 dagen per week en bekijken wanneer het mogelijk is in frequentie af te bouwen. Dit kan gaan over meerdere weken."

## Vragen of meer info?

T 051 42 50 70



V.l.n.r. ergotherapeuten Dagmar Deprest, Marieke Vercamer en Annick Debonné

# Multidisciplinaire groepspraktijk voor kinderen en jongeren



**Dr. Joke Persyn, kinderarts**  
joke.persyn@sintandriestielt.be

Dr. Persyn is kinderarts in het Sint-Andriesziekenhuis en houdt daarnaast consultaties in Aalter.

**Op 1 september jl. openden onze kinderartsen dr. Evens, dr. Persyn en dr. De Mey in Aalter een multidisciplinaire groepspraktijk voor kinderen en adolescenten tot 18 jaar. Naast de kinderartsen omvat de praktijk ook een kinderneuroloog, kindersychologen, een kinderkinesiste, logopedisten en een kinderdiëtiste.**

Dr. Persyn: "Vanuit het perspectief dat een kind voor ons veel meer is dan enkel zijn lichamelijke toestand, wilden we graag kinderen breder gaan bekijken. We betrokken andere disciplines en openden een praktijk waar alle aspecten van de gezondheid van kinderen en adolescenten van 0 tot 18 jaar aan bod kunnen komen. Je kan in onze praktijk normaal gezien dagelijks terecht bij de kinderarts met alle medische problemen. Op vrijdag werkt er een kinderneuroloog. Die helpt je verder voor de opvolging van je epilepsie, stelt diagnoses bij gedragsmoeilijkheden, bezorgt je indien nodig de attesten voor opvolging bij kine, ergo of logo. Er werken ook twee logopedisten, op woensdagnamiddag en op vrijdag. Op zaterdagmorgen helpt de kinesiste je bij grof- en fijnmotore problemen, maar evengoed kan je er terecht voor ademhalingskine. De voedingsdeskundige staat op maandag paraat met advies en begeleiding van allerhande

voedingsgerelateerde problemen: obesitas, lactoseintolerantie, koemelkeiwitallergie, coeliakie. 5 dagen per week tenslotte kan je een beroep doen op een kindersycholoog. De ruimte waarin we werken is aangenaam, licht en kindvriendelijk."

Het secretariaat is bereikbaar op woensdagnamiddag via 051 42 52 69. De andere disciplines kunnen via hun eigen nummer bereikt worden:

## Logopedisten

Lies de Sutter 0493 59 75 18  
Sylvie Boelaert 0474 58 30 03

## Kiné

Brigitte Delvaux 0476 93 38 09

## Diëtiste

Chantal Pleune 0471 64 37 20

## OPPAD psychologen

09 258 82 36

## Kinderneuroloog

Serge Voets  
Via secretariaat pediatrie  
Sint-Andriesziekenhuis: 051 42 52 69



Passion for Innovation  
Compassion for Patients.™





# ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) in colorectale heekunde



**Dr. Peter Lissens**

peter.lissens@sintandriestiel.be

Dr. Peter Lissens is gespecialiseerd in abdominale heekunde, colorectale heekunde, kleine bekken- en functionele heekunde, laparoscopische heekunde, proctologische heekunde en slokdarmheekunde.

De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar factoren die invloed hebben op het herstel na een operatie. In dit kader werd door de Deense Chirurg Kehlet het ERAS-protocol ontwikkeld voor colorectale heekunde wat staat voor Enhanced Recovery After Surgery, ofwel versneld herstel na een operatie. In dit multidisciplinair en multiprofessioneel kwaliteitsprogramma komen alle factoren samen die een positieve invloed hebben op het herstel van de patiënt. De drie pijlers waarop ERAS gebaseerd is, zijn evidence based perioperatieve zorg-processen waaronder pijnbestrijding, voeding en beweging centraal staan, multimodaal en multiprofessioneel teamwerk en constante audit van het proces. Het is vanzelfsprekend dat de patiënt zelf ook een belangrijke rol in eigen herstel speelt.

Om een ERAS-zorgprogramma te kunnen opstarten, werd in oktober 2019 een nationale workshop gevolgd door dr. Lissens (Chirurg), dr. Debaere en dr. Huysentruyt (anesthesie), Vanessa Van Renterghem (wondzorg - en stomaverpleegkundige) en Anne Mie Lips (hoofdverpleegkundige algemene chirurgie). Hiermee werd een eerste stap gezet om een werkgroep op te richten, die werd aangevuld met dr. De Coninck (gastro-enteroloog), Ine Wanseele (zorgmanager) en een vertegenwoordiger van de diensten diëtisten en de fysiotherapie. Het lokale ERAS-team van Sint-Andries was geboren.

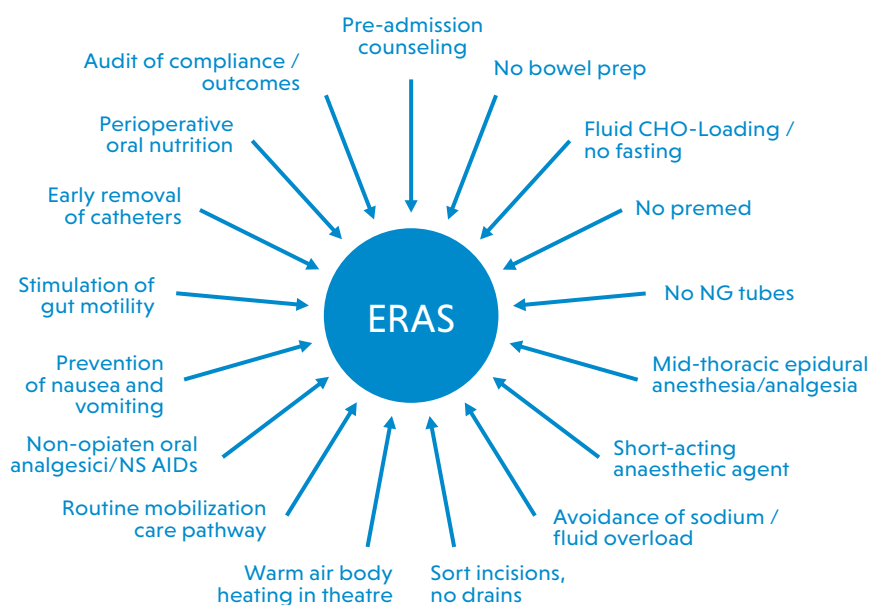
Opname, pre-, intra- en postoperatieve richtlijnen werden door het team uitgerold en hieronder worden enkel belangrijke evidence based aangepaste ERAS-factoren overlopen:

## 1. Educatie Zorgvrager

Dit is een cruciale factor om het ERAS-concept in de praktijk tot een succesverhaal te brengen. Momenteel wordt het zorgpad gestart bij opname voor chirurgie doch op termijn wordt er gestreefd naar een opstart reeds bij diagnosestelling waarbij de zorgvrager voldoende info dient te krijgen van de chirurg en gastro-enteroloog. Ook tijdens het verpleegkundig spreekuur zal de zorgvrager een uitgebreide toelichting over de ingreep en het ERAS-programma krijgen, waarbij onder andere de voedingstoestand preoperatief zal nagegaan worden.

## 2. Darmvoorbereiding

Meerdere evidence based analyses hebben aangetoond dat een mechanische darmvoorbereiding geen gunstig effect heeft op het herstel. De kans op complicaties zou zelfs groter zijn omdat mechanische darmvoorbereiding zorgt voor



dehydratatie, elektrolytenstoornissen bij ouderen en voor angst en stress. Daarom zal mechanische darmvoorbereiding niet meer routinematig worden toegepast.

## 3. Voeding

De maatregel van strikt preoperatief vasten zal verleden tijd worden. Nadelen van langdurig vasten zijn immers: uitputting van koolhydraten-reserves, katabool worden van metabolisme en veroorzaken van insulineresistentie, waardoor er groter risico is op postoperatieve complicatie zoals PONB (Post Operatief Nausea Braken). De zorgvrager zal systematisch koolhydraatrijke dranken krijgen op de afdeling in samenspraak met de diëtisten. Het is immers aangetoond dat dit laatste de postoperatieve insulineresistentie alsook het dorstgevoel en angstgevoel postoperatief vermindert.

## 4. Anesthesie

Anesthesiologisch worden ook meerdere aanpassingen vastgelegd. Zo wordt de centrale lijn louter op uitzonderlijke indicatie geplaatst en volgt er postoperatief geen systematische opname op intensieve zorgen. Verder wordt er een gestandaardiseerd pijn- en vochttoedieningsprotocol geïmplementeerd.

## 5. Mobilisatie

Uit meerdere studies is gebleken dat patiënten die postoperatief te lang immobiel zijn een verhoogde insulineresistentie of spier- en krachtverlies kan veroorzaken met als resultaat verminderde ademhaling en hartfunctie, maar ook een verhoogde kans op trombo-embolie. In samenwerking met de dienst fysische geneeskunde worden de patiënten dan ook van dag één postoperatief gemobiliseerd.

Deze aanpassingen zullen naast verandering van werken ook een andere mindset vragen van alle betrokken partijen waarin de zorgvrager centraal blijft staan, met een actieve rol in zijn eigen zorg en herstel, wat voldoende ondersteuning en stimulatie inhoudt vanuit het team. De coördinatie van het ERAS-protocol zal op de afdeling chirurgie gedragen worden door Anne Mie Lips (hoofdverpleegkundige) met ondersteuning van Sharon Lambert en Wendy Vanhaecke onder supervisie van de verantwoordelijke chirurg dr. Lissens.

Afhankelijk van de evolutie van COVID zal de werkelijke implementatie van het uitgewerkt protocol van het ERAS-team voor begin 2021 zijn.

# Nieuwe CT-SCAN: Revolution Apex



**Dr. Stefaan Marcelis, radioloog**  
stefaan.marcelis@sintandriestielt.be

Dr. Marcelis is diensthoofd medische beeldvorming en heeft als subspecialisatie musculoskeletale radiologie.

**Revolution Apex is de nieuwste ultra-premium Computed Tomography scanner van GE Healthcare. Eind 1987 werd de eerste CT-scan geïnstalleerd in het Sint-Andriesziekenhuis. 33 jaar en 5 toestellen later investeert het ziekenhuis opnieuw. Revolution Apex heeft een doorbraak bereikt in beeldkwaliteit met een uitstekende beelddefinitie en lage dosis, dit alles in één systeem.**



## Toestelkenmerken:

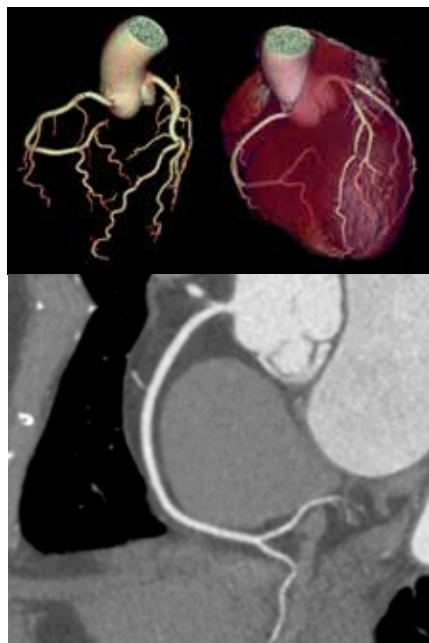
- een tunnel met comfortabele diameter van 80 cm
- een heel krachtige röntgenbuis welke ultrasnelle 80-140 KV (Kilovolt) switching toelaat voor spectrale beeldvorming
- snelle scantijd met groot onderzoeksgebied: 16 cm wordt in één rotatietijd van 0.28s geëvalueerd
- True Fidelity Imaging: artificiële intelligentie met deep learning techniek waarbij het systeem zelf structuren herkent en de beeldkwaliteit verbetert wat toelaat om met zeer lage stralingsdosissen te werken
- volumetrische en dynamische onderzoeken van organen en ledematen worden mogelijk
- veilige punctietechnieken met 3D-technologie voor diagnostische en therapeutische interventies
- een geïntegreerde contrastpomp zorgt (afhankelijk van het type onderzoek) voor lagere contrasthoeveelheden individueel per patiënt

Het toestel is met deze specifieke high-end configuratie uitermate geschikt om naast de standaard CT-onderzoeken heel specifieke evaluaties uit te voeren:

### Cardiovasculair:

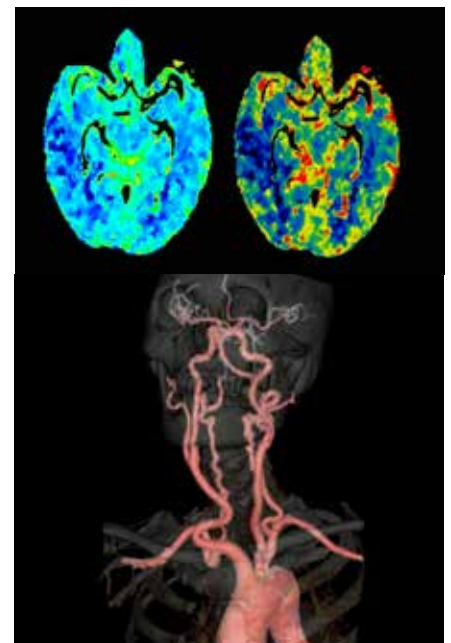
- 1-beat cardiale beeldvorming (volledige visualisatie van hart en kransslagaders in één buisomwenteling dankzij de 16 cm brede detector)

- betere visualisatie van de kransslagaders met hoge resolutie, ook bij patiënten met zwaar verkalkte slagaders
- lage KV (Kilovolt) TAVI/TAVR-planning (hartklep plaatsing d.m.v. katheterisatie via een slagader in de lies, ook bij patiënten met een gestoorde nierfunctie)
- dynamische myocardiale perfusie van het hele hart, zonder tafelverplaatsing
- low dose opsporing van longembolen met lage concentraties jodium contrastvloeistof



### Neurologie:

- CT voor acute ischemische beroerte in minder dan 5 min. (Smart Stroke)
- hersenscans in één rotatie (0.28s)
- CT-perfusie van de volledige hersenen met lage 70KV (Kilovolt)
- performante resolutie voor rotsbeenderen door S(smart) MAR iteratieve reconstructie technieken





**Abdominale pathologie en oncologie:**

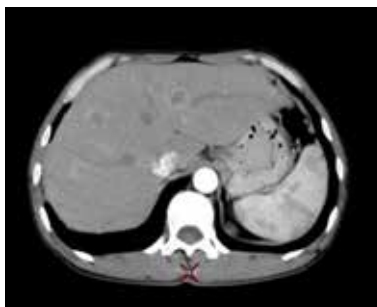
- spectrale en dynamische abdominale onderzoeken
- evaluatie van de perfusie van abdominale organen (lever, nieren pancreas ...)
- snelle scantijden geschikt voor kortademige patiënten

**Pediatrie:**

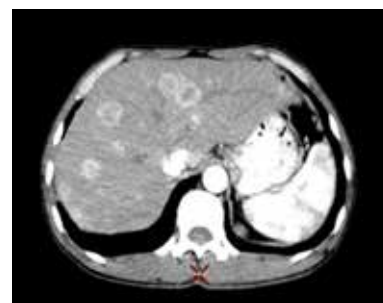
- pediatrie trauma acquisitie voor schedel/thorax/abdomen in enkele seconden
- pediatrie beeldvorming met minimale noodzaak aan sedatie
- minimale dosis 70KV (Kilovolt) met excellente contrast-ruisverhouding door True Fidelity Imaging met deep learning techniek

**Musculoskeletale beeldvorming:**

- beeldvorming met lage kV (Kilovolt), ook bij volwassenen en obese patiënten
- de Revolution Apex kan beelden met hoge definitie van de beenderen produceren
- intelligente S(smart) MAR-technologie kan artefacten ten gevolge van metalen voorwerpen zoals osteosynthese materiaal of prothesen elimineren
- 4D-beeldvormingsmodus nuttig voor dynamische gewrichtsevaluatie
- detectie van jichtkristallen



Zonder Dual Energy



Met Dual Energy



Zonder Dual Energy



Met Dual Energy



Jicht kristallen

# Flexofytol<sup>®</sup>

## DE ENIGE CURCUMINE KLINISCH BESTUDEERD in dubbelblind versus placebo in België ! <sup>1</sup>

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



Verkrijgbaar in 56 en 182 tabletten

  
**Tilman<sup>®</sup>**

[www.flexofytol.be](http://www.flexofytol.be)

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

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

# Extra-Corporele ShockWavetherapie (ESWT) bij chronische (calcifiërende) tendinopathiën



**Dr. Gretel Descheemaeker, fysiotherapeut**  
Gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be

Dr. Descheemaeker is diensthoofd fysiotherapie en heeft als subspecialisaties EMG, locomotorische en neurologische revalidatie, manuele therapie, rugschool en sportgeneeskunde. Ze werkt in associatie met dr. Van Gutte en dr. Verhamme.

**Dr. Céline Van Gutte, fysiotherapeut**  
Celine.van.gutte@sintandriestielt.be

Dr. Van Gutte heeft als subspecialisaties EMG, ESWT, locomotorische en neurologische revalidatie, musculoskeletale echografie, rugschool en sportgeneeskunde. Ze is geassocieerd met dr. Descheemaeker en dr. Verhamme.



**De dienst fysiotherapie kocht recent een ESWT-toestel aan. Chronische (calcifiërende) tendinopathiën zijn vaak een hardnekkig en invaliderend probleem voor onze patiënten. Met de komst van een ESWT-toestel hopen wij heel wat meer patiënten van deze kwaal te verlossen of de pijn minstens voldoende te verminderen om opnieuw een goede kwaliteit van leven te bekomen. Wetenschappelijk nazicht toont bij 60 à 70 procent van de behandelingen een goed resultaat.**

Wij beschikken over een "Elvation Piezowave 2 - Focussed Shockwave device". Hierbij worden de shockgolven piëzo-electrisch opgewekt. De behandeling wordt gefocuseerd uitgevoerd, dit wil zeggen dat we de behandeling zeer gericht kunnen uitvoeren. ESWT werkt op verschillende fronten: er is een pijnstillend effect. Bij calcifiërende tendinopathiën wordt de kalk verbrijzeld. Het herstel van het peesweefsel wordt gestimuleerd. Als laatste wordt de doorbloeding van de pees bevorderd.

De ESWT-behandelingen gaan ambulant door op de polikliniek fysische geneeskunde en revalidatie. Door middel van echografie wordt de exacte plaats en diepte van behande-

ling bepaald. De te behandelen regio wordt niet verdoofd. Het ESWT-toestel veroorzaakt shockgolven die een kloppend gevoel creëren ter hoogte van de te behandelen pees. De intensiteit wordt tijdens de behandeling progressief opgedreven, rekening houdend met de pijngrens van de patiënt. Afhankelijk van de te behandelen pees worden 2000 tot 3000 shocks toegediend. Een behandeling duurt gemiddeld vijf minuten.

## Resultaat vanaf 3 maanden

Een volledige ESWT-behandeling bestaat uit 3 sessies met telkens ongeveer een week tussen. Er kan de eerste paar dagen een toename van de pijnklachten zijn. Ijsapplicaties

en eventueel kortstondige inname van paracetamol (zo geen contra-indicaties) kunnen toegepast worden. Het gebruik van NSAID's wordt sterk afgeraden de eerste weken na de behandeling om een zo goed mogelijk effect te bekomen. Het definitieve resultaat kan pas na 3-4 maanden beoordeeld worden. Contra-indicaties zijn: zwangerschap, stollingsstoornissen, gebruik van bloedverdunders, epilepsie, pacemaker, hartritmestoornissen, bottumoren, infecties, een lokale infiltratie met cortisone ter hoogte van de te behandelen pees minder dan 6 weken voor de ESWT, acute ontsteking van de pees, belangrijke peesscheuren. ESWT wordt op dit ogenblik niet terugbetaald via het ziekenfonds (45 euro per sessie). De daarnaast aangerekende consultatie en echografie worden wel deels terugbetaald via het ziekenfonds. Een infobrochure voor uw patiënt kan u terugvinden op de website van het ziekenhuis ([www.sintandriestielt.be](http://www.sintandriestielt.be)). Wij hopen hiermee uw patiënt nog beter te kunnen behandelen.



V.l.n.r. dr. Gretel Descheemaeker, dr. Céline Van Gutte

# Uitbreiding Endoscopie-unit op de dienst Interne



**Dr. Steven De Coninck, gastro-enteroloog**  
[steven.de.coninck@sintandriestielt.be](mailto:steven.de.coninck@sintandriestielt.be)

Dr. De Coninck is diensthoofd gastro-enterologie en heeft als subspecialisaties chronisch inflammatoir darmlijden en hepatologie.

**De endoscopie-unit op de polikliniek interne ziekten wordt uitgebreid met een bijkomende endoscopiezaal, wat het totaal op drie brengt. Zo komen de gastro-enterologen en de pneumologen tegemoet aan een toenemende vraag naar routine endoscopische onderzoeken zoals gastroscopie, ileocoloscopie en bronchoscopie (al dan niet onder sedatie of narcose). De voorbije 5 jaar zagen we een toename van alleen al deze 3 onderzoeken met meer dan 20%, tot vorig jaar respectievelijk ongeveer 2500, 2000 en 350 dergelijke onderzoeken.**

De endoscopie kent de laatste jaren ook een snelle evolutie met nieuwe en steeds invasievere endoscopische onderzoeken én behandelingen. Door een extra endoscopiezaal in te richten komt zo plaats vrij voor vaak langduriger en complexere procedures zoals endoscopie van de dunne darm (incl. videocapsule), EMR (endoscopische mucosale resectie) van grote colonpoliepen of Barrett slokdarm laesies, virtuele chromo-endoscopie (via kleuringen en virtueel via NBI) ... maar vnl. ook voor de echo-endoscopie (EUS). Een EUS onderzoek combineert een echografisch en een endoscopisch onderzoek, waarbij een specifiek deel van het spijsverteringsstelsel wordt onderzocht. Eventueel wordt dit aangevuld met dopplerstudie en biopsie-afname. Indicaties



zijn vnl. staging van oncologische aandoeningen, evaluatie benigne aandoeningen (zoals van pancreas, galwegen, anorectum) en therapeutische acties (zoals drainage pancreascysten). Uiteraard gaan al deze endoscopische onderzoeken door met maximale zorg voor het anesthesie gebeuren (incl. uitbreiding re-

covery en monitoring systeem), voor een lege artis desinfectie- en sterilisatieproces van het gebruikte armentarium aan flexibele endoscopen (inclusief tracing systeem en droogkast) en tenslotte voor COVID-19 specifieke endoscopische beschermingsmaatregelen.



V.l.n.r. dr. S. De Coninck, dr. G. Tits, dr. G. Serry, M. Devaere, dr. C. Baertsoen, dr. E. De Decker Met Dual Energy



## Nieuwe artsen



**Dr. Judith Sys**

Arts-specialist in de geriatrie

Dr. Sys volgde haar opleiding geneeskunde aan UZ Leuven, waar ze haar diploma behaalde in 2014. Nadien volgde ze de opleiding inwendige geneeskunde met subdiscipline geriatrie en in juli 2020 ontving ze haar erkenning als geriater. Tijdens haar opleiding werkte ze in AZ Sint-Jan en AZ Sint-Lucas te Brugge, AZ Klina te Brasschaat, UZ Leuven en het Amphia ziekenhuis te Breda. Ze volgde een postgraduaatopleiding palliatieve zorgen en werd geselecteerd voor een bijkomende Europese opleiding

oncogeriatric die ze het komende jaar zal vervolmaken. Daarnaast bestaan haar interessegebieden uit dementie en osteoporose.

Samen met dr. Julien Dekoninck zal zij enerzijds de dienst geriatrie verder gestalte geven, met bijzondere interesse voor orthogeriatric, alsook de uitbouw realiseren van een afdeling psychogeriatric in samenwerking met de neurologen en psychiaters. Zij plannen ook een verdere uitbreiding van de pluridisciplinaire assessments via het geriatrisch dagziekenhuis.



**Dr. Loran Defruyt**

Arts-specialist in de cardiologie

Dr. Loran Defruyt behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2014. Hij specialiseerde zich verder in AZ Sint-Jan Brugge en het Universitair Ziekenhuis Gent, waar hij in 2020 promoveerde tot arts-specialist in de cardiologie. Hij beoefent de cardiologie in al haar aspecten met een

bijzondere interesse in echocardiografie en device-analyses. Hij volgt daarnaast een bijkomende specialisatie in de cardiale revalidatie. Dr. Defruyt zal zijn medische activiteit uitoefenen binnen de associatie inwendige ziekten in samenwerking met dr. B. Carlier, dr. F. Desimpel en dr. Ph. Vanderheeren.



**Dr. Jan Bresseleers**

Arts-specialist in de cardiologie

Dr. Loran Defruyt behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2014. Hij specialiseerde zich verder in AZ Sint-Jan Brugge en het Universitair Ziekenhuis Gent, waar hij in 2020 promoveerde tot arts-specialist in de cardiologie. Hij beoefent de cardiologie in al haar aspecten met een

bijzondere interesse in echocardiografie en device-analyses. Hij volgt daarnaast een bijkomende specialisatie in de cardiale revalidatie. Dr. Defruyt zal zijn medische activiteit uitoefenen binnen de associatie inwendige ziekten in samenwerking met dr. B. Carlier, dr. F. Desimpel en dr. Ph. Vanderheeren.



**Dr. Jietse Ryckeboer**

Arts-specialist in de urgentiegeneskunde

Dr. Jietse Ryckeboer volgde haar opleiding geneeskunde aan UGent, waar ze haar diploma behaalde in 2014. Nadien volgde ze de opleiding urgentiegeneskunde en in juli 2020 ontving ze haar erkenning als urgentiearts. Tijdens haar opleiding werkte ze onder meer in de ZNA ziekenhuizen Middelheim en het UZ Gent. Ze behaalde certificaten voor de cursussen Advanced Life Support (ALS), European Pediatric

Life Support, American Trauma Course, Emergency Medicine Ultrasound course en Rampenmanagement. Sinds 2019 is zij instructeur Advanced Life Support (ALS). Dr. Ryckeboer heeft een bijzondere interesse in de toepassing van echografie in urgenties. Dr. Ryckeboer versterkt het team van de dienst spoedgevallen met als diensthoofd dr. Vandeplassche.

## Artsen met pensioen



**Dr. Jan Van Nuffel**

Arts-specialist in de orthopedie

Na 34 jaar dienst heeft dr. Jan Van Nuffel, arts-specialist in de orthopedie, op 30 september zijn activiteiten in het Sint-Andriesziekenhuis stopgezet wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Dr. Van Nuffel heeft ontegensprekelijk een heel belangrijke rol gespeeld in de uitbouw van de dienst orthopedie in ons ziekenhuis. Daarnaast heeft hij zich 4 jaar lang geëngageerd als hoofdgeneesheer om het Sint-Andriesziekenhuis zijn plaats te geven als kwalitatieve zorgverstreker in de regio. Graag danken we Dr. Van Nuffel dan ook voor zijn jarenlange inzet voor de patiënten van de regio en voor het Sint-Andriesziekenhuis. We wensen hem nog vele gelukkige en gezonde jaren toe nu een nieuwe periode voor hem aanbreekt.



**Dr. Bernard Carlier**

Arts-specialist in de cardiologie

Dr. Bernard Carlier heeft na 35 jaar dienst zijn activiteiten in het Sint-Andriesziekenhuis op 30 november 2020 stopgezet wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Dr. Carlier was een van de drijvende krachten die de dienst mee heeft uitgebouwd tot wat hij nu is. De dienst cardiologie ziet dan ook duizenden patiënten per jaar op consultatie waarvan bijna 1000 patiënten per jaar worden gehospitaliseerd of behandeld in het dagziekenhuis. De dienst cardiologie evolueerde dan ook van 2 stafleden tot nu 4 stafleden. We willen Dr. Carlier danken voor zijn jarenlange inzet voor de patiënten van de regio en van het Sint-Andriesziekenhuis. We wensen hem en zijn familie dan ook nog vele gelukkige en gezonde jaren toe nu een periode aanbreekt met nieuwe perspectieven.



# Arthur wijst je graag de weg

De nieuwste medewerker van het Sint-Andriesziekenhuis is een robot. Arthur zal voortaan patiënten ontvangen en begeleiden naar hun bestemming. De meerwaarde zit naast het functionele ook in het ludieke, mensen worden spontaan vrolijk als ze de robot op zich zien afkomen.

De thuisbasis van Arthur is op de eerste verdieping. Wanneer patiënten daar aankomen, ontvangt hij hen en kunnen ze via een touchscreen hun bestemming ingeven door middel van het routenummer. Arthur gidst hen door de gangen tot aan de juiste locatie. Hij is drieluik en spreekt Nederlands, Frans en Engels. Eens aangekomen op bestemming keert hij automatisch terug naar het centrale punt om daar de volgende patiënt te verwelkomen. Gerdy Dezutter,

financieel-administratief directeur: "We hebben de robot tot "leven" gebracht dankzij de kennis en knowhow van Digitopia. Zij hebben de realisatie gedaan rond het vastleggen van de use case en animatie van de robot en dit rekenend houdend met elk detail. Als ziekenhuis willen we inzetten op technologie die patiënten en/of zorgverleners ondersteunt. Arthur zorgt in elk geval voor blijde gezichten. Dergelijke investeringen zijn als ziekenhuis niet evident. Via de Ronde Tafel 109 van Tiel hebben we een bijdrage van 1500 euro ontvangen, waardoor het in huis halen van deze technologie mogelijk werd gemaakt."

## Symposia

### Dr. Peter Lissens

- **Symposium BSW 2020** Centralisatie of pancreatic and esophageal cancer in Belgium: From competition to out of the box collaboration

### Dr. Francesca Dedeurwaerdere

- **'(Fluorescence) in situ hybridization and its applications'**  
Dr. F. Dedeurwaerdere, op Virtual Molecular Pathology Course 2020 for residents in pathology, 21 november 2020.
- **Training PDL1 sp142 borst** – virtuele sessie, 18/5/2020

## Publicaties

### Dr. An-Sofie Decavele

- **Humoral Immune Response to SARS-CoV-2**, Am J Clin Pathol 2020  
Pauline H Herroelen, Geert A Martens, Dieter De Smet, Koen Swaerts, An-Sofie Decavele. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32808976/>

### Dr. Francesca Dedeurwaerdere

- **'shallow whole-genome sequencing of plasma cell-free DNA accurately differentiates small from non-small cell lung carcinoma'**  
L. Raman, M. Van der Linden, K. Van der Eecken, K. Vermaelen, I. Demedts, V. Surmont, U. Himpe, F. Dedeurwaerdere, L. Ferdinande, Y. Lievens, K. Claes, B. Menten and J. Van Dorpe, Genome Medicine (2020) 12:35 <https://doi.org/10.1186/s13073-020-00735-4>
- **Juvenile Papillomatosis in a Young Child: A Case of Infantile Bloody Nipple Discharge** Gilles Tourlaimain MD(1), Koen Quaegebeur MD(2), Francesca Dedeurwaerdere MD(3), Karl Logghe MD(2)  
(1) Department of Pediatrics, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium  
(2) Department of Pediatrics, AZ Delta Roeselare, Roeselare, Belgium  
(3) Department of Pathology, AZ Delta Roeselare, Roeselare, Belgium  
Available online 25 July 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2020.07.009>
- **Immunohistochemistry as a screening tool for NTRK gene fusions: results of a first Belgian ring trial** 2020 Sep 11. doi: 10.1007/s00428-020-02921-6. Online ahead of print. Koen De Winne, Laure Sorber, Suzan Lambin, Vasiliki Sizopoulou, Gabriela Beniuga, Francesca Dedeurwaerdere, Nicky D'Haene, Lionel Habran, Louis Libbrecht, Jacques Van Huisse, Birgit Weynand, Katrin Wouters, Patrick Pauwels, Karen Zwaenepoel. Affiliations expand. PMID: 32915263  
DOI: 10.1007/s00428-020-02921-6

### Dr. Peter Lissens

- **Humoral Immune Response to SARS-CoV-2**, Am J Clin Pathol 2020. Pauline H Herroelen, Geert A Martens, Dieter De Smet, Koen Swaerts, An-Sofie
- **Centralisation of Oesophageal Cancer Services: experiences and outcomes of the first year of implementation at a Belgian Non-Academic Teaching Hospital.** N. Flamey (a)\*, J. Lesaffre(b), H. De Loof (a), P. Lissens (c) and Y. Mandeville (a)  
(a) Abdominal Surgery, AZ Delta, Roeselare, Belgium;  
(b) Abdominal Surgery, AZ Sint Jan, Bruges, Belgium;  
(c) Abdominal Surgery, Sint-Andriesziekenhuis, Tiel, Belgium  
Correspondence: Department of abdominal surgery, Deltalaan 1, 8800 Rumbeke, Belgium. nicolas.flamey@azdelta.be

### Dr. Loran Defruyt

- **The electrocardiogram: the great mimicker** Defruyt L, De Pooter J, Tavernier R. Acta Cardiol. 2020 Jun 10;1-3.
- **The use of point-of-care ultrasound in new-onset dyspnea: an unexpected diagnosis** Özpak E, Defruyt L, Braeckeveldt L, Czaplá J, Vandecasteele E. Acta Clin Belg. 2020 Jul 20;1-4.
- **Malignant cardiac tamponade: safety and efficacy of intrapericardial bleomycin instillation** Defruyt L, Özpak E, Gevaert S, De Buyzere M, Vandecasteele E, De Pauw M, Tromp F. Acta Clin Belg. 2020 Jul 5;1-8.

## Bijscholing

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

|    |    |    |                                                                                        |
|----|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | 01 | 21 | <b>To bleed or not to bleed</b> Dr. Loran Defruyt                                      |
|    |    |    | <b>Kawasakisyndroom/Patelapijn bij jonge mensen</b> Dr. Wim Demey/Dr. Chris Martens    |
| 23 | 03 | 21 | <b>Spoedpediatrie</b> Dr. Toth                                                         |
| 16 | 04 | 21 | <b>Artificiële intelligentie</b> Bonte Stijn                                           |
| 18 | 05 | 21 | <b>Antibioticagebruik en resistentie: problemen en oplossingen</b> Prof. Jeroen Dewulf |
| 15 | 06 | 21 | <b>Palliatieve zorg in tijden van COVID</b> Dr. Gert Huysmans                          |
| 16 | 11 | 21 | <b>Flash avond</b> Nader te bepalen                                                    |
| 07 | 12 | 21 | <b>Intimiteit in het antieke Rome</b> Dr. J. Mattelaer                                 |

# Epidemiologie van de tweede golf voor het Sint-Andriesziekenhuis



**Apr. Biol. Frederik Van Hoecke**  
frederik.van.hoecke@sintandriestielt.be

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

Vooraf aangekondigd, epidemiologisch volstrekt logisch en vanaf augustus/september al te zien in de epidemiologische data: de tweede COVID-19-golf. Toch was de grootte ervan buiten verwachting. Door het uitblijven van drastische maatregelen werd de tweede golf nog hoger dan de eerste en werden de limieten van de intensieve zorg capaciteit bereikt. Voor het Sint-Andriesziekenhuis betekende dit tot 45 covidpatiënten opgenomen op een internistische afdeling én een maximale belasting van de dienst intensieve zorg met 8 zwaar zieke covidpatiënten op hetzelfde moment. (figuur 1) Niet zozeer plaats en beademingstoestellen zijn hierin de begrenzen factor - het operatiekwartier is immers quasi inactief tijdens de piek van de epidemie - maar wel gekwalificeerde verpleegkundigen en artsen. Daarnaast was er de niet-covid-gerelateerde dringende zorg met eveneens intensieve-zorgnood. Ter vergelijking, tijdens de periode met de grootste instroom van patiënten (tussen 19 maart en 26 april) werden 102 covidpatiënten opgenomen in de eerste golf. In eenzelfde tijdspanne (12 oktober tem 19 november) waren dat 135 patiënten in de tweede golf. (figuur 2) Tussen 12 oktober en 21 oktober werd in principe elk geval opgepikt, hetzij met symptomen, hetzij door contact tracing. In deze korte periode werden 24 patiënten opgenomen op 257 gevallen of 9,3% van alle covidgevallen. Tussen 22 oktober en 19 november, toen enkel symptomatische personen werden getest, waren dat 111 opnames op 753 gevallen of 14,7% van de symptomatische gevallen.

Van de opgenomen patiënten in de periode 12/10-19/11 (n=135) zijn 15 patiënten overleden, een kleine 30 zijn nog steeds opgenomen. In totaliteit betekent dit dan een mortaliteit van minstens 1,7% bij symptomatische patiënten. Voor de patiënten die moeten opgenomen worden, is dit minstens 10,5% (in de eerste golf was dit zeer gelijkaardig met 12% nadat alle opnames waren afgerond). De grote meerderheid van de overleden patiënten tot nu toe (n=34) waren ouder dan 75 jaar op 5 patiënten na (56 jaar – 72 jaar). Deze 5 patiënten hadden allemaal een langdurige periode van invasieve beademing op intensieve zorgen van 10 tot >40 dagen.

## Wat brengt de toekomst?

Ons gedrag radicaal en definitief aanpassen is geen optie. Maar het virus zal niet spontaan verdwijnen zolang mensen elkaar ontmoeten en er vatbare personen zijn. Alles hangt dus af van opgebouwde immuniteit, hetzij door natuurlijke infectie, hetzij door vaccinatie. Maar in welke mate zijn beide scenario's beschermend voor een (her)infectie? Voor hoelang ben je dan immuun? Is het opnieuw vatbaar worden voor het virus meetbaar door het verdwijnen van circulerende antistoffen aan te tonen? Kan een mutatie van het virus de opgebouwde immuniteit omzeilen? Is een eventuele re-infectie dan altijd milder of asymptomatisch?

Al deze vragen worden druk bestudeerd maar blijven nog grotendeels onbeantwoord. Voornamelijk onderzoek naar re-infecties kun-

nen antwoorden bieden. In het ideale onderzoek worden grote groepen opgevolgd, liefst mensen met geregelde virusblootstelling dus een ideale groep zijn gezondheidswerkers. Toch is dit minder evident dan het lijkt omdat niet enkel een initiële besmetting moet vastgesteld worden maar ook de immuunrespons (humoraal én cellulair) en het verloop daarvan over tijd. En dan moet op geregelde tijdstippen gezocht worden naar een re-infectie. Daarnaast moet het virale genoom van het oorspronkelijke virus én van het re-infectie virus geanalyseerd worden om aan te tonen dat een eventuele re-infectie met eenzelfde of met een andere stam kon gebeuren. Dergelijk grootschalig onderzoek is tot nu toe nog niet gebeurd. Een recente interessante studie (Dan et al.) toonde aan dat circulerende IgG-antistoffen een gemiddelde halfwaardetijd hebben tussen 67 dagen (anti-nucleocapside IgG) tot 140 dagen (anti-spike IgG) maar een grote variatie tussen personen kent. Men zag wel een toename van het aantal circulerende memory B-cellen 6 maanden na de infectie tegenover na 1 maand wat absoluut hoopgevend is. Cellulaire immuniteit (CD4 en CD8 T-lymfocyten) halveerde gemiddeld elke 3 tot 5 maanden.

Er zijn wel degelijk al re-infecties aangetoond maar deze zijn bijna altijd gevonden naar aanleiding van het ontstaan van (nieuwe) symptomen. Sommige re-infecties die zo opgepikt werden, toonden een ernstiger verloop van ziekte tijdens de re-infectie. Hier schuilt een belangrijke bias in. Een asymptomatische of uiterst milde re-infectie wordt niet gevonden omdat er niet naar wordt gezocht. Verder weten we ook niet zeker of er wel een adequate immuunrespons was na de eerste infectie bij deze personen. In enkele gevallen werd al aangetoond dat de herinfectie-stam op een aantal plaatsen gemuteerd was ten opzichte van de oorspronkelijk infecterende stam. Dit is evenwel geen bewijs dat dergelijke mutaties ook daadwerkelijk verantwoordelijk zijn voor het omzeilen van de vooraf bestaande immuniteit (immune evasion). Evenmin bewijst dit dat een vaccin helemaal nutteloos zou zijn tegen een gemuteerde stam.

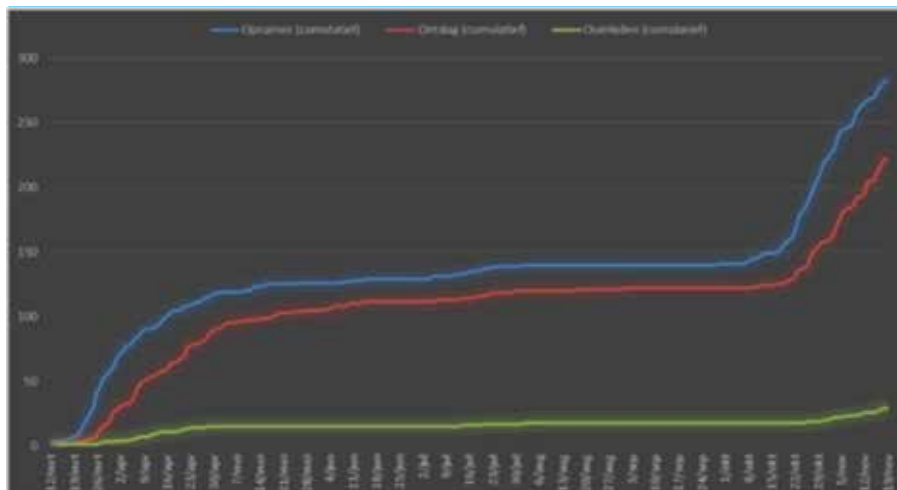
Onze eigen data tonen tot nu 1562 bewezen geïnfecteerde personen. In geen enkel geval was er een overtuigend geval van re-infectie.

**Tabel 1: Cijfers aantal COVID gevallen.**

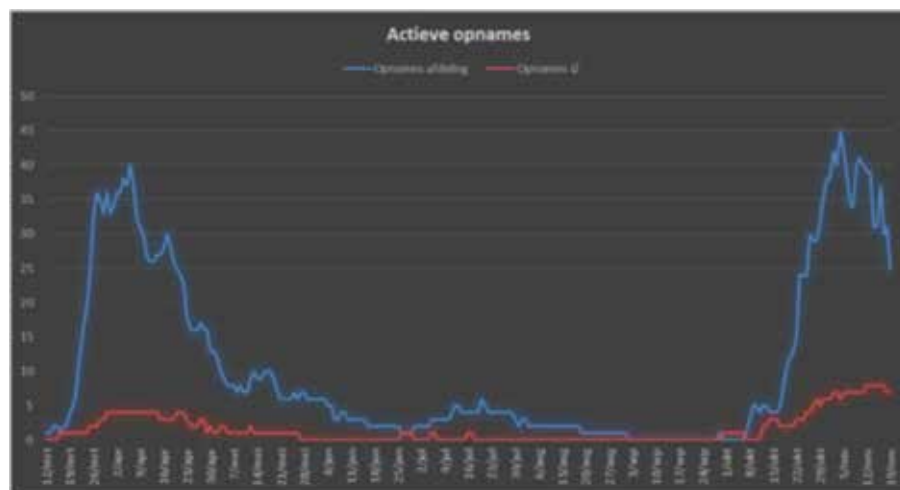
|                    | 19/3 - 26/4 | 12/10 - 21/10 | 22/10 - 19/11 | 12/10 - 19/11 |
|--------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| opnames            | 102         | 24 (9,3%)     | 111 (14,7%)   | 135           |
| ambulant           | nvt*        | 233           | 642           | 875           |
| totaal             |             | 257           | 753           | 1010          |
| overleden          | 12          | 2             | 13            | 15            |
| mortaliteit opname | 11,7%       |               |               | >10,5%        |

\*tijdens de eerste golf werd slechts heel beperkt getest in ambulante setting.





Figuur 2: Cumulatieve incidentie van nieuwe opnames, ontslagen en overlijdens van covidpatiënten



Figuur 1: Aantal opgenomen covidpatiënten op een internistische afdeling en op intensieve zorg.

Dit doet toch vermoeden dat het concept van de klinische dus symptomatische re-infectie, zij het bekeken in een beperkt tijdsverloop van maximaal 8 maanden (tussen maart en november), eerder uitzonderlijk is en strookt met het immuniteitsonderzoek van Dan et al. Onder-

zoeken met andere coronavirussen leren ons echter wel dat re-infecties door coronavirussen na 1 jaar perfect mogelijk worden. Men mag dus aannemen dat re-infecties frequenter zullen worden. Uiteindelijk hebben we weinig keuze. Als we het normale leven terug willen

opkrikken dan moeten we vertrouwen op vaccinatie bij een voldoende groot deel van de bevolking. In welke mate boostervaccinatie nodig zal zijn, is af te wachten maar aannemelijk. Eens te meer blijkt vaccinatie een van de grootste menselijke uitvindingen te zijn.

Bronnen:

Iwasaki. *Lancet Infect Dis* 2020. Tomassini et al. *J Infect Dis* 2020. Overbaugh. *Infect Dis* 2020. Kirkcaldy et al. *JAMA* 2020. Dan et al. *bioRxiv preprint*. <https://doi.org/10.1101/2020.11.15.383323>

### Opvolgtool COVID-19

- ✓ In samenwerking met Philips en met de financiële ondersteuning van Novartis werd de COVID-19-opvolgtool ontwikkeld. Het heeft als doelstelling ambulante covidpatiënten thuis op te volgen en hen advies te geven.
- ✓ Aan bevestigde covidpatiënten die het wensen, wordt via e-mail een dagelijkse vragenlijst (gedurende 1 week) bezorgd. Als op een of meerdere vragen een verontrustend antwoord wordt gegeven, zal na het beantwoorden van de vragenlijst geadviseerd worden om contact op te nemen met de huisarts.
- ✓ Ook uw covidpatiënten kunnen een vragenlijst ontvangen, als ze dit wensen. We vragen hiervoor om naam, geboortedatum en e-mailadres te sturen naar [interne@sintandriestiel.be](mailto:interne@sintandriestiel.be) met als onderwerp "vragenlijst corona". De tool is beschikbaar sinds de 2de golf.

## Eerstelijns symposium geriatrie "Meten is weten"

Donderdag 15 oktober 2020 vond het eerstelijns symposium geriatrie plaats onder leiding van geriater dr. Julien Dekoninck. Ruim 30 huisartsen zakten af naar het Sint-Andriesziekenhuis voor deze boeiende avond waarop onder meer volgende zaken aan bod kwamen:

### • Multidisciplinaire aanpak als troef

De bijdrage van iedere discipline in de verschillende aspecten van het zorgprogramma werden belicht.

### • Inzicht in scores en de doelstelling ervan

Er werd een leidraad/legende meegegeven zodat de inhoud van de ontslagbrief duidelijker wordt.

### • Toelichting functioneringsschalen

Iedere discipline zette zijn/haar eigen assessments uiteen.

### Reactie deelnemer dr. Ward Vandewalle, psychiater

"Een zeer geanimeerde avond waarbij we een interessante blik hebben kunnen werpen op de werking van de dienst geriatrie in al zijn facetten. De fijne afwisseling door de verschillende modules hield de aandacht scherp. Het enthousiasme van de sprekers kon ons laten zien dat ze gebloeid zijn door hun vak en een enorme zorg dragen voor hun patiënten. Van het zelf kunnen proeven van dieetpudding tot het beoordelen van een kloktest... de aanpak werkte aanstekelijk en maakte het concept zeer geslaagd."

**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.

