

Cardiovasculair, we gaan voor een optimale flow

Wondzorg: laagdrempelig en kwalitatief

Anatoompathologie over de ziekenhuizen heen



2	Edito Dr. Marc Vuylsteke
3	Cardiologie
5	Hartrevalidatie
6	Cardio-oncologie
7	Hartfalen
8	Kritische lidmaat ischemie
10	Lymfepathologie in 2021
12	Binnenkort in de steigers: spoed
13	Binnenkort in de steigers: huisartsenwachpost
14	Dienst in de kijker: anatoompathologie
15	Dienst in de kijker: wondzorgteam
15	Artsen-specialisten Sint-Andries in Aalter
16	Sint-Andries nieuws
17	Artsenkorps
19	Publicaties en bijscholingen
20	Symposia

COLOFON

Hoofredacteur

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

Redactieraad

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

Dr. Daphné Van den Bussche
Dr. Françoise Desimpel
Dr. Philippe Vanderheeren
Dr. Jan Bresseleers
Dr. Loran Defruyt
Dr. Francesca Dedeurwaerder

Vormgeving

KIXX - www.kixx-concept.be

Drukkerij

Papyrus - www.papyrusweb.be

Sponsors

EDITO

Een jaar is weer voorbij, alweer een covid-jaar ...

Beste allen,

Een jaar is weer voorbij, alweer een covid-jaar ... En waar we vorig jaar nog dachten alle uitersten bereikt te hebben, bleek er opnieuw toch nog een tandje bij te kunnen. Want niet alleen in de ontwikkeling van het vaccin werden alle records verbroken, ook de organisatie van de vaccinatiecampagne, zowel lokaal als nationaal, verliep van een bijzonder glad leien dakje. Hiervoor een dank aan de trekkers en alle medewerkers van de vaccinatiecentra: vrijwilligers, verpleging, al dan niet gepensioneerde artsen. Teamwerk heeft bergen verzet! Hierdoor hebben we weer even een glimp kunnen opvangen van een normale samenleving, en dat smaakt naar meer. We kunnen alleen maar hopen dat de vierde golf snel ingedijkt zal worden. Want covid blijkt ook indirect slachtoffers te maken door uitgestelde zorg en post-covid-problemen.

Maar om hier een Infosat mee te vullen is het nog wat vroeg en eigenlijk hopen we natuurlijk dat dit nooit aan de orde zal zijn. Tot die tijd laten we dan ook aan bod komen waar we wel al sterk in zijn: de behandeling van cardiovasculaire aandoeningen. Deze zijn nog steeds doodsoorzaak nummer 1 in ons land. Met het ouder worden van de bevolking, de toenemende obesitas en diabetes met alle gevolgen van dien, zal dit voorlopig wel zo blijven, ondanks alle goede zorgen.

Goede zorgen zijn er zeker. Zoals in de rest van deze Infosat duidelijk beschreven staat, zijn de behandelingen van cardiovasculaire aandoeningen sterk geëvolueerd. De technologie staat niet stil, ook niet in het Sint-Andriesziekenhuis waar we blijven investeren in nieuwe collega's en materialen die ons in staat stellen onze patiënten state-of-the-art te behandelen.

Verder wil ik jullie allen graag van harte prettige eindejaarsfeesten en een gezond 2022 toewensen.

Veel leesplezier!

Mede namens de redactieraad,

Dr. Marc Vuylsteke



Cardiologie : over uitdagingen en opportuniteiten



Dr. Françoise Desimpel, cardioloog
Francine.desimpel@sintandriestielt.be

Dr. Desimpel is gespecialiseerd in hart- en vaatziekten en werkt in associatie met dr. Vanderheeren, dr. Defruyt en dr. Bresseleers

Door de vergrijzing van de bevolking en de constante ontwikkelingen op zowel medisch als niet medisch vlak, staan verschillende sectoren voor enkele serieuze uitdagingen. Uitdagingen die wij, als cardiologen van het Sint-Andriesziekenhuis, zien als opportuniteiten. Daarom zijn wij ook als team in actie gekomen.

Onder het motto "kordaat, efficiënt en kwalitatief handelen" hebben we een grondige reorganisatie van de dienst doorgevoerd waarbij er naast het verstevigen van de basiszorg, ook aandacht wordt besteed aan subspecialisatie om de meest passende zorg aan onze patiënt te kunnen aanbieden. De coronacrisis heeft ons ook geleerd om snel en efficiënt te schakelen. In 2020 werd uitgebreid met een vierde collega en per 1 januari start Margot De Coster als vijfde cardioloog.

De reorganisatie zorgde ervoor dat op weekbasis volgens beurtrol steeds dezelfde cardioloog verantwoordelijk is voor alle opgenomen patiënten en alle acute problemen. Er is een apart telefoonnummer voorzien waarop deze cardioloog bereikbaar is voor direct advies, in die zin dat dit nummer gecreëerd is voor andere zorgverstrekkers zoals de huisartsen, de collega-specialisten en alle paramedici. Voor de opgenomen patiënt betekent dit echter wel dat hij niet steeds zijn eigen cardioloog aan bed zal zien tijdens de opname. Dit is weliswaar nodig, zoals reeds in veel ziekenhuizen het geval is, om de continuïteit van onze kwalitatieve



V.l.n.r. dr. Bresseleers, dr. Vanderheeren, dr. Desimpel, dr. Defruyt

zorg te kunnen garanderen. Wij streven nog steeds naar een optimale patiënt-arts-relatie, maar geloven ook dat we de patiënt betere zorg kunnen bieden als team cardiologen dan als individuele cardioloog. We wensen dit waar te maken door dagelijks te overleggen en onze ervaring en deskundigheid uit te wisselen en het resultaat hiervan aan te bieden via de best passende zorg voor elke individuele patiënt.

Polikliniek Aalter

Vanuit de vraag, interesse en stimulans van patiënten om onze zorg ook aan te bieden buiten het ziekenhuis als structuur op zich, hebben we

"Ons doel: meer zorg op maat kunnen bieden voor patiënten die in en rondom Aalter wonen"

als team van cardiologen een polikliniek uitgebouwd in Aalter. Zo ontstond het Hartcentrum Aalter in de Lindestraat 20. Wij betrachten aldus dat we meer zorg op maat kunnen bieden voor patiënten die dichterbij Aalter wonen. Zoals in het ziekenhuis werken we ook daar op verwijzing van de huisartsen. In het Hartcentrum Aalter kan je bij elk van de cardiologen terecht voor een algemeen cardiaal nazicht. Het centrum is perfect uitgerust met een echocardi Dopplertoestel om beelden te maken van het hart, een electrocardiogram om een hartfilm te maken en een fiets om een fietsbelastingstest uit te voeren. Er is ook ge-



Het hartcentrum in de Lindestraat 20 te Aalter

kozen voor een verfijnd ritmecontrolesysteem, waarbij een klein apparaatje tot zelfs 7 dagen op het lichaam kan worden aangebracht om ritmestoornissen te kunnen vaststellen. Dit biedt een grote meerwaarde ten opzichte van de klassieke holter welke maar 24u het ritme registreert. Het gebeurt immers vaak dat we de ritmeproblemen van de patiënten pas kunnen detecteren via een zevendaagse opname, die we niet konden vastleggen in de 24u-monitoring. De afspraken kunnen in het Hartcentrum nu al online worden gemaakt, zowel door de patiënt als door de dokter. Dit zal in de nabije toekomst ook mogelijk worden voor afspraken in het ziekenhuis. Voor hen die de digitale weg nog niet hebben gevonden wordt er ook telefonische permanentie voorzien, waarbij af-

spraken kunnen worden gemaakt voor zowel Tielts als Aalter op hetzelfde nummer.

Elke cardioloog zijn specialisatie

Alle cardiologen in ons team zijn algemene cardiologen, maar zetten ook in op verdere subspecialisatie. Zo neemt collega dr. Bresseleers de taak voor het uitbouwen van de hartfalenkliniek op zich, collega dr. Defruyt heeft zich verder bekwaamd in de onco-cardiologie en collega dr. Vanderheeren staat in voor de hartrevalidatie en dr. Desimpel voor de electieve interventionele coronaire procedures. Dr. Margot De Coster heeft een bijkomende opleiding niet-invasieve medische cardiale beeldvorming genoten. Dit omvat stressecho, NMR hart, CT

coronaro waarbij op bijkomende wijze vernauwingen van de kransslagaders kunnen worden opgespoord of waarbij de leefbaarheid van een hartspeer na een infarct of ontsteking beter kan worden beoordeeld. Veelal werken we hier samen met de collega's-radiologen of -isotopisten. Deze bijkomende bekwaamheden zorgen voor meer een kwaliteitsvolle benadering van de patiënt. Wekelijks zijn er overlegmomenten onder de cardiologen waarbij aan kruisbestuiving wordt gedaan van de opgedane kennis. Zo worden specifieke casussen in groep besproken om zo de best mogelijke behandeling te kunnen voorstellen. Waar nodig wordt ook steeds extramuraal overlegd en wordt ook doorverwezen opdat elke patiënt de meest passende zorg kan worden geboden.



Bureel cardiologie



Fietslokaal cardiologie

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

WE CARE FOR EVERY HEARTBEAT.

Hartrevalidatie: waar staan we op vandaag?



Dr. Philippe Vanderheeren, cardioloog
Philippe.vanderheeren@sintandriestielt.be

Dr. Philippe Vanderheeren is cardioloog met als subspecialisatie cardiale revalidatie. Hij werkt in associatie met dr. Françoise Desimpel, dr. Loran Defruyt en dr. Jan Bresseleers.

Sinds januari 2017 krijgen patiënten uit het Sint-Andriesziekenhuis die een hartinfarct, coronaire stenting, hartfalen of hartchirurgie doormaakten, de kans om een hartrevalidatieprogramma te volgen. Dit betekent een grote stap voorwaarts in de verdere behandeling en preventie van specifieke hartaandoeningen. Het hartrevalidatieteam is een multidisciplinair team bestaande uit een erkend cardiorevalidatiearts, kinesisten, een psycholoog, een sociaal medewerkster en diëtisten.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten die een hartrevalidatieprogramma doorlopen een verbeterde inspanningscapaciteit, en dus betere levenskwaliteit verkrijgen. Daarnaast is er een gedaald risico op nieuwe hartinfarcten, minder kans op een nieuwe hospitalisatie voor hartfalen, en zelfs een betere overleving.

Sensibilisering werkt

Sinds de erkenning van het hartrevalidatiecentrum Sint-Andries in 2017 werden tot op heden meer dan 450 patiënten geïncubeerd. Er is een duidelijke positieve feedback van de patiënten naar algemeen welbevinden, conditie en kwaliteit van leven. Ondanks het feit dat de participatiegraad over het algemeen laag blijkt (15-50% in de studies), kent het Sint-Andriesziekenhuis een duidelijk beter resultaat met een participatie van 80% in 2019, en - ondanks de coronapandemie - 57% in 2020. Deze mooie inclusiecijfers zijn te danken aan sensibilisering van behandelende artsen en verpleging, het uitwerken van een stand protocol bij indicatie, gebruik van checklijsten, en herhaaldelijke motivering van de patiënt door de verschillende subdisciplines. Hartrevalidatie is meer dan fysiek herstel door middel van kinesithérapie. Het is een continue en multidisciplinaire connectie tussen de zorgverstrekkers en de patiënt waarbij ziekte-inzicht centraal komt te staan. Na de ambulante fase die tot 6 maanden duurt, is het immers aan de patiënt om deze nieuwe levensstijl voort te zetten om verder de vruchten te blijven plukken van zijn of haar hartrevalidatieprogramma.

In de pipeline: telerevalidatie

Autonomie en verantwoordelijkheid van patiënten behoren tot de moeilijkste uitdagingen binnen het programma. Het hartrevalidatieteam blijft zich verder inzetten om hartpatiënten te motiveren naar een betere en gezondere le-



Team cardiale revalidatie

	2019				2020*				2021			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Aantal patiënten die cardiale revalidatie weigeren	8	8	9	6	5	21	21	8	9	5	14	
Aantal patiënten die cardiale revalidatie starten	25	39	33	26	23	15	11	20	31	35	26	
Aantal patiënten die recht hebben op cardiale revalidatie met terugbetaling	33	47	42	32	28	36	32	28	40	40	40	
% Q	75,8	83,0	78,6	81,3	82,1	41,7	34,4	71,4	77,5	87,5	65,0	
% Y				79,9				55,6				

*2020 Minder inclusies omwille van de strikte regelgeving tijdens de coronapandemie

vensstijl. Individuele betrokkenheid, programma's op maat en zelfmonitoring kunnen hierbij helpen. Telerevalidatie (revalidatie op afstand) zal ook hier een grote rol gaan spelen. Het hartrevalidatiecentrum Sint-Andries, gecoördi-

neerd door dr. Vanderheeren, zal deze evolutie verder volgen, en de nieuwe technologieën implementeren van zodra deze gevalideerd en toepasbaar zijn.

Doelstellingen

Herstel en het behoud van een optimale mentale, fysieke, sociale professionele functie

Fysieke training

Risico Aanpakken

Stress Management

Educatie

Autonomie en verantwoordelijkheid bij de patiënt

Een introductie in de cardio-oncologie



Dr. Loran Defruyt, cardioloog
Loran.defruyt@sintandriestielt.be

Dr. Defruyt is gespecialiseerd in cardiale revalidatie en echocardiografie. Hij werkt in associatie met dr. Vanderheeren, dr. Desimpel en dr. Bresseleers.

De voorbije decennia is kankersterfte drastisch gedaald, waardoor kanker vaak een chronische ziekte is geworden. Dit is zowel het resultaat van vroegtijdige opsporingscampagnes als van aanzienlijke therapeutische innovaties. Tegelijkertijd ontstaat er een ander soort gezondheidsrisico: patiënten ervaren helaas ook meer behandelingsgerelateerde gezondheidsproblemen, met name cardiovasculaire aandoeningen die verband houden met kanker of de behandeling ervan.

Kanker en cardiovasculaire aandoeningen hebben gemeenschappelijke risicofactoren (zoals roken, diabetes, obesitas, hyperlipidemie, ...) waardoor beiden samen kunnen voorkomen (zie figuur). Het gebruik van krachtige chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie als ook nieuwere targeted therapies stelt patiënten bloot aan cardiovasculaire bijwerkingen (= cardiotoxiciteit), waarvan het mechanisme tot voor kort vaak onvolledig begrepen was. Het bekendste neveneffect is de linkerventrikeldysfunctie bij het gebruik van anthracyclines en HER2-inhibitoren, vooral aangewend in de setting van hematologische aandoeningen en borstkanker, doch elke cardiale aandoening

(myocardinfarct, myocarditis, kleplijden, pulmonale hypertensie, ...) kan zich presenteren als neveneffect van een kankerbehandeling. Daarnaast bestaan er overigens gegevens dat patiënten na een myocardinfarct of met hartfalen vatbaarder zijn voor het ontwikkelen van kanker.

"Cardio-oncologie biedt een antwoord op de nood aan geïntegreerde zorg voor cardiovasculaire verwickelingen bij kankerbehandelingen"

Cardioloog niet langer aan de zijlijn

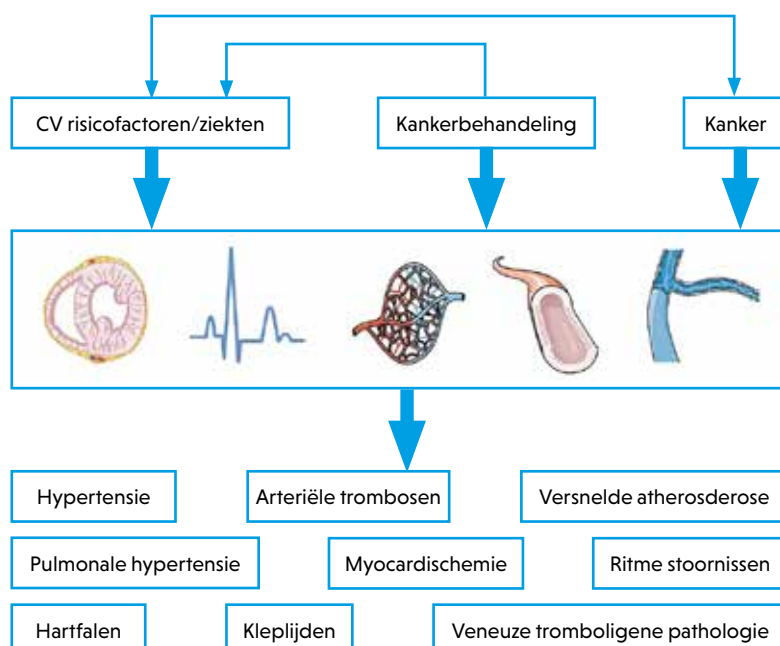
Gezien de aanwezigheid van gemeenschappelijke risicofactoren, de vergrijzing van de maatschappij en de medische vooruitgang, worden dus steeds meer mensen geconfronteerd met de combinatie van oncologische en cardiologische problemen. Acute cardiotoxiciteit heeft overigens een invloed op de kankerbehandeling en chronische cardiotoxiciteit beïnvloedt

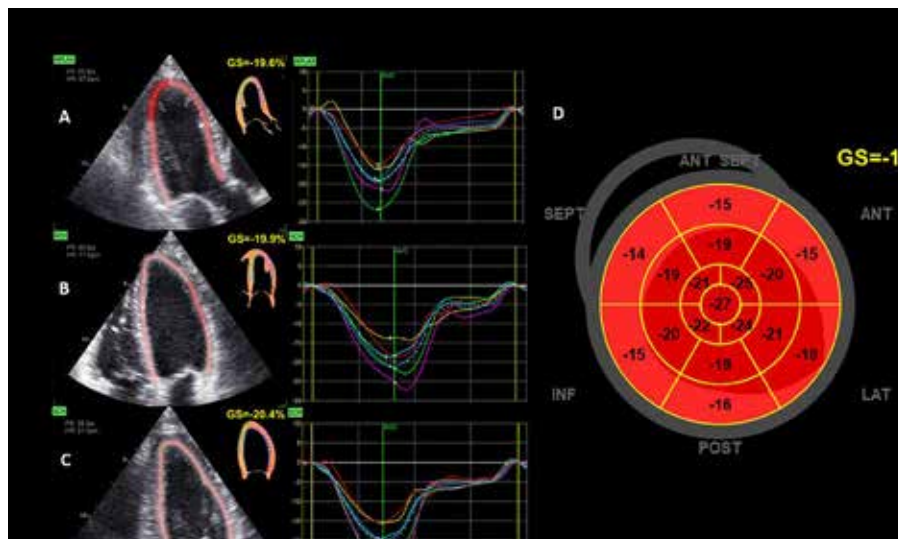
de overleving nadien. Tot voor kort stond de cardioloog aan de zijlijn van het oncologische behandelingstraject maar de recente inzichten hebben geleid tot toegenomen interesse van nationale en internationale organisaties voor het domein van de cardio-oncologie.

De ontwikkeling van deze nieuw subspecialiteit streeft ernaar om patiënten vóór, tijdens en na hun kankerbehandeling adequaat voor te bereiden, te begeleiden en prompt te behandelen. Er gaat veel aandacht uit naar de preventie van cardiotoxiciteit, adequate risicostratificatie met betrekking tot opvolgingsfrequentie alsook efficiënte medicamenteuze therapie. Een nauwe samenwerking tussen oncologen/hematologen en cardiologen is daarbij van essentieel belang. Op die manier biedt cardio-oncologie een antwoord op de nood aan geïntegreerde zorg voor cardiovasculaire verwickelingen bij kankerbehandelingen, wat ongetwijfeld de prognose van kankerpatiënten verder zal verbeteren.

Cardiale beeldvorming: echocardiografie

Van primordiaal belang in de cardiale opvolging van kankerpatiënten is de cardiale beeldvorming. Het laatste decennium kende de transthoracale echocardiografie niet alleen een significante verbetering op vlak van resolutie maar ook een belangrijke vooruitgang van de mogelijkheden met dit onderzoek. Zo is het tegenwoordig mogelijk om de pompfunctie en volumes van het hart te kwantificeren via 3D-technieken en kan cardiotoxiciteit al in een vroeg stadium worden opgespoord door analyse van de longitudinale hartvezels, de zogenaamde global longitudinal strain (zie foto). Daarnaast kan een beroep worden gedaan op andere beeldvormingsmodaliteiten, zoals bijvoorbeeld een radionuclidenventriculografie via de dienst nucleaire geneeskunde als CT hart, MRI hart, ... via de dienst medische beeldvorming.





De cardio-oncologie staat in zijn kinderschoenen maar zal in de toekomst uitgroeien tot een essentieel onderdeel binnen de cardiologie. In het Sint-Andriesziekenhuis zal dr. Loran Defruyt, in samenwerking met de dienst oncologie, de uitbouw van dit domein coördineren. In 2021 deed hij hiervoor ervaring op onder vorm van een postgraduaat diploma in cardio-oncologie aan de Sorbonne Université in Parijs, Frankrijk. Met de opmaak van een zorgpad streven we ernaar vanaf het voorjaar van 2022 nog meer gespecialiseerde zorg te kunnen bieden aan de kankerpatiënten in het Sint-Andriesziekenhuis.

Hartfalen



Dr. Jan Bresseleers, cardioloog
Jan.bresseleers@sintandriestielt.be

Dr. Bresseleers is cardioloog met als subspecialisatie hartfalen.
Hij werkt in associatie met dr. Desimpel, dr. Vanderheeren en dr. Defruyt

Hartfalen is een veelvoorkomende aandoening in onze samenleving. Zo zal meer dan 10% van de mensen er in de loop van hun leven mee te maken krijgen. Bij hartfalen is ofwel de pompkracht van het hart verminderd waardoor het moeite heeft om voldoende bloed rondgepompt te krijgen (hartfalen met gereduceerde ejectiefraction – HFREF) om het lichaam van voldoende zuurstof en andere voedingsstoffen te voorzien, ofwel kan het hart onvoldoende bloed aanzuigen (hartfalen met bewaarde ejectiefraction – HFpEF).

Beide condities kunnen er voor zorgen dat er te weinig bloed wordt rondgepompt. Daardoor kan vocht opstapeling ter hoogte van de longen of in de benen ontstaan, voeten kunnen zwellen en kortademigheid kan voorkomen.

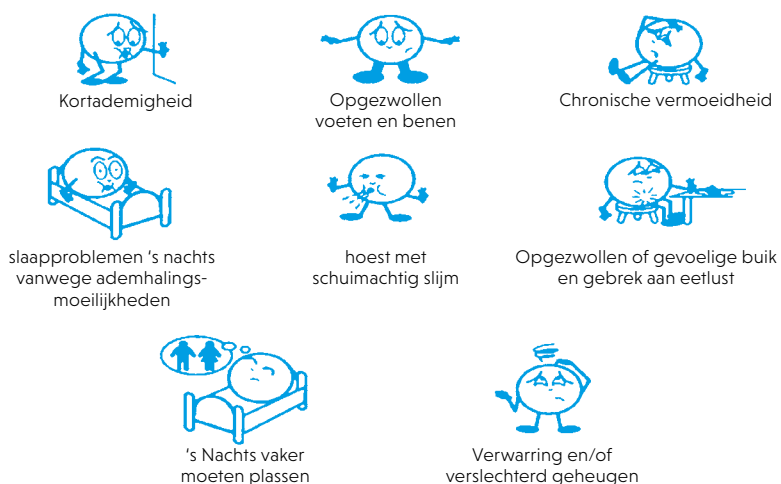
Diverse oorzaken

De oorzaken van hartfalen, waardoor de hartspeer verzwakt of onvoldoende bloed kan aanzuigen, zijn zeer divers. Zuurstoftekort ter hoogte van de

hartspeer, een slechte werking van de hartkleppen, ontstekingen van de hartspeer, hartritme stoornissen en dergelijke, kunnen aan de basis liggen. In de westerse wereld zijn vernauwingen ter hoogte van de kransslagaders, waardoor er zuurstoftekort ter hoogte van de hartspeer ontstaat, de meest frequente oorzaak. De diagnose van hartfalen begint met het klinisch onderzoek op basis van de klachten van de patiënt waarbij tekenen van vocht opstapeling worden opgespoord. Bij vermoeden van hartfalen zal een echocardiografie gebeuren waarbij zowel de structuur als de werking van het hart geëvalueerd wordt. Hieruit zal blijken of hartfalen wordt bevestigd of het hart toch normaal functioneert en een andere oorzaak van de klachten gezocht dient te worden.

Bij hartfalen zal medicatie gestart worden en zullen verdere onderzoeken gepland worden (bv. een coronarografie). Lange tijd bestond de medicatie uit enerzijds diuretica om het overtollige vocht uit het lichaam te verwijderen en anderzijds drie soorten medicatie om de hartspeer te versterken (ACE-inhibitoren/Entresto, bètablokkers en spironolactone). Sinds dit jaar is er na lange tijd een nieuwe klasse van medicatie bijgekomen: de SGLT-2 inhibitoren. Oorspronkelijk is deze klasse van medicatie ontwikkeld voor diabetes, maar uit vervolgstudies is gebleken dat deze medicatie een gunstig effect heeft bij hartfalen en nierlijden. In de komende jaren zullen SGLT-2 inhibitoren steeds meer een hoeksteen in de behandeling van hartfalen worden.

SIGNALEN VAN VERSLECHTERING

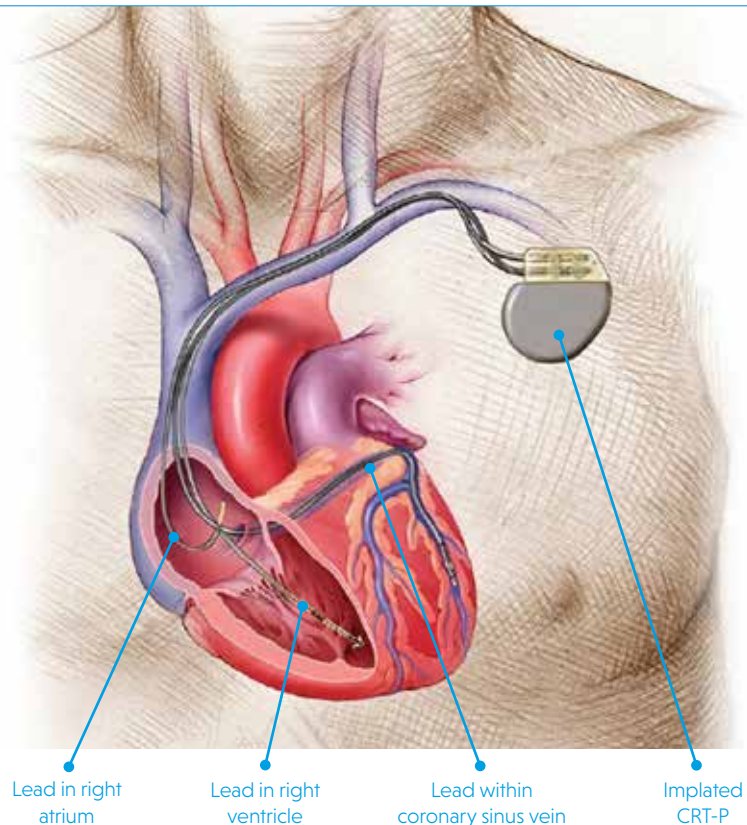


Tekenen van ontstaan of erger worden van hartfalen (bron: <https://www.isala.nl/patientenfolders>)

Medicatie en defibrillator

Naast medicatie is er ook een steeds groter wordende groep van patiënten die een defibrillator geïmplantéerd krijgt zodat bij hartritmestoornissen een shock kan worden toegediend. Een CRT-implantatie (cardiac resynchronisation therapy) kan patiënten met hartfalen en een linkerbundeltakblok helpen om de hartspeerwerking te verbeteren.

De afdeling cardiologie van het Sint-Andries-ziekenhuis probeert, gezien de grote aantallen mensen die te maken krijgen met hartfalen, extra aandacht te hebben voor de hartfalenpatiënt. Daarom is een gestroomlijnd hartfalenbeleid, zowel voor patiënten in het ziekenhuis als in de ambulante opvolging, uitgewerkt. Er zijn specifiek raadplegingen voorzien voor hartfalenpatiënten bij dr. Jan Bresseleers om snelle follow-up na hospitalisatie mogelijk te maken. Ook wordt ingezet op een zo optimaal mogelijke werking van de CRT-implantaten. Dr. Jan Bresseleers en dr. Loran Defruyt zullen de werking van de CRT in de maanden na implantatie met behulp van echocardiografie evalueren en optimaliseren, iets wat veel tijd kost maar op termijn een belangrijke winst betekent voor onze patiënten.



Wat bij kritische lidmaat ischemie?



Dr. Marc Vuylsteke, vaatchirurg
Marc.vuylsteke@sintandriestiel.be

Dr. Vuylsteke is vaatchirurg, arterieel en veneus, met als subspecialisatie de 'diepe veneuze pathologie'. Hij werkt in associatie met dr. Daphné Van den Bussche.

Perifeer arterieel lijden (PAD-peripheral arterial disease) in de onderste ledematen is een frequente aandoening (meer dan 200 miljoen patiënten wereldwijd) waarbij de arteriële circulatie van een lidmaat verminderd is ten gevolge van atherosclerotische occlusieve aantasting van de betrokken slagaders. Deze aandoening is een belangrijk invaliderend ziekteproces dat kan eindigen in het amputeren van het lidmaat (chronische evolutie in tegenstelling met de acute ischemie). Het presenteert zich initieel als beperkte claudicatio maar evolueert naar sterk invaliderende claudicatio en pijn. Indien de patiënt rustpijn heeft, al dan niet gecombineerd met wonden aan de voet, spreken we van 'kritische lidmaat ischemie' (KLI) (fig. 1). Dit moeten we dus zien als een eindstadium van PAD en het gaat gepaard met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Onafhankelijke risicofactoren die de evolutie beïnvloeden zijn roken, diabetes, hoge leeftijd en chronische nierinsufficiëntie. KLI komt voor bij ongeveer 1% van de volwassen

bevolking en bij 10% van de PAD-patiënten. Tussen de 5 à 10% van de patiënten met PAD zal evolueren naar KLI over een periode van 5 jaar.¹

Atherosclerose beperkt zich niet tot één plaats in het lichaam. Zo zien we dat bij patiënten met PAD en KLI in 60% ook coronair lijden wordt vastgesteld op angiografie en 25% hebben een significante arteria carotis stenose. Bij patiënten met PAD wordt er een jaarlijkse incidentie van CVA en/of myocardinfarct van 5 à 7% vastgesteld. Bij KLI patiënten wordt er 40% mortaliteit over een periode van twee jaar beschreven. Hoge leeftijd en diabetes zijn de twee grootste negatieve risicofactoren.² De diagnose is gemakkelijk te stellen na anamnese en klinisch onderzoek. Uiteraard vinden we afwezigheid van perifere pulsaties gecombineerd met rustpijn dat beter wordt met het afhangen van het been. De capillaire refill is vertraagd en het betrokken lidmaat heeft een roze ischemisch kleur. Al dan niet zijn er pijnlijke niet helende

(necrotische?) wonden aan de voet. Verdere diagnose gebeurt door het meten van de enkel/arm index, duplex van de arteries en finaal door angiografie (angio-CT of MR-Angio).

Naast het corrigeren van de onderliggende risicofactoren (rookstop, regelen diabetes en hypertensie, opstarten statine en plaatjes-aggregatieremmer ...) is de belangrijkste behandeling het herstellen van de perifere arteriële circulatie. Hier heeft er de laatste tien à twintig jaar een grote (r) evolutie plaatsgevonden, dit van het verrichten van de klassieke bypass operaties naar steeds meer minimaal invasieve behandelingen. Minimaal invasieve technieken hebben het voordeel een sneller herstel te geven, kortere ziekenhuisopnames, minder littekens en infectieuze complicaties. Het nadeel is wel dat er soms re-occlusies kunnen optreden en dit gemiddeld wel iets frequenter in vergelijking met de klassieke bypass chirurgie. Daar tegenover staat dat de behandeling meestal wel gemakkelijk te herhalen is.

Bij de minimaal invasieve technieken wordt er percutaan gewerkt en worden de occlusies eerst met een voerdraad gepasseerd, om dan vervolgens de circulatie te herstellen door het dilateren (fig. 3) van de occlusie of door het al dan niet plaatsen van een stent (fig. 5). De ma-



Fig 1. Kritische lidmaat ischemie met necrose grote teen

terialen hiervoor gebruikt zijn de laatste jaren veel verbeterd en geëvolueerd. We hebben fijnere en minder kwetsende voerdraden, betere ballonnen en een groot gamma aan allerlei stents. Bij sterk verkalkte letsels kan er gebruik gemaakt worden van het atherectomie toestel (fig. 2). Hierbij wordt er een tunnel geboord doorheen de verkalkte wand, om nadien balloncatheters doorheen de stenose te kunnen opvoeren. Op vandaag zijn er ook meerdere technieken beschikbaar die de reocclusie van een behandeld bloedvat voorkomen. Het meest bekende is het gebruik van 'drug-eluting balloons/stents' (fig. 4). Hierbij worden er ballonnen gebruikt die medicatie (paclitaxel) afgeven in de vaatwand bij de dilatatatie. De bedoeling hiervan is om restenose ten gevolge van intima hyperplasie te voorkomen. Deze medicatie verhindert de celproliferatie in de vaatwand, die normaal ontstaat na

een ballondilatatie (littekenvorming in de vaatwand die op zich weer een stenose/occlusie veroorzaakt). Andere methoden zijn het gebruik van beklede stents, cryotherapie, brachytherapie ... Een mogelijke nieuwe methode zou het gebruik zijn van PDT (fotodynamische

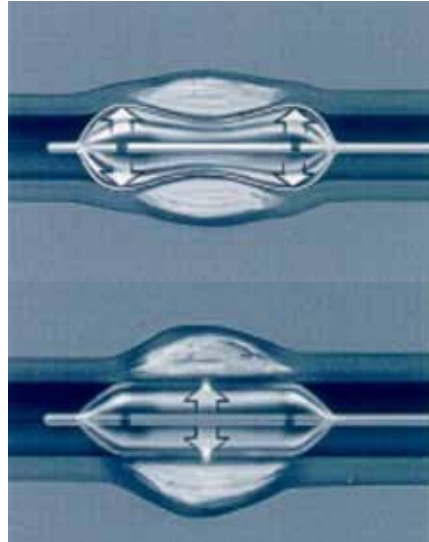


Fig 3. Ballondilatatie van een stenose.

therapie). Hierbij wordt er medicatie in de vaatwand gebracht die pas geactiveerd wordt na belichting met een bepaalde golflengte. Het voordeel hiervan is de specificiteit van de behandeling: alleen daar waar het licht komt, wordt de medicatie geactiveerd. Bij deze laatste methode ben ik zelf betrokken bij onderzoek aan de KULeuven.

"Naast de interventionele behandelingen blijft de conservatieve behandeling uiteraard ook zeer belangrijk. Rookstop vermindert significant de progressie van het vaatlijden (evolutie naar KLI), de amputatie ratio alsook de bijhorende mortaliteit. Een vergelijkende studie (rookstop versus verder roken bij PAD-patiënten) toonde een mortaliteitsvermindering aan (14% versus 31%) alsook een amputatievrije overleving (81% versus 60%) over een periode van 5 jaar.³ Inname van statines in combinatie

met antiplaquettaire therapie (Aspirine, Clopidogrel ...) en andere bloedverdunners (vb. laag gedoseerde DOAC) zijn heel erg belangrijk om re-occlusie te voorkomen alsook om de thrombotische complicaties van het vaatlijden te voorkomen.



Fig 4: Drug-eluting balloon. In de wand van de ballon zit de medicatie die na opblazen van die ballon vrijkomt en de vaatwand infiltreert.

De behandeling van andere risicofactoren zoals hypertensie en diabetes zijn uiteraard heel belangrijk in het afremmen van de progressie van de atherosclerose."

Referenties:

1. Fabrer A, Eberhardt RT. The current state of critical limb ischemia. A systematic review. *JAMA surgery* 2016; 151:1070-1077.
2. Schreuder SM, Hendrix Y, Reekers J, Bipat S. Predictive parameters for clinical outcome in patients with critical limb ischemia who underwent percutaneous transluminal angioplasty (PTA): a systematic review. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2018;41:1-20.
3. Armstrong AJ, Wu J, Singh G et al. Smoking cessation is associated with decreased mortality and improved amputation-free survival among patients with symptomatic peripheral artery disease. *J Vasc Surg* 2014;60: 1565-71.

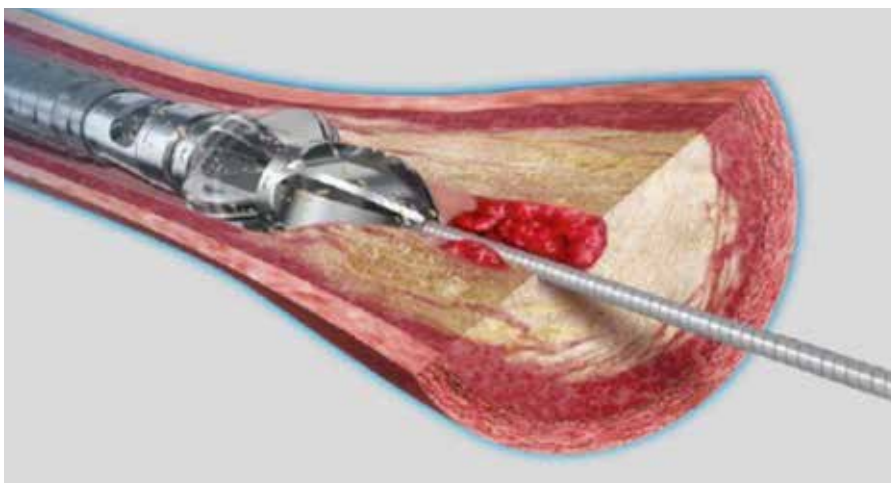


Fig 2. Atherectomie : nadat de stenose met de voerdraad gepasseerd is, kan er met een soort roterende "boor" de kalkplaten gemalen worden. Zo komt er meer plaats en kan gemakkelijk een stent geplaatst worden.



Fig 5: Zelf-expanderende arteriële stent.

Lymfepathologie anno 2021



Dr. Daphné Van den Bussche, vaatchirurg
Daphne.van.den.bussche@sintandriestielt.be

Dr. Van den Bussche is vaatchirurg, arterieel en veneus, met lymfologie en wondzorg als subspecialisatie. Ze werkt in associatie met dr. Marc Vuylsteke.

Lymfoedeem is een chronische en invaliderende aandoening die ontstaat door het onvoldoende functioneren van het lymfatisch systeem. Hierbij treedt er een opstapeling van lymfevocht op die resulteert in een zwelling van het aangetaste lidmaat. De aandoening heeft een aanzienlijke levenslange impact op het fysieke en psychische functioneren van patiënten. De eindstadia van de aandoening kunnen gepaard gaan met grote morbiditeit en verlies van kwaliteit van leven.

Hier in het Sint-Andriesziekenhuis van Tielt is vaatchirurge Daphné Van den Bussche zich verder aan het toeleggen op de behandelingen van lymfoedeem. Waar men vroeger enkel conservatief behandelde, komen er nu toch meer en meer patiënten in aanmerking voor een heelkundige behandeling.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen primair en secundair lymfoedeem. Een primair lymfoedeem wijst op een aangeboren verstoring van het lymfe stelsel. Bij patiënten met primair lymfoedeem ontstaan de eerste klachten in de meeste gevallen tussen het 15e en 35e levensjaar, waarbij vrouwen vaker zijn aangetast dan mannen (3:1). In de meeste gevallen zijn alleen de benen aangetast. De meeste vormen van lymfoedeem zijn niet erfelijk, hoewel er wel vaak aanleg in een familie kan bestaan.

De oorzaken van secundair lymfoedeem zijn divers. Bijvoorbeeld na een operatie, na bestraling, een trauma of infectie, tumoraal ... Lymfoedeem komt relatief vaak voor na behandeling van kanker. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn lymfeklierdissectie, bestraling en lymfangitis carcinomatosa.

Klachten

Het optreden van lymfoedeem is meestal veranderlijk. Na lymfeklierdissectie en/of bestraling, presenteert het lymfoedeem zich typisch als een trage maar progressieve zwelling van het lidmaat.

Naast deze zwelling, treedt ook vaak een stuwings- of zwaartegevoel, moeheid of tintelingen op.

Overgewicht en terugkerende infecties vormen een belangrijk risico bij lymfoedeem. De zwelling is onder te verdelen in pitting en non-pitting. Na verloop van tijd ontstaan er eventueel

veranderingen van de huid, meer bepaald dermale verdikking en wordt de huid droog en hard. De huid kan hyperkeratose vertonen.

Diagnose

Diagnose kan worden gesteld op basis van de klachten van patiënt in combinatie met zijn/haar medische voorgeschiedenis. Bij klinisch onderzoek wordt gekeken of het pitting of non-pitting oedeem betreft. Bij een positief teken van Stemmer (verdikte huidplooi aan de tweede-derde teen, als het niet mogelijk is om een huidplooi te pakken wegens huidverdikking, is het teken positief) is de diagnose duidelijk. Uiteraard dienen andere oorzaken van het oedeem uitgesloten te worden: onderliggende neoplasie, renaal of cardiaal lijden, veneuze insufficiëntie ... Bij vermoeden van een lymfoedeem wordt aanvullend een lymfescintigrafie gepland. Hiermee kan het lymfetransport in beeld gebracht worden.

De verschillende stadia

Stadium 0

Hier is er nog geen zwelling aanwezig. Vaak zijn de patiënten asymptomatisch.

Stadium I

Opstapeling van eiwitrijk vocht dat verdwijnt bij omhoog leggen van het aangetaste lidmaat. Vaak na 24 uur. Pitting kan reeds aanwezig zijn.

Stadium II (Fig 1.)

Hier treedt er meer pitting op en verdwijnt het oedeem niet meer bij hoogstand. Bij verdere evolutie verdwijnt het pitting en treedt er fibrose op.

Stadium III (Fig 2.)

Hier spreken we van een elephantiasis waar er geen pitting meer kan optreden en er duidelijke huidveranderingen zijn zoals verdikking van de huid, verdere fibrose en papillomatose en hyperkeratose.



Fig. 1



Fig. 2a



Fig. 2b



Fig. 2c

Behandeling

In een eerste fase wordt steeds gestart met opstarten van manuele lymfedrainage in combinatie met compressietherapie.

Als er na een zestal weken een goed resultaat qua omvang van het lidmaat wordt bekomen, dan wordt een op maat gemaakte steunkous opgemeten die patiënt dagelijks dient te dragen.

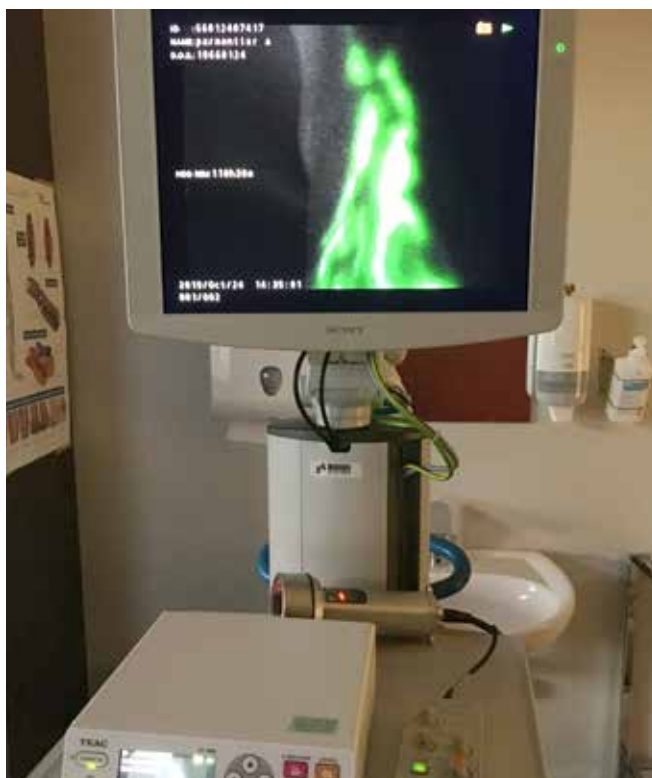
Nadien kan er dan in principe nog verder gekeken worden of patiënt in aanmerking komt voor heelkunde. Hierbij wordt een lymfescintigrafie of lymfemapping gepland die ons toelaat de lymfebanen in kaart te brengen. Dit dynamische onderzoek zal de nog door-

gankelijke lymfevaten aangeven via een geïnjekteerde fluorescente stof. Dit onderzoek gebeurt ambulant op de polikliniek vaatheelkunde in het Sint-Andriesziekenhuis.

Dit is helaas nog niet terugbetaald en volledig ten laste voor patiënt. De gemiddelde kostprijs hiervan bedraagt 140 euro.

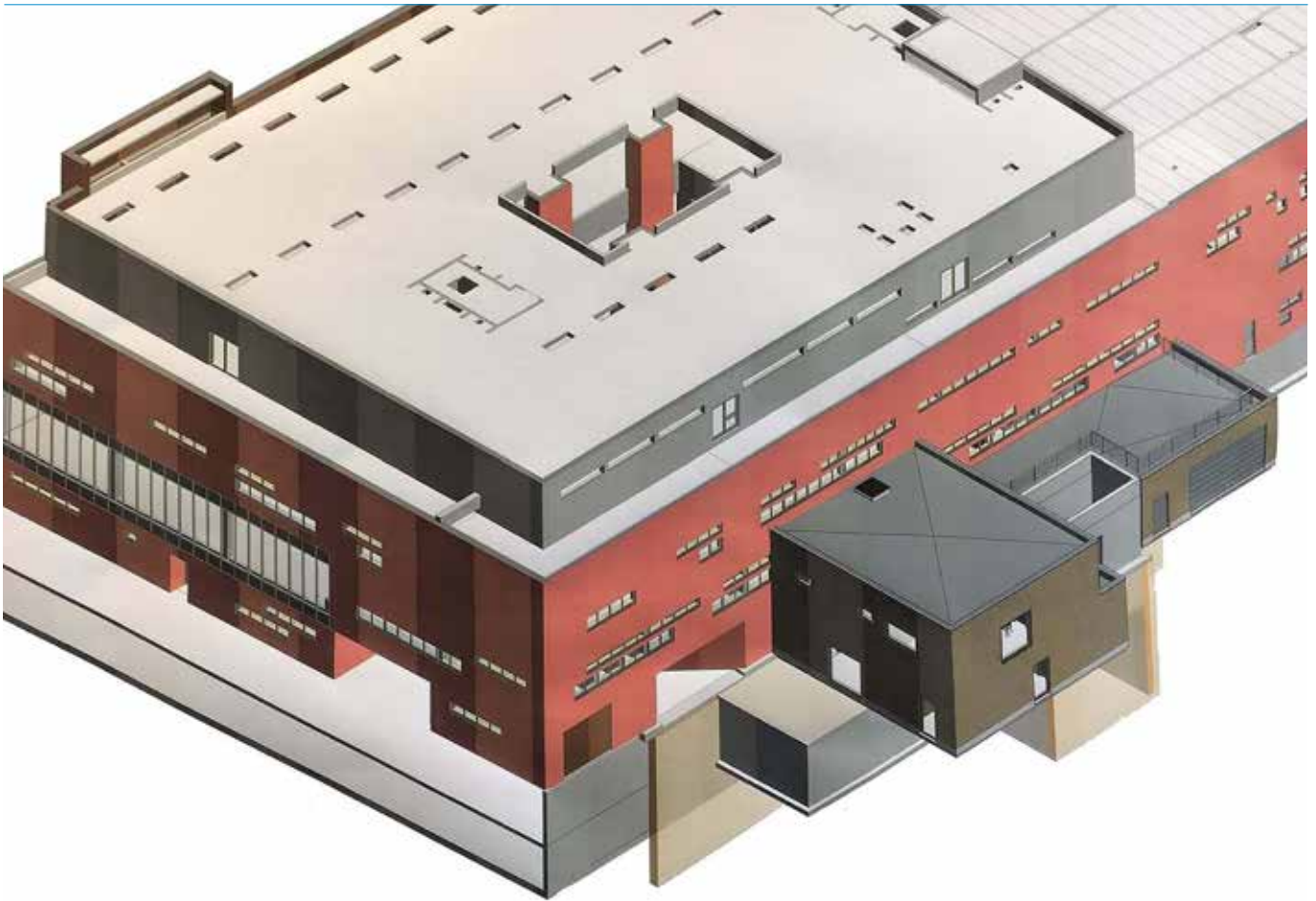
Indien de maximale conservatieve behandeling onvoldoende effect heeft, kan worden overgegaan tot planning van een lymfo-veneuze anastomose. Hierbij wordt een microscopische verbinding gemaakt tussen een vene en een lymfevat om de lymfestroom te herstellen. Het aanleggen van een lymfo-veneuze anastomose is een weinig belas-

tende ingreep voor de patiënt. Via een kleine insnede in de huid (2-3 cm) wordt m.b.v. een microscoop een verbinding gemaakt tussen een nog functionerend lymfevat en een nabij gelegen vene. Deze behandeling gebeurt onder algemene narcose. De patiënt blijft nadien 1 nacht in het ziekenhuis. Een eerste postoperatieve consultatie wordt gepland 10 dagen na de ingreep en daarna op 3 en 6 maand. De manuele lymfedrainage wordt in de postoperatieve fase gewoonlijk een 2-tal weken gestaakt, tot de littekens goed genezen zijn. Ook mag de eerste 2 weken postoperatief geen compressietherapie toegepast worden. Het kan dus zijn dat het lidmaat de 1e week na de operatie wat gezwollen is, maar dat verbetert opnieuw na het opstarten van lymfedrainage.



Lymfoveneuze anastomose

Binnenkort in de steigers ... Spoed



In december jl. werd het startschot gegeven voor de vernieuwings- en uitbreidingswerken aan de spoeddienst van het Sint-Andriesziekenhuis, samen met de nieuw te bouwen huisartsenwachtpost. Deze verbouwingen kaderen in onze missie om steeds kwaliteitsvolle zorg te leveren en een grote patiënttevredenheid te hebben. Dr. Vandeplassche, diensthoofd spoed duidt de geplande werken.

Welke veranderingen zijn voorzien aan de spoeddienst?

Dr. Vandeplassche: "De huidige zaal die voorzien is voor de opvang van 4 spoedpatiënten zal verdwijnen. In de plaats hiervan zal een grotere zone gebouwd worden met 6 afzonderlijke patiëntenboxen, waarvan 1 box zelfs kan uitgebreid worden tot een kamer waar men 2 personen kan leggen (vb. een koppel, ouder-kind,...). We zullen in deze zone dus een uitbreiding voorzien van 4 naar maximum 7 bedposities verspreid over 6 ruime patiëntenboxen; daarnaast zou deze zone – vb. in het kader van een pandemie – volledig en volgens de wettelijke normering afgescheiden worden van het overige deel van spoedgevallen en kunnen patiënten vervolgens via een aparte ingang in deze spoedgevallenzone binnen worden gebracht. Om de efficiëntie van onze spoedgevallendienst te verbeteren zal er ook een "Fast Track" box ingericht worden; dit houdt in dat patiënten die goed gaande en staande zijn met vb. een hand- of voettrauma

hier kunnen wachten met de bedoeling om sneller door een arts gezien te kunnen worden zonder dat ze moeten wachten op een vrije patiëntenbox. Gelet op de recente toename van zowel spoedartsen als spoedverpleegkundigen per shift, zal ook hun werkruimte worden uitgebreid met ook een opschaling van het aantal werkplekken en computers."

Verandert er iets aan de huidige werking?

"Deze verbouwingen kaderen in onze missie om steeds kwaliteitsvolle zorg te leveren en een grote patiënttevredenheid te hebben. Door het aantal bedposities op te drijven willen we beantwoorden aan ons groeiend patiëntenaanbod. De privacy in zaal 5 met door gordijnen afgebakende bedposities is voor sommige patiënten een storend probleem, doordat de drukte ertoe leidt dat deze beddenzaal bijna de ganse dag vol ligt met patiënten. Door in de nabije toekomst alleen nog maar 1-persoonskamers te hebben – en zelfs 1 kamer te kunnen uitbreiden tot een ruimte

geschikt voor 2 gerelateerde patiënten – zorgen we voor de nood aan privacy en voeren we een forse upgrade door in het comfort van onze spoedpatiënten."

Komen er bepaalde nieuwe diensten bij?

"We zullen in de nabije toekomst 7 bedposities hebben die helemaal geschikt zullen zijn om in de opvang te voorzien van zieke patiënten met een ernstige infectie waarvoor strikte isolatie en/of onderdruk noodzakelijk is. De Fast Track Box zal toelaten om patiënten met kleinere pathologie sneller te laten doorschuiven naar vb. radiologie. De nieuwbouw van de huisartsenwachtpost zal natuurlijk het eerst in het oog springen, maar in feite werken we al sinds november 2020 samen met de Huisartsenwachtpost Molenland."

Zal de patiënt iets merken van deze veranderingen?

"Vanzelfsprekend zullen de verbouwingswerken niet onopgemerkt voorbijgaan. Niettemin gaan we ons uiterste best doen om de opvang van spoedpatiënten tijdens de verbouwingen zo te organiseren dat de overlast beperkt blijft. De ruimte die we vorig jaar in het kader van de covidpandemie hebben gecreëerd als extra ruim-

te aan de spoedgevallendienst, zal nu kunnen gebruikt worden als provisoire patiëntenboxen."

Worden er nieuwe spoedartsen aangetrokken omwille van de vernieuwingen?

"Er werden reeds 5 nieuwe hooggekwalificeerde spoedartsen aangenomen in de afgelopen 2,5 jaar, waardoor we sinds 1,5 jaar zowel overdag als 's nachts een permanentie van 2

spoedartsen kunnen waarborgen en verder hebben ingezet op kwaliteitsvolle zorg."

Hoe verloopt de samenwerking tussen de nieuwe huisartsenwachtpost en de spoeddienst?

"De samenwerking tussen de huisartsen en de spoedgevallendienst is sterker geworden sinds de covidpandemie die een snelle opstart van

een covidwachtpost en een goede samenwerking tussen huisartsen en spoeddienst noodzakelijk heeft gemaakt. De reële opstart van de tijdelijke huisartsenwachtpost vlakbij onze ziekenhuis in november 2020 is vlot verlopen en hoewel de samenwerking actueel al zeer goed is, zal deze zeker nog verder geoptimaliseerd worden eens de huisartsenwachtpost letterlijk tegenaan onze spoeddienst gelegen is."

Binnenkort in de steigers ... Huisartsenwachtpost

Op 15 november 2020 is huisartsenwachtpost Molenland van start gegaan in Tielt. Voorlopig is deze ondergebracht in de Krommewalstraat 7, maar in december jl. werd gestart met de bouw van een gloednieuwe huisartsenwachtpost naast de spoeddienst van het Sint-Andriesziekenhuis. We laten huisarts Pieter Maerten van huisartsenpraktijk De Watertoren aan het woord hierover.

Waar wordt de nieuwe huisartsenwachtpost ondergebracht?

Dr. Maerten: "Huisartsenwachtpost Molenland zal aangebouwd worden aan de spoeddienst van het Sint-Andriesziekenhuis Tielt. Dit zal een nauwe samenwerking tussen de wachtpost en de spoeddienst mogelijk maken. De wachtpost zal op die manier ook goed zichtbaar zijn, makkelijk te bereiken en er zal voldoende parkeergelegenheid zijn. Momenteel bevindt de huisartsenwachtpost zich nog in de oude ziekenhuisgebouwen in de Krommewalstraat. Wij kijken uit naar de verhuis naar de nieuwe locatie."

Hoe zal deze HAWP in zijn werk gaan? Kunnen patiënten hier gewoon langskomen 's avonds, 's nachts en in het weekend of dienen ze eerst telefonisch contact op te nemen?

"HAWP Molenland is - en zal ook op de nieuwe locatie - permanent open zijn van vrijdagavond 18.00h tot maandagmorgen 08.00h,

alsook op feestdagen van de avond voordien tot de ochtend nadien. Alle consultaties zijn er op afspraak. Naast consultaties ter plaatse is er ook telkens een huisarts van wacht die huisbezoeken doet. Als iemand dus beroep wenst te doen op de huisarts van wacht dienen ze telefonisch contact op te nemen via het nummer 1733. Vervolgens zal een onthaalbediende samen met de mensen zien hoe de huisarts van wacht hen het best kan helpen: een consultatie op de wachtpost, een huisbezoek, een directe verwijzing naar het ziekenhuis, enz."

Wie kan in de HAWP terecht?

"De wachtpost opereert voor alle inwoners van de volgende regio: Tielt, Pittem, Ruiselede, Dentergem, Wingene, Oostrozebeke, Meulebeke - inclusief deelgemeentes - evenals volgende deelgemeentes van Deinze: Gottem, Grammene, Woutergem. Het oproepnummer 1733 is een nationaal oproepnummer. Er wordt naar de postcode gevraagd

en op die manier komt elke oproep in de juiste huisartsenwachtpost terecht. Mensen kunnen terecht bij de huisarts van wacht in de huisartsenwachtpost voor medische problemen die niet kunnen uitgesteld worden tot hun vaste huisarts terug bereikbaar is. Het gaat dus over dringende medische problemen. Dit is uiteraard een inschatting die niet altijd door de mensen zelf kan gemaakt worden. Hierbij kunnen de onthaalbediende of de huisarts van wacht helpen."

Welke huisartsen zullen van wacht zijn in de HAWP?

"Alle actieve huisartsen die werkzaam zijn in de hierboven vermelde regio doen wachtdienst in de HAWP Molenland, tenzij zij om bepaalde redenen hiervan zijn vrijgesteld."



Gewrichten¹ & Pezen



In de apotheek

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

- Natuurlijk**
- Hoog gedoseerd**
- 1 tablet per dag**
- Bewezen doeltreffendheid²**

NEW

Made in
Belgium



www.mobilitylmax.be

Passion for
family health

Trenker
laboratoires

NUTPL 2149 - voedingsupplement ©Trenker 2020-11

Dienst in de kijker: laboratorium voor pathologie



Dr. Francesca Dedeurwaerdere, anatoompatholoog

Franceska.dedeurwaerdere@azdelta.be

Dr. Dedeurwaerdere is lid van de groep pathologie Roeselare-Menen-Torhout-Tielt-Waregem (dr. F. Dedeurwaerdere, dr. V. Mertens, dr. A. Leemans, dr. E. Steenkiste en dr. S. Verschuere)



Diagnostiek is de core business van het laboratorium voor pathologie. Deze verzorgen we vanuit ons gloednieuwe labo in AZ Delta, campus Rumbeke. Daar voeren we het anatoompathologisch onderzoek uit voor het Sint-Andriesziekenhuis en AZ Delta. Peroperatoire onderzoeken (vriescoupe- en sentinelprocedures) voeren we ter plaatse uit in het satellietlabo in het Sint-Andriesziekenhuis.

Voor de diagnostiek van zowel goedaardige als kwaadaardige pathologie gebruiken we in de eerste plaats het morfologisch onderzoek aangevuld met immuunhistochemisch en moleculair onderzoek. Voor de oncologische diagnostiek is een ruim gamma aan predictieve en prognostische testen voorzien, onder meer gebruik makend van moleculaire testen type Fluorescentie in situ hybridisatie (FISH) en next generation sequencing (NGS). Ook cytologisch onderzoek en dan in het bijzonder de baarmoederhalsuitstrijkjes nemen een belangrijke

plaats in. Daarnaast voeren we immuunfluorescentie onderzoek in kader van de functionele huid- en nierpathologie.

Gezien de snelle vooruitgang van medische kennis en steeds uitbreidende (sub)specialisering in de klinische disciplines legt ons team pathologen zich steeds meer toe op specifieke subdomeinen om de hoogste kwaliteit van diagnostiek te kunnen blijven leveren volgens de nieuwste inzichten en ontwikkelingen.

Het **team specialisten** in de pathologische anatomie van AZ Delta-Sint-Andries bestaat (v.l.n.r.) uit Dr. Veerle Mertens, Dr. An Tamsin, Dr. Céline Melis, Dr. Francesca Dedeurwaerdere, Dr. Stephanie Verschuere, Dr. Edwin Steenkiste en Dr. Annemie Leemans.

Dr. Francesca Dedeurwaerdere is diensthoofd en laboratoriumdirecteur. Als diensthoofd staat ze in voor de dagelijkse leiding van het laboratorium. Zij leidt het team borstpathologen, legt zich toe op moleculaire pathologie, neuro- en hematopathologie en heeft bijzondere aandacht voor innovatieve technieken zoals artificiële intelligentie.

Dr. Annemie Leemans heeft ruime ervaring als algemeen patholoog en richt zich in het bijzonder op de gastro- enterologische en uro-gynaecologische pathologie. Als lid van het team borstpathologen, staat ze mee garant voor kwaliteitsvolle diagnostiek in het multidisciplinair borstcentrum.

Dr. Céline Melis heeft al van in haar opleiding een bijzondere interesse voor de gynaecopa-

thologie en de dermatopathologie met o.a. een eindwerk over tumorprogressie en therapeutische aangrijpingspunten in melanoma. Daarnaast legt ze zich toe op de thoracale pathologie.

Dr. Veerle Mertens is sinds 25 jaar actief als anatoompatholoog en werkt vol enthousiasme mee aan de verdere uitbouw van de dienst. Ze heeft bijzondere interesse en expertise in cytopathologie (gynaecologische en niet-gynaecologische). Ook heeft ze speciale interesse voor uro-gynaecologische pathologie en legt ze zich bijzonder toe op de borstpathologie.

Dr. Edwin Steenkiste had tijdens zijn opleiding bijzondere aandacht voor de gynaecopathologie en maakt deel uit van de Belgische gynaecopathologie werkgroep. Voorts legt hij zich mee toe op de hematopathologie, hoofd- en halspathologie en huidpathologie.

Dr. An Tamsin verwierf tijdens haar opleiding expertise in autopsies en postmortempathologie. Zij is hiervoor dan ook het aanspreekpunt binnen de dienst. Als algemeen patholoog situeren haar interesses zich voornamelijk in de gastro- en uropathologie en wil zij zich verder verdiepen in de long- en huidpathologie.

Dr. Stephanie Verschuere is gespecialiseerd in urologische pathologie en is actief lid van de Belgische uropathologie werkgroep. Daarnaast legt zij zich toe op gastro-intestinale pathologie en in het bijzonder op inflammatoir darmlijden, op leverpathologie en op hematopathologie. Binnen het laboratorium volgt zij ook het kwaliteitssysteem mee op.



V.l.n.r. dr. Veerle Mertens, dr. An Tamsin, dr. Céline Melis, dr. Francesca Dedeurwaerdere, dr. Stephanie Verschuere, dr. Edwin Steenkiste, dr. Annemie Leemans

Dienst in de kijker: Wondzorgteam Sint-Andriesziekenhuis

Het wondzorgteam in het Sint-Andriesziekenhuis te Tielt bestaat sinds 2014 en blijft continu evolueren.

Ondertussen bestaat dit team uit vier leden:

- coördinerend arts dr. Daphné Van den Bussche
- mevr. Rien Verstraete, verantwoordelijk voor de verpleegafdelingen
- mevr. Vanessa Van Renterghem, verantwoordelijk voor de poli
- mevr. Jasmien Deruyck, recent opgestart en eveneens verantwoordelijk voor de verpleegafdelingen

Het doel van het wondzorgteam is een kwalitatieve wond- en stomazorg te kunnen aanbieden aan ambulante en opgenomen patiënten. Hierbij streven we ernaar om uniform en patiëntgericht te werken.



V.l.n.r. Jasmien Deruyck, Rien Verstraete, Vanessa Van Renterghem, dr. Daphné Van de Bussche

Adequate follow-up

Voor de gehospitaliseerde patiënten met wondzorg- en/of stomaproblemen, wordt sinds een viertal jaar wekelijks op maandagochtend een wondzorgtoer georganiseerd samen met dr. Van den Bussche. Hierdoor creëren we een vast moment waarbij complexe wonden kunnen worden bijgestuurd. Uiteraard kunnen de wondverpleegkundigen op elk ander moment van de week vlot telefonisch of per mail gecontacteerd worden. Bij ontslag van opgevolgde patiënten trachten we steeds een gedetailleerd voorschrift voor de thuisverpleegkundige mee te geven. Desgewenst wordt een ambulante follow-up of een follow-up via de dagkliniek geriatrie afgesproken. De dagkliniek geriatrie staat onder supervisie van dr. Julien Dekoninck. Hier worden op donderdagvoormiddag de patiënten gezien die naast een wondprobleem ook nog andere medische opvolging nodig hebben.

Ook de stomapatiënten worden van dichtbij opgevolgd. Steeds is er een preoperatief intakegesprek samen met een van de wondverpleegkundigen. Nadien worden de patiënten van dichtbij opgevolgd zowel tijdens de hospitalisatie maar ook ambulant.

Laagdrempelig en kwaliteitsvol

Het doel van ons wondzorgteam is om een vlotte en optimale werking te bekomen zodat dit de patiënttevredenheid ten goede komt. We willen onze wondkliniek in de toekomst nog toegankelijker maken voor patiënten met chronische wondzorg, al dan niet na opname, door een laagdrempelig en kwaliteitsvol zorgtraject aan te bieden waarbij we in nauw contact staan met de eerstelijnszorg.

Ook zal het in de toekomst mogelijk zijn dat de huisarts of thuisverpleegkundige rechtstreeks een afspraak zal kunnen inplannen bij een van

onze wondverpleegkundigen (051 42 50 60). Voor wat betreft de patiënten die zich op de dienst spoedgevallen presenteren en waarbij er nadien nog een specialistisch wondnazicht nodig zou zijn, kunnen deze patiënten steeds op maandag kort voor de middag ambulant gezien worden.

Omdat we merken dat er meer en meer patiënten met complexe wondzorg verder thuis dienen verzorgd te worden, organiseert het wondzorgteam op **zaterdag 12 februari 2022** een symposium voor huisartsen en thuisverpleegkundigen. Verschillende aspecten van de wondzorg zullen aan bod komen, aansluitend zal ook de lymfepathologie en mogelijke behandelingen aan bod komen. Hiervoor zullen we dan ook de kinesitherapeuten uitnodigen. Meer informatie volgt spoedig.

Noteer dus alvast 12 februari in de agenda!

Artsen-specialisten Sint-Andries in Aalter

Het Sint-Andriesziekenhuis telt op vandaag een artsenkorps van ruim 80 artsen-specialisten. Enkele van hen zijn actief in het ziekenhuis en hebben daarnaast een eigen privépraktijk. Een groeiend aantal van hen vestigt zich in regio Aalter. Zo kunt u in Aalter onder meer terecht voor volgende specialisaties:

- Gynaecologie: **dr. Sophie Servaes**
- Hart- en vaatziekten: **dr. Françoise Desimpel, dr. Margot De Coster, dr. Philippe Vanderheeren, dr. Jan Bresseleers, dr. Loran Defruyt**

- Medische beeldvorming: **dr. Simon Van Petegem**
- Multidisciplinaire praktijk voor kinderen en jongeren: **dr. Joke Persyn, dr. Kristien Evens, dr. Kristien De Jaeger**
- Neus-, keel- en oorziekten: **dr. François Vanhoucke, dr. Pieter Ingelaere**
- Oftalmologie: **dr. Julie Imschoot, dr. Michèle Tack**
- Orthopedie: **dr. Justine Barbier**
- Urologie: **dr. Pieter Jan Elshout**

Meer info: www.sintandriestielt.be

AssiStep, alternatief voor traplift primeur voor Sint-Andriesziekenhuis

Het Sint-Andriesziekenhuis nam in het voorjaar van 2021 de AssiStep in gebruik. Dit innovatieve alternatief voor de traplift wordt gebruikt tijdens de revalidatie voor onder meer neurologische en geriatrische patiënten. Deze revolutionaire traploper geeft de gebruiker extra steun en veiligheid om zelf de trap op te gaan. Matthijs Samyn, verpleegkundig directeur: "Revalidatie is een hoeksteen van het herstel, daarom is innoveren een must. Zo kan er verder op een veilige, realistische en uitdagende manier ingezet worden op deze revalidatie."

Voor ouderen en mensen met beperkte mobiliteit kunnen trappen een lastige hindernis in huis worden. Trappen zijn echter ook de beste oefening voor thuis, vooral voor mensen die al moeite hebben om ze te beklimmen. Een Noorse start-up voor medische hulp ontwikkelde een innovatieve en revolutionaire traploper als gezonder en veilig alternatief voor een traplift. Het doel was om een gloednieuw en revolutionair hulpmiddel te ontwikkelen waarmee meer mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis kunnen blijven. Het resultaat was de traploper AssiStep. De AssiStep is een 'Stair Assistant', die zijn gebruikers extra steun en veiligheid geeft om zelf de trap op te gaan.

Primeur voor België

De ontwikkeling van de AssiStep begon in 2012 aan de Norwegian University of Science and Technology in Trondheim. Eind 2015 werd het product in Noorwegen gelanceerd en ondertussen is de AssiStep ook beschikbaar in onder meer Zweden, Nederland, Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland. Het Sint-Andriesziekenhuis heeft echter de primeur voor België en is het eerste ziekenhuis dat geïnvesteerd heeft in deze AssiStep voor de revalidatie van patiënten. Patiënte Mariëtte De Smet: "Ik ben zo fier dat ik opnieuw de trap kan nemen, het is meer dan een jaar geleden dat ik dit kon!"



De AssiStep vormt de ideale ondersteuning om opnieuw trappen te leren doen.

Veelzijdig gebruik

De gebruikers in het Sint-Andriesziekenhuis zijn voornamelijk revalidatiepatiënten. Terwijl er krukken of rollators zijn voor extra ondersteuning op vlakke oppervlakken, biedt AssiStep de nodige ondersteuning op trappen. Het wordt langs de trap geïnstalleerd en bestaat uit een leuning gekoppeld aan een handgreep die de gebruiker voor zich uit schuift. De handgreep is ergonomisch en in hoogte verstelbaar, wat veiligheid en ondersteuning biedt door het gepatenteerde remmechanisme. Dr. Gretel Descheemaeker, fysiotherapeut: "Wij hopen hiermee patiënten sneller en veiliger te laten oefenen om actief de trap te nemen. Elke extra mogelijkheid om te trainen is meegenomen in het revalidatieproces want oefening baart kunst."

Erkenning kinder liaisonpsychiatrie



De laatste jaren zijn er meer en meer kinderen en jongeren met psychische problemen. Door de coronacrisis zijn deze problemen nog toegenomen. De wachtlijst voor kinderen met dergelijke problemen zijn lang en af en toe komt het tot crisissituaties. Deze kinderen komen dan soms terecht op de spoedafdeling, de pediatrie of de polikliniek. Om deze kinderen

beter te helpen wil men via gestructureerde samenwerking een brug slaan tussen de algemene kindergeneeskunde en de kinderpsychiatrie om zo de beste zorg voor deze kinderen te kunnen garanderen. Sinds 1 augustus beschikt het Sint-Andriesziekenhuis, in het kader van een pilootproject, over een erkenning voor kinder liaisonpsychiatrie. Het ziekenhuis is zeer tevreden deze psychische zorg (die eigenlijk toch een basiszorg zou moeten zijn) regionaal voor kinderen te kunnen aanbieden.

Aanpak

Het Sint-Andriesziekenhuis biedt kortdurende, geplande opnames aan voor 2 kinderen, telkens van maandag tot vrijdag. Deze opnames hebben tot doel rust te brengen, observatie en inschatting van de pro-

blematiek. Het kan gaan om angstproblematiek, gedragsproblematiek, eetstoornissen met acute nood, tweesporenbeleid bij kinderen met psychosomatische klachten.

Doelgroep

Alle kinderen van 0 tot en met 14 jaar die zich in een milde kinderpsychiatrische crisissituatie bevinden. Kinderen komen in het Sint-Andriesziekenhuis terecht via:

- Spoedgevallendienst
- Polikliniek kinderpsychiatrie en pediatrie
- Eerstelijns hulp: huisartsen, psychologen
- Vanuit netwerk geestelijke gezondheid: CGGZ (centrum geestelijke gezondheidszorg), WINGG (West-Vlaams integrerend netwerk geestelijke gezondheidszorg)
- Integrale jeugdhulpverlening
- CLB (Centrum voor Leerlingbegeleiding)

Team

Alle patiënten worden gevolgd door een multidisciplinair team van kinderartsen en kinderpsychiaters, verpleegkundigen pediatrie en kinderpsychiatrisch verpleegkundigen, een kinderpsycholoog en spelbegeleiders. Iedere hulpverlener zal zijn kennis en expertise gebruiken om tot een optimale behandeling te komen en dit in goede samenwerking met de verwijzer alsook met de betrokken familieleden.

NIEUW: RX-resultaten in CoZo nu ook beschikbaar voor patiënten

Sinds april 2019 kon de patiënt al de correspondentie en de laboresultaten van het ziekenhuis bekijken via CoZo, dit met inachtnaam van de CoZo-delay van 7 dagen voor correspondentie en 1 dag voor resultaten. In het kader van de Covid-19-problematiek werd de delay voor labo-resultaten in december 2020 uitgeschakeld, zodat de patiënt de gevalideerde resultaten onmiddellijk kan raadplegen wanneer die beschikbaar zijn. Sinds december 2021 kunnen patiënten nu ook de RX-resultaten bekijken via Cozo en dit eveneens met een delay van 1 dag.



ASO's (arts-specialist in opleiding):



Naomi De Bruyne
heelkunde



Maxime De Feyter
heelkunde



Valérie Desmedt
interne



Justine Defreyne
interne



Trees Kempen
pediatrie

HAIO's (huisarts in opleiding):

Tessa Seys
(interne)

Laura Duchi
(spoed)

Sam Depypere
(spoed)

Arts met pensioen



Dr. Jan Beyls

Dr. Jan Beyls beëindigde eind september 2021, na een carrière van 34 jaar in ons ziekenhuis, zijn activiteiten als arts-specialist in de gastro-enterologie.

Na zijn studies aan de KU Leuven, startte hij zijn loopbaan als geneesheer-specialist in de interne geneeskunde met subspecialisatie gastro-enterologie in het Sint-Andriesziekenhuis op 1 augustus 1987. Dr. Beyls was lid van de medische

raad van 1991 tot 1993 en van 1997 tot 1999 en hij is eveneens diensthoofd geweest van zijn dienst van begin 2007 tot eind 2014. Het ziekenhuis is dr. Beyls dan ook bijzonder dankbaar voor zijn jarenlange inzet voor zowel de patiënten van de regio als voor het Sint-Andriesziekenhuis. We wensen hem nog vele gelukkige en gezonde jaren toe met zijn familie en vrienden nu een nieuwe periode voor hem aanbreekt.

Nieuwe artsen



Dr. Astrid De Zutter, gastro-enteroloog

astrid.de.zutter@sintandriestielt.be

Dr. Astrid De Zutter behaalde haar diploma geneeskunde aan de universiteit Gent in 2014. Daarna vervolgde ze haar opleiding in AZ Sint-Jan Brugge, AZ Delta Roeselare, UZ Gent en eveneens in het Sint-Andriesziekenhuis, waarna ze in 2021 afstudeerde als arts-specialist in de gastro-enterologie. Nadien volgde ze een bijkomende subspecialisatie inflammatoire darmziekten (IBD) in het UZ Gasthuisberg Leuven. Daarnaast heeft ze een bijzondere interesse in neurogastro-enterologie en motiliteit, endoscopie, bekkenbodempathologie en proctologie. Dr. De Zutter zal voor haar activiteit samenwerken met dr. Steven De Coninck, dr. Chantal Baertsoen en dr. Evelyne De Decker.



Dr. Belphe De Wilde, neus-, keel- en oorarts

belphe.de.wilde@sintandriestielt.be

Dr. De Wilde volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent, waar zij haar diploma behaald heeft in 2016. Nadien volgde zij de opleiding Otorhinolaryngologie, waarna ze haar erkenning heeft ontvangen in 2021. Tijdens haar opleiding was ze werkzaam in AZ Damiaan Oostende, AZ Sint-Lucas Gent en UZ Gent. In het UZ Gent was ze ook gedurende één jaar werkzaam op de gespecialiseerde tinnituspoli. Naast de algemene Neus-, keel- en oorpathologie, heeft dr. De Wilde een bijzondere interesse in het pediatrische luik binnen het NKO-gebied en wenst zij zich ook verder toe te leggen op de otologische subdiscipline. Hiervoor volgt ze nog een deeltijds fellowship in AZ Sint-Lucas Gent. Tenslotte wil dr. De Wilde zich ook verder bekwamen in de slik- en stemstoornissen.



Dr. Julie Imschoot, oftalmoloog

julie.imschoot@sintandriestielt.be

Dr. Imschoot behaalde het diploma arts met grote onderscheiding in 2016 aan de Universiteit Gent. Zij specialiseerde zich verder in de oogheelkunde in het Universitair Ziekenhuis te Gent. Vervolgens volgde zij een fellowship in het Zuyderland/MUMC Maastricht om zich verder te verdiepen in cataractchirurgie en strabisme chirurgie.



Dr. Michèle Tack, oftalmoloog

michele.tack@sintandriestielt.be

Dr. Tack volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent. Ze behaalde er het diploma van arts met onderscheiding in 2017. Nadien specialiseerde zij verder in de oogheelkunde in het Universitair Ziekenhuis Gent, AZ Sint-Jan Brugge en Ooginstituut/ASZ Aalst. Erna volgde zij een fellowship in het Goes Eye center in Antwerpen om zich verder te verdiepen in cataract- en refractieve chirurgie en ooglidcorrecties.



Dr. Wouter Marchand, uroloog

wouter.marchand@sintandriestielt.be

Dr. Marchand behaalde zijn diploma geneeskunde in 1998 aan de KU Leuven. Tijdens zijn opleiding urologie heeft hij in AZ Delta Roeselare en Sint-Lucas Gent gewerkt en na 1 jaar fellowship aan de Erasmus Universiteit Rotterdam werd hij in 2004 erkend als uroloog. Hierna deed hij aansluitend 6 maanden laparoscopie aan de Humboldtuniversiteit te Berlijn en bleef hij twee jaar partieel stafid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na jarenlange ervaring met robotchirurgie, brachytherapie en flexibele ureteroscopie in AZ Delta vervoegt hij de dienst urologie van het Sint-Andriesziekenhuis dat deel uitmaakt van het TRLaz-netwerk. In 2019 behaalde hij een Master in Management en Beleid in de gezondheidszorg en sinds 2021 maakt hij deel uit van het provinciaal bestuur van de Orde der Artsen. Op de dienst urologie werkt hij samen met dr. Mariëtte van den Heuvel en dr. Pieter Jan Elshout. Hij zal zich voornamelijk toeleggen op uro-oncologie, robotchirurgie en endo-urologie.



Dr. Anne Vierin, gynaecoloog

anne.vierin@sintandriestielt.be

Dr. Vierin behaalde haar diploma geneeskunde aan de Gentse universiteit in 2016. Ze specialiseerde zich verder in de gynaecologie en verloskunde en behaalde haar erkenning in 2021. Tijdens haar opleiding was ze werkzaam in het UZ Gent, Catharina ziekenhuis Eindhoven, OLV Aalst/Asse en AZ Sint Lucas Brugge. Naast de algemene gynaecologie en verloskunde, heeft dr. Vierin een bijzondere interesse in de hysteroscopische ingrepen binnen de gynaecologie. Hiervoor volgt ze nog deeltijds bijkomende opleiding in het UZ Gent. Daarnaast wil dr. Vierin zich verder bekwamen in de structurele zwangerschapsecho's.



Dr. Marc Vandevoort, plastisch chirurg

marc.vandevoort@sintandriestielt.be

Dr. Vandevoort is reeds jaren werkzaam als plastisch chirurg in AZ Delta Roeselare waar hij een algemeen plastisch heelkundige praktijk voert alsook verantwoordelijk voor het borstreconstructie programma in UZ Gasthuisberg. Zijn opleiding genoot hij, naast een basisopleiding plastische heelkunde aan de KUL, in Bristol, Glasgow en Parijs. Hij legt zich, naast reconstructieve en esthetische ingrepen, toe op reconstructie na oncologische borstchirurgie. In die hoedanigheid komt hij dan ook de erkende borstkliniek versterken. Een jaar geleden voerde hij de eerste robotgeassisteerde autologe borstreconstructie in Europa uit. Zijn focus in het Sint-Andriesziekenhuis zal niet alleen liggen op de reconstructieve borstchirurgie maar eveneens op algemene plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde.

Publicaties

Gynaecologie

- **"Overhandigen medische gegevens"** (pag. 185-201) Dr. **Sophie Servaes**, Dr. Ralph Pacqueu; "een HIV-seropositiviteit en andere seksueel overdraagbare aandoeningen"

Heelkunde

- **"Iliac Vein Compression: undervalued or overestimated?"**
Dr. **Marc Vuylsteke**, Phlebology 2021;28 (2):39-48.
- **Interne hernatie tijdens de zwangerschap na een gastric bypass**
AC **Kempeneers**, M. **Biglari**, P. **Lissens**, M. **Vuylsteke**
Tijdschrift voor geneeskunde, 09-2021, 794 – 803

Interne

- **Left ventricular pseudoaneurysm: another brick in the wall.**
Acta Cardiologica 2021 :1-2. DOI: 10.1080/00015385.2021.1963103, Meuleman L, **Vanderheeren P**, **Bresseleers J**, **Desimpel F**, **Van Petegem S**, **Defruyt L**.
- **"When hematochezia becomes a red herring" – Clinical image.** Acta Gastroenterologica Belgica. Vol. 84 (4) December 2021. **S. De Coninck**, S. Smeets

- **Artikel publicatie in 'The Lancet Infectious Diseases'** ism Sciensano over Hepatitis E Virus infectie in het Sint-Andriesziekenhuis
Dr. Jan Beyls

Klinische biologie

- **Broad-spectrum azoles and flucloxacillin: a dangerous match.**
Vangheluwe T, **Ap. F. Van Hoecke**, Dumoulin A, Vogelaers D.
Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2021 Sep 7:1-2.
- **Comparison of Two Commercial Colorimetric Broth Microdilution** Tests for Candida Susceptibility Testing: Sensitivity YeastOne versus MICRONAUT-AM.
Philips S., **Van Hoecke F**, De Laere E., Vervaeke S., De Smedt R, Boelens J., De Geyter D., Piérard D, Lagrou K., J. Fungi (Basel). 2021 May 1;7(5):356.

- **Cycle Threshold Probability Score for Immediate and Sensitive** Detection of B.1.351 SARS-CoV-2 Lineage. **Dieter De Smet**, Merijn Vanhee, Brigitte Maes, Koen Swaerts, Peter De Jaeger, Karel Maelegheer, **Frederik Van Hoecke**, Geert Antoine Martens.
Am J Clin Pathol 2021;XX:1-11.

Abstracts

- Pitfalls of SARS-CoV-2 antigen testing at emergency department
Cottone E, **Van Hoecke F.**, De Laere E., De Smedt R., Vervaeke S., Vanhee M., Martens GA., **De Smet D.**
Interdisciplinary Symposium on COVID (virtual edition), VIB conference series, 24/6/2021

Neus, keel en oor

- **Uvulopalatopharyngoplastie en modified uvulopalatopharyngoplastie bij ronchopathie en OSAS: een retrospectieve analyse van het patiëntenprofiel.**
B. De Wilde, G. De Vos, S. Claeys. Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg, 09/2021. <https://tvvg.be/nl/proefschriften/uvulopalatopharyngoplastie-en-modified-uvulopalatopharyngoplastie-bij-ronchopathie-en-osas-een-retrospectieve-analyse-van-het-patiëntenprofiel>

Anatomopathologie

- **Thyreotroop adenoom van de hypofyse: een zeldzame oorzaak van hyperthyreoïdie.** T. Develtere, F. Duyck, D. Vanhauwaert, **F. Dedeurwaerdere**, K. Spincemille. Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg, endocrinologie. 21 September 2021. DOI: 10.47671/TVG.77.21.131
- **Myeloproliferative invasion of arterial walls: premortem diagnosis by temporal artery biopsy.** eJHaem.2021;1-2. <https://doi.org/10.1002/jha2.241>, Van Steenberge H, **Dedeurwaerdere F**, **Deeren D**.
- **Genetic and molecular biology in pancreatobiliary cancers:** testing for pancreatobiliary cancer in the context of the Belgian NGS convention.
A. Hébrant, H. Antoine-Poirel, K.B.M. Claes, **F. Dedeurwaerdere**, J. Van der Meulen,

F. Lambert, J. Van Huysse, G. Martens, N. D'Haene, K. Geboes, P. Pauwels, A. Joutet Mourin, P. Peeters, M. Van den Eynde, R. Salgado, P-J van Dam, P. Lefevre, X. Sagaert, S. Metsu, A. Demols, J-L Van Laethem. Belg J Med Oncol 2021; 15(3):170-176.

- **Myeloproliferative invasion of arterial walls:** Premortem diagnosis by temporal artery biopsy. eJHaem. 2021;1-2. <https://doi.org/10.1002/jha2.241>, Van Steenberge H, **Dedeurwaerdere F**, **Deeren D**.
- **Myeloproliferative invasion of arterial walls:** Premortem diagnosis by temporal artery biopsy. eJHaem. **Dedeurwaerdere F**, Claes KBM, Van Dorpe J, Rottiers I, Van der Meulen J, Breyne J, Swaerts K, Martens G. Comparison of microsatellite instability detection by immunohistochemistry and molecular techniques in colorectal and endometrial cancer. Sci Rep 2021; 11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91974-x>, Van Steenberge H, **Dedeurwaerdere F**, **Deeren D**.
- **Interobserver variability in the assessment of stromal tumor-infiltrating lymphocytes (STILs) in triple-negative invasive breast carcinoma influences the association with pathological complete response:** the IVITA study Mieke R Van Bockstal, Aline François, Serdar Altınay, Laurent Arnould, Maschenka Balkenhol, Glenn Broeckx, Octavio Burgués, Cecile Colpaert, **Franceska Dedeurwaerdere**, Benjamin Dessauvage, Valérie Duwel, Giuseppe Floris, Stephen Fox, Clara Gerosa, Delfyne Hastir, Shabnam Jaffer, Eline Kurpershoek, Magali Lacroix-Triki, Andoni Laka, Kathleen Lambein, Gaëtan Marie MacGrogan, Caterina Marchiò, Maria-Dolores Martin Martinez, Sharon Nofech-Mozes, Dieter Peeters, Alberto Ravarino, Emily Reisenbichler, Erika Resetkova, Souzan Sanati, Anne-Marie Schelfhout, Vera Schelfhout, Abeer Shaaban, Renata Sinke, Claudia M Stanciu-Pop, Carolien H M van Deuren, Koen K Van de Vijver, Anne-Sophie Van Rompuy, Anne Vincent-Salomon, Hannah Y Wen, Serena Wong, Caroline Bouzin, Christine Galant. . . Mod Pathol 2021, Jul 3. DOI: 10.1038/s41379-021-00865-z

Bijscholing

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

19	02	22	Nieuwjaarsreceptie
19	04	22	Intimiteit in het antieke Rome
07	06	22	Statutaire vergadering
08	11	22	Flash Avond

Symposia

Dr. M. Vuylsteke

- (On-line) "Why do I use laser in the treatment of superficial venous disease?" 25th IUA European Chapter Congress, Porto. (08.10.21)
- **Chronische Veneuze aandoeningen.** Presentatie huisartsen Kortrijk (09.11.21)

Dr. Antonio Gazziano

- "Burn-out en depressie" Interactieve infoavond. Pittem (5.10.2021) en Ingelmunster (7.10.2021)

Dr. Dekonink Julien

- J. Dekoninck, S. Lim, H. Pajulammi: **Highlights of the 17th EUGMS congress**, Athene (13.10.2021)

Dr. Marcelis

- **Regeneratieve eigenschappen**, Kinékring Tielt-Izegem PRP, Shamrock Tielt (22.10.2021)
- **Musculoskeletal ultrasound course**: advanced session - S. Marcelis, T. Jager, K. Vanderdood, M. De Maeseneer, Sint-Andriesziekenhuis (26-27.06.2021)

Dr. Frederik Van Hoecke

- **Chirurgische antibiotica-profylaxe** – state of the art – Chirurgische ochtendkrans Sint-Andries (5.11.2021)

Dr. Sophie Vandeplasseche

- **ALS hands-on training** in Sint-Andriesziekenhuis
- **ALS-instructeur 2- daagse ALS-cursus** in UZ Gent (van ERC European Resuscitation Council) (10.2021)

Dr. Jan Bresseleers

- **Management van anticoagulatie in de huisartsenpraktijk**: recente richtlijnen.
- **Cardio-renale impact van SGLT2 inhibitie voor het volgende decennium**

Online symposium voor de geneesherenkring van 't oosten van West-Vlaanderen (16.03.2021)

Dr. Ward Vandewalle

- "Agressieve patiënten: hoe ga je hiermee om?" Een uiteenzetting over aanpak met concrete tips." Hotel-Restaurant Shamrock, Euromarktlaan 4, Tielt (7.09.2021)

Dr. Pieter Jan Elshout

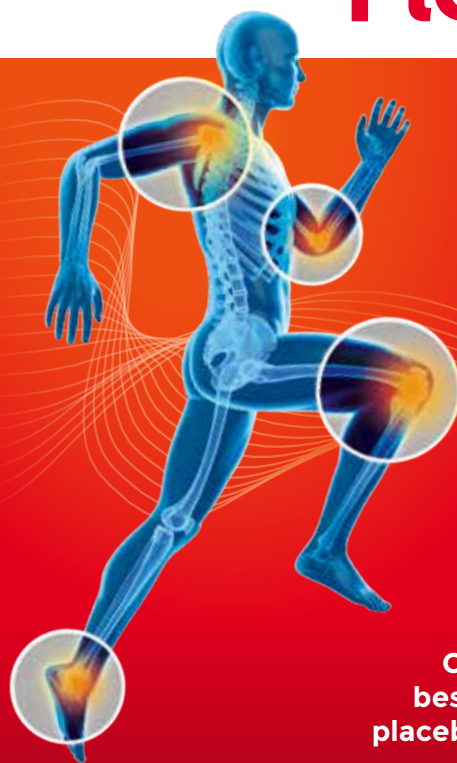
- "Prostaat, een harde noot om te kraken" Online infoavond voor de gemeente Aalter (2.11.2021)

Flexofytol[®] FORTE NEW

2 x
STERKER

Gewrichten, spieren & pezen¹:

EIS HET BESTE !



Bioactieve formulering
Kurkuma • Boswellia • Vitamine D

Uitstekende tolerantie

Curcumine wetenschappelijk bestudeerd in een dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek²

VEREENVOUDIGD GEBRUIK

1 tot 2 / dag




Tilman[®]

Verkrijgbaar in 28 tabletten (CNK : 4385-720) en 84 tabletten (CNK : 4385-738)

www.flexofytol.be

¹ Kurkuma extract draagt bij tot het behoud van flexibiliteit en soepelheid van gewrichten en pezen. Boswellia extract draagt bij tot de soepelheid van de gewrichten. Vitamine D draagt bij tot de instandhouding van een normale spierfunctie. ² Henrotin et al. Arthritis Research & Therapy volume 21, Article number: 179 (2019).