

Oog op hoofd en hals



**Nieuw:
avondconsultaties**

**Erkenning
opleidingscentrum ALS**



2 | INHOUD

2	Edito Dr. Mehrdad Biglari
3	Ofthalmologie
9	Ronchopathie
13	Stem- en slikstoornissen
15	In de kijker Rapiscan bij hartscan
16	In de kijker: Extracorporale shockwave lithotripsie
17	Afdeling in de kijker: Poetsdienst
18	Nieuws
21	Nieuwe artsen
22	Publicaties
23	Symposia Bijscholingen

COLOFON

Hoofdredacteur

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

Redactieraad

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

Dr. Danny Derous:
danny.derous@sintandriestielt.be

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

Dr. Sandra Huysentruyt:
sandra.huysentruyt@sintandriestielt.be

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

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

Gerdy Dezutter:
gerdy.dezutter@sintandriestielt.be

Eindredactie

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

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Ann Van de Moere

Dr. Rajkumar Lucas

Dr. Michèle Tack

Dr. Julie Imschoot

Dr. Ingeborg Bastin

Dr. Lieve Van Eckhoutte

Dr. Linda Seynaeve

Dr. Belphe De Wilde

Dr. Laurens Timmermans

Dr. Pieter Ingelaere

Dr. Mariëtte van den Heuvel

Dr. Pieter Jan Elshout

Dr. Wouter Marchand

Dr. Ludovic D'hulst

Hilde Vandewege

Lies Debrabandere

Vormgeving

KIXX - www.kixx-concept.be

Drukkerij

Papyrus - www.papyrusweb.be

EDITO

Robots en computers in de zorg? Zo werkt het ziekenhuis van de toekomst

In het overgrote deel van de wereld is de medische zorg het zorgkind van de economie. Dat komt omdat de zorg een van de belangrijkste pilaren van een moderne samenleving is; precies zoals het onderwijs of een dak boven het hoofd. Feit is echter dat lang niet iedereen zijn of haar zorgkosten kan betalen. In moderne economieën bestaan daarom complexe overdrachtssystemen die erop neerkomen dat zorgconsumenten naar draagkracht bijdragen.

Om een lang verhaal kort te maken: het gaat hier dus ook over geld. En hoewel nieuwe technologieën vaak kostenverhogend werken, bestaat wel degelijk ook de hoop dat automatisering de zorg efficiënter en dus goedkoper zou kunnen maken. Een robotverpleger of een robotchirurg belandt immers niet in een ziekenbed en heeft geen behoefte aan een vrij weekend noch vakantie.

Het is dus allesbehalve raar te dromen van een super geautomatiseerd ziekenhuis van de toekomst. Daarin zou de zorg niet alleen goedkoper zijn, maar vooral ook beter en patiëntvriendelijker. Paradoxaal genoeg is het dus aan machines om de zorg een menselijker gezicht te geven. De vraag is hoe realistisch zulke voorspellingen zijn? Het antwoord is: zeer realistisch maar het duurt vaak even voordat het helemaal ingeburgerd is.

Dat robots op termijn een grote rol gaan spelen, staat vast. Sterker nog: dat doen ze nu al. Het is nog geen volledig autonoom opererende machine, wel apparatuur die artsen in staat stelt hun werk veel beter te doen. Voorbeelden zijn de operatierobots Da Vinci, van het bedrijf Intuitive Surgical en meest recent Hugo van de firma Medtronic, beide van Amerikaanse makelij. De chirurg ontvangt van de robot scherpe 3D-beelden uit het lichaam, om met behulp van een tweetal joysticks, de robotarmen in datzelfde lichaam aan te sturen. De chirurg bestuurt, de machine voert uit. Bewegingen die voor menselijke gewrichten onmogelijk zijn, worden moeiteloos door de robot uitgevoerd. De verhouding van de robot tot de chirurg is zoals een onbemand gevechtsvliegtuig dat door een piloot vanop de grond wordt bestuurd. Robotchirurgie is de logische stap na de trend van de voorbije decennia om steeds meer operaties laparoscopisch uit te voeren.

Zorgautomatisering

Omdat zorgsystemen per land sterk verschillen, en er bovendien maar beperkte marktwerking in aanwezig is, lijkt de zorg immuun voor de sterke disruptie die vanuit Silicon Valley over de wereld waait. Maar sinds farmagigant Johnson & Johnson een samenwerking aankondigde met Google, lijkt geen enkel ziekenhuis nog immuun voor de globalisering. De resulterende onderneming Verb Surgical beoogt de ontwikkeling van geavanceerde chirurgische robots, plus de bijbehorende datasystemen. Dat laatste is in het bijzonder interessant in het licht van Googles expertise in big data en deep learning. Het is niet ondenkbaar dat Verb straks in Tiel de juiste diagnose stelt dankzij patiëntgegevens uit Shiraz. In de diagnostiek en prognostiek is het - door het leren van veel voorbeelden - een kwestie van tijd vooraleer computers het overnemen en ze daarin voor bepaalde toepassingen beter zullen worden dan zelfs de beste menselijke specialisten.

Info in een oogwenk

Het ziekenhuis van de toekomst wordt vaak beschreven in termen van zichtbare innovaties. Toch lijkt het erop dat de werkelijke innovatie in het ziekenhuis van de toekomst zich geruisloos op de achtergrond aan het voltrekken is. De 'educated guess' van de arts lijkt plaats te maken voor deep learning systemen die informatie uit bijv. de MRI-scanner binnen een oogwenk vergelijken met informatie van miljoenen andere patiënten overal ter wereld.

Veel leesplezier!

Dr. Mehrdad Biglari

Sponsors



Oftalmologie: vergrijzing geeft uitdagingen, maar brilvrij is de toekomst



Dr. Danny Deraus, oftalmoloog
danny.deraus@sintandriestielt.be

Dr. Ann Van de Moere, oftalmoloog
ann.van.de.moere@sintandriestielt.be

Dr. Raj Lucas, oftalmoloog
rajkumar.lucas@sintandriestielt.be

Dr. Michèle Tack, oftalmoloog
michele.tack@sintandriestielt.be

Dr. Julie Imschoot, oftalmoloog
julie.imschoot@sintandriestielt.be

Dr. Inge Bastin, oftalmoloog
ingeborg.bastin@sintandriestielt.be

Dr. Lieve Van Eeckhoutte, oftalmoloog
lieve.van.eeckhoutte@sintandriestielt.be

Dr. Linda Seynaeve, oftalmoloog
linda.seynaeve@sintandriestielt.be

De vergrijzing van de bevolking maakt dat ook de dienst oogheelkunde voor bijkomende uitdagingen staat. Eerst en vooral wordt er bij een verouderde bevolking meer cataract vastgesteld. Tijdens de cataractchirurgie zijn er toenemende mogelijkheden voor visuele correctie op maat. Daarnaast worden de senioren meer en meer geconfronteerd met ouderdomsziektes zoals glaucoom, macula degeneratie en diabetes mellitus type II.

Naast de seniorenproblematiek merken we ook dat de actieve bevolkingsgroep vaker brilvrij wenst te zijn. Met de groep Tielse oogartsen gaan we die uitdagingen aan dankzij subspecialisatie en uitbreiding van ons medisch-technisch arsenaal. Onze service wensen we ook uit te breiden naar patiënten van Aalter.

Onze focuspunten

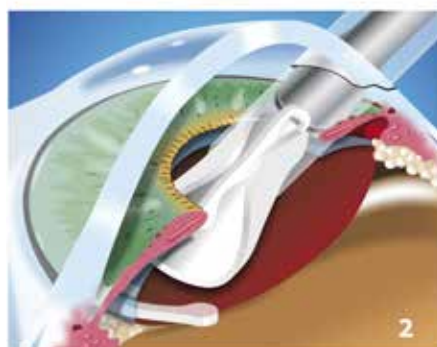
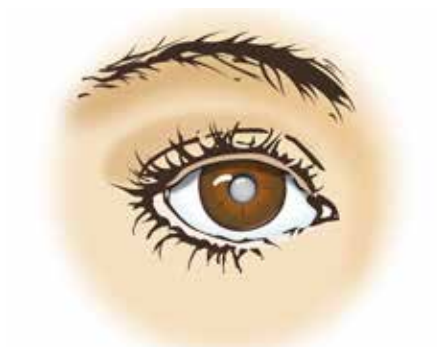
- Cataract
nieuw: brilvrij zijn d.m.v. multifocale of EDOF lensimplant
- Refractieve chirurgie
nieuw: smile/ICL
- Maculopathie ikv diabetes, leeftijdsgebonden maculaire degeneratie
nieuw: behandeling met beovu/Iluvien/ozurdex
- Strabisme

Nieuw in ons technisch arsenaal

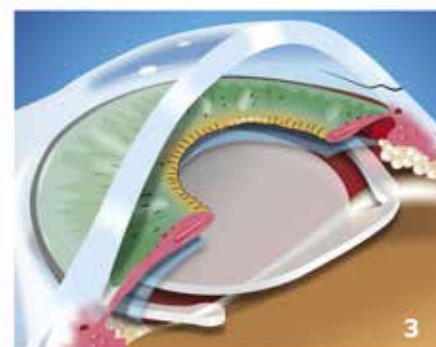
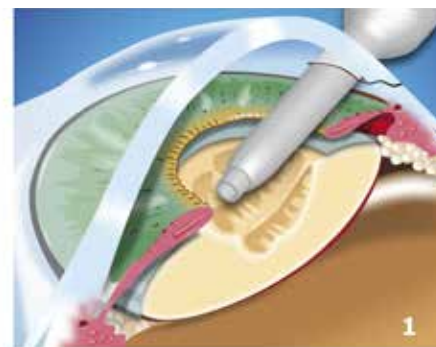
- Laatste nieuwe biometer IOL master 700, nieuwe chirurgische microscoop Leica & het Verion meetsysteem voor de cataractplanning en -ingrepen
- Topcon OCT voor diagnose & follow-up van maculaire aandoeningen en glaucoom
- Lightmed YAG-laser: goed voor capsulotomie, gonioslaser voor glaucoom en vitreolyse voor floaters (bewegende zwarte vlekjes)

Onze nieuwe consultatie in Aalter

De oogzorg wordt uitgebreid naar Aalter, met de uitbouw van een nieuw oftalmologisch kabinet voor consultaties.



Cataractingreep



Onze focus: de cataractchirurgie

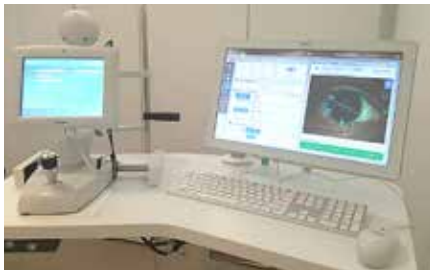
Cataract is het vertroebelen van de ooglenzen, door het verouderen of ten gevolge van inname van medicatie. Dit geeft een waziger zicht. Tijdens de cataractoperatie wordt de troebele lens via een micro-incisie van 2 mm verwijderd dmv de phaco-emulsificatie, en er wordt een nieuwe kunstlens geplaatst. (zie foto cataractingreep) In de laatste vijf jaar werd ons ganse technische arsenaal voor de cataractchirurgie vernieuwd, en werken we met de laatste nieuwe technologieën.

Tijdens het pre-operatieve onderzoek wordt het intra-oculaire lensimplant zodanig berekend, dat het oog na de cataractingreep goed kan zien voor ver zonder bril. Moderne biometrie wordt uitgevoerd door **optische biometrie**, waarbij lange golflengte licht wordt gebruikt om snelle, nauwkeurige axiale lengte metingen en ook keratometrie te doen met één toestel en zonder contact met het oog. In de kliniek maken we gebruik van de laatste generatie, de **Zeiss IOL master 700**.

De kromming van het hoornvlies wordt vooraf in beeld gebracht met het **VERION** meetsysteem. Bij aanwezigheid van een steile kromming van het hoornvlies (=astigmatisme), wordt tijdens de cataractoperatie deze steile as geprojecteerd op de microscoop, zodat het torische lensimplant ter correctie van het astigmatisme precies op deze as wordt geplaatst.



Zeiss IOL master 700



VERION

Tijdens de cataractingreep wordt gebruik gemaakt van het laatste nieuwe phacotoestel van Bausch&Lomb, de **Stellaris Elite**, en wordt een nieuwe **LEICA** microscoop aangekocht.

Na het verwijderen van de troebele lens, wordt een kunstlens geplaatst in de kapselzak. Steeds vaker wensen patiënten na hun cataractingreep brilvrij te zijn, ofwel enkel voor ver, ofwel voor ver en dichtbij. Er zijn hiervoor verschillende types lensimplanten:

- Een **unifocale** lens zet de focus op één plaats: ver of dichtbij. Meestal wordt gekozen om zo goed mogelijk te zien in de verte, waarbij nog een leesbril nodig is. Ook kunnen we één oog voor ver berekenen en één oog voor dicht, dit wordt monovisie genoemd.
- De **EDOF (Extended Depth of Focus)** lens streeft een maximale brilonafhankelijkheid na voor zicht in de verte (autrijden, tv-kijken) en op tussenafstand (computerwerk, huishouden, boodschappen, dashboard,

GPS ...). Voor het lezen is er vaak nog een leesbril nodig. Het voordeel van deze lens ligt in het design van de lens waardoor een zeer goede optische kwaliteit gewaarborgd is. Zo geeft deze lens geen halo's rond lichtbronnen. Het leren kijken op verschillende afstanden (neuro-adaptatie) verloopt vlot.

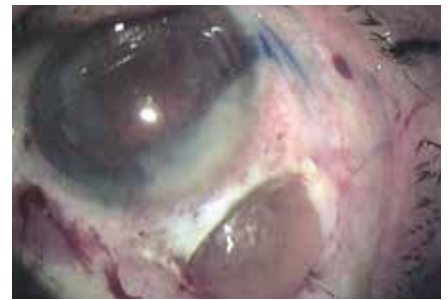


Multifocale lens

- De **multifocale** of trifocale lens streeft een maximale brilonafhankelijkheid na voor zicht in de verte, op tussenafstand én voor dichtbij. Een nadeel bij dit lenstype is het zien van halo's rond lichtbronnen 's nachts, en er is wat tijd nodig om aan deze lens te wennen (neuro-adaptatie)

Manual Sutureless Cataract Surgery (MSICS): een nieuwe toepassing van een "oude" techniek

Zoals eerder geschreven, zien we steeds meer mensen met cataract, maar ook uitgestelde cataractingrepen als gevolg van COVID-19. Deze heel harde cataracten zijn soms moeilijker te opereren met standaard phaco-emulsificatie.



MSICS

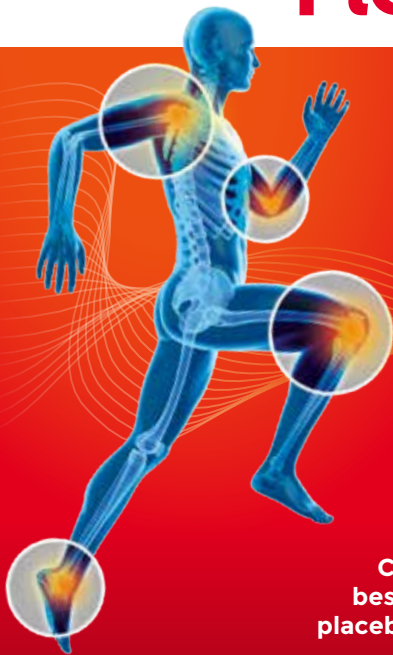
Alhoewel dit de "oude" methode is, is dit soms de beste manier om harde cataracten te behandelen. Er zijn geen dure toestellen nodig, en het geeft vrij goede resultaten en minder complicaties voor harde cataracten.

De ingreep gebeurt onder een lokale (Sub-Tenon block) of algemene narcose. Een brede (5 tot 7 mm, 2 mm lang) sclerale tunnel wordt gemaakt tot in de cornea. De harde cataract wordt in de voorkamer losgemaakt. Door hydrostatische druk van een infuus en door de sclerale tunnel te openen, wordt de cataract verwijderd in toto (en niet in kleine stukjes verbrijzeld, zoals bij phaco-emulsificatie). De cortex wordt verwijderd en de kunstlens wordt ingebracht. Door zijn vorm sluit de sclerale tunnel automatisch dmv de intra-oculaire druk. Hierdoor zijn geen corneale hechtingen meer nodig (in tegenstelling tot de gewone extra-capsulaire techniek, waarbij een grote corneale incisie gemaakt wordt).

Flexofytol[®] FORTE NEW 2x STERKER

Gewrichten, spieren & pezen¹:

EIS HET BESTE !



Bioactieve formulering
Kurkuma • Boswellia • Vitamine D

Uitstekende tolerantie

Curcumine wetenschappelijk bestudeerd in een dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek²



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 Liuting Zeng et al. 2021.

	DICHT	TUSSEN	VER	ASTIGMATISME
Monofocale lens Ontworpen voor scherp zicht in de verte. Een bril blijft nodig voor tussenafstand en en lezen. Voor deze lens is er een terugbetaling door de mutualiteit voorzien.				
EDOF lens U wenst in de eerste plaats een maximale optische kwaliteit? U vindt een lichte leesbril geen probleem? Deze lens geeft u een brilonafhankelijkheid voor ver en op tussenafstand.				
Multifocale lens U wenst een maximaal brilonafhankelijk leven? Deze lens biedt u deze mogelijkheid na een periode van neuroadaptatie.				

Schema van de verschillende lensimplanten

De refractieve chirurgie: 'Zien zonder bril'

Na cataractchirurgie streven we ernaar dat de patiënt ziet zonder bril, ofwel voor ver, ofwel voor ver en dichtbij. Ook bij patiënten zonder cataract die ouder zijn dan vijftig jaar, kan een lensvervangende ingreep uitgevoerd worden. Dit heet de **refractieve lens exchange (RLE)**. Meestal wordt hier voor een multifocale of EDOF-lens gekozen.

Bij patiënten tussen 18 en 45 jaar kan de bril weggewerkt worden door de refractieve laserchirurgie. Afwijkingen die hiermee kunnen worden behandeld, zijn bijziendheid, verziendheid en astigmatisme. De laser kan immers zowel het hoornvlies vlakker maken, zoals bij bijziendheid, of steiler, zoals bij verziendheid.

De eerste techniek die hiervoor ontworpen werd waren de erg populaire 'krasjes' of 'radiaire keratectomie'. Hierbij werden verschillende krasjes gemaakt in het hoornvlies om het zo af te vlakken. Wegens te veel bijwerkingen op lange termijn is deze techniek ondertussen verlaten.

Nadien kwam de **PRK (= photorefractieve keratectomie)** waarmee het hoornvlies kon afgevlakt worden door het verdampen van weefsel met behulp van een excimerlaser. Dit is een goede en nauwkeurige behandeling, maar genezing verloopt erg traag.

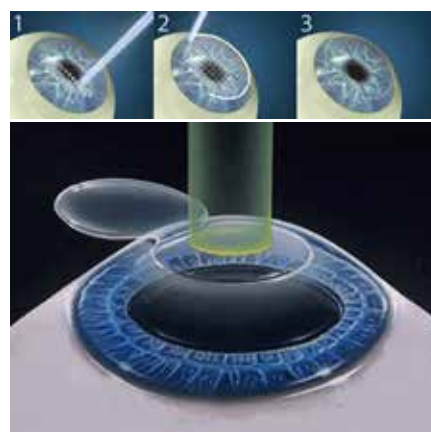
Een nieuwere methode is de **FEMTOLASIK (= Laser assisted in situ keratomileusis)**, waarbij een flapje wordt gemaakt op het hoornvlies door een femtosecond laser, waarna de behandeling

met de excimerlaser onder de flap plaatsvindt. Deze behandeling is even nauwkeurig als PRK, maar de genezing is vlot en pijnloos.

De laatste nieuwe lasertechniek is **SMILE (= Small Incision Lenticular Extraction)**. Hierbij wordt eerst een lenticule of schijfje in het intact hoornvlies voorbereid door de femtosecond laser. Deze lenticule wordt nadien door een kleine opening verwijderd. Dit alles gebeurt zonder het maken van een flap waardoor de stabiliteit van het hoornvlies behouden blijft en de kans op droge ogen vermindert.

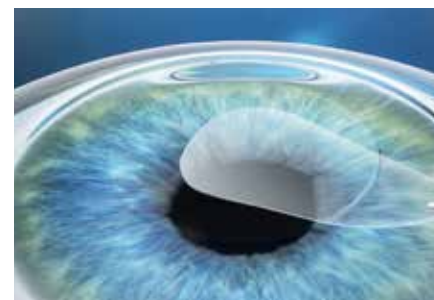
Al deze lasertechnieken worden gepersonaliseerd door de oogarts en kunnen uitgevoerd worden vanaf de leeftijd van 18 jaar, op voorwaarde dat er geen andere oogandoeningen aanwezig zijn en de brilcorrectie reeds meer dan een jaar stabiel is.

Bij patiënten die voor geen enkele lasertechniek



FemtoLASIK

niek in aanmerking komen door bijvoorbeeld een te dun hoornvlies (minder dan 500µ) of een te hoge bijziendheid (vanaf -8 Dioptrie), is er ook nog de mogelijkheid tot het implanteren van een ICL (Implantable Contact Lens). Dit is een soort contactlens die net voor de eigen ooglens geplaatst wordt. Ook dit is een snelle en pijnloze ingreep met snel herstel en is bovendien omkeerbaar.

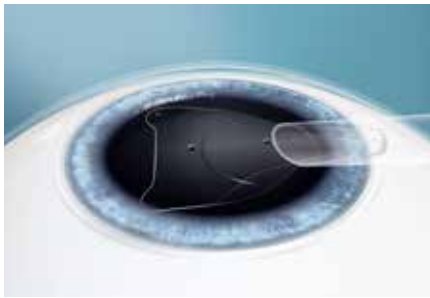


SMILE

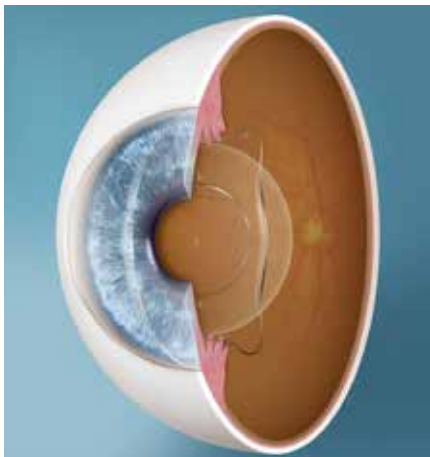
Nieuw in ons technisch arsenaal: de TOPCON OCT voor de diagnose en follow-up van maculaire aandoeningen en glaucoom

Recent werd de laatste nieuwe OCT van Topcon aangeschaft door de dienst oogziekten. OCT staat voor **Optical Coherence Tomography**. Hiermee worden scans van het netvlies gemaakt, meer bepaald de maculaire en peri-papillaire regio. De dikte van het netvlies, en de verschillende lagen van het netvlies worden weergegeven.

Topcon (Japan) heeft een grote sprong voorwaarts gemaakt op het gebied van de



ICL (Implantable Contact Lens)



ICL (Implantable Contact Lens)

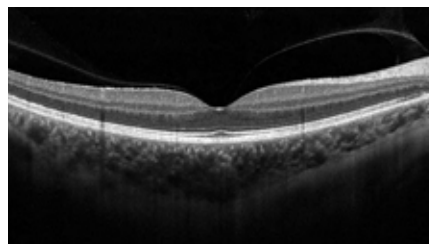
OCT-technologie door gebruik te maken van high-speed imaging namelijk Fourier Domain OCT. In tegenstelling tot klassieke OCT wordt Fourier-Domain-OCT interferometrische informatie opgeslagen via een spectrometer in plaats van bewegende spiegels wat een drastische verbetering geeft in scanning-snelheid en beeldgevoeligheid. Met deze OCT worden 50.000 scans per seconde genomen! De resolutie bedraagt axiaal 4-6 μm , en lateraal 18 μm !

Tijdens de opname wordt tegelijkertijd een OCT-scan genomen, met weergave van de retinale dikte in een grid en in een kleurenpatroon, samen met een fundusfoto die kan bekeken worden in kleur, roodvrij, en met autofluorescentie.

In een oogwenk wordt de macula in beeld gebracht tot in het uiterste detail. Maculaire aandoeningen bestaan uit: de leeftijdsgebonden

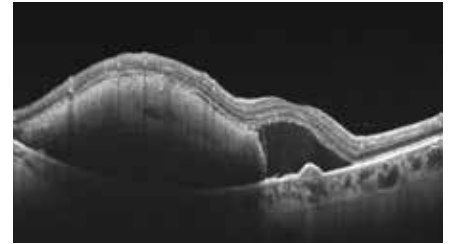
maculaire degeneratie (LMD) (droge vorm en natte vorm), de maculaire pucker of epiretinaal membraan, de vitreo-maculaire tractie, het maculair gaatje, maculair oedeem bij diabetesische maculopathie, bij centraal veneuze occlusies en veneuze takocclusies, myope maculopathie e.a.

Aantasting van de macula in het kader van de natte vorm van de leeftijdsgebonden maculaire degeneratie (LMD), met aanwezigheid van retinaal oedeem (intraretinale zwelling), intraretinale cysten, subretinaal vocht of een pigmentbladdecollement, kan behandeld worden met maandelijkse intravitreale **injecties met anti-VEGF** (vascular endothelial growth factor) zoals Lucentis (ranibizumab) of Eylea (afibercept). De laatste nieuwe anti-VEGF Beovu (brolucizumab) is nog efficiënter in



Normale macula

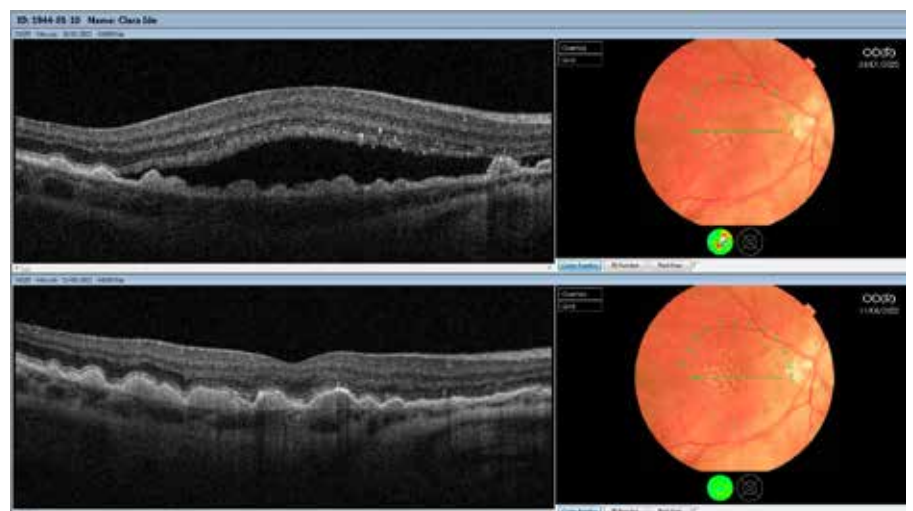
het wegnemen van subretinaal vocht, maar is nog niet terugbetaald op heden. Een vijftal patiënten worden hier reeds mee behandeld in onze dienst.



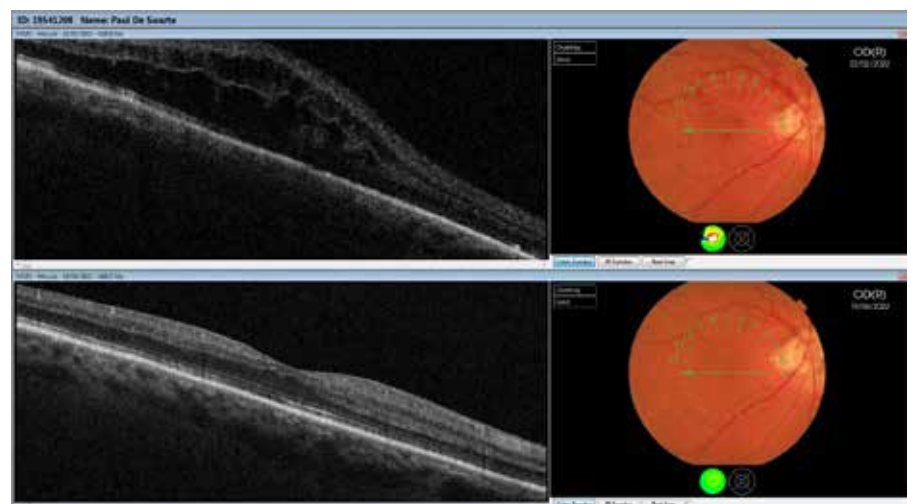
Natte vorm van de LMD

Ook intraretinaal oedeem dat kadert in een centraal veneuze retinale occlusie, een retinale takocclusie, of diabetesische retinopathie, kan met intravitreale injecties met anti-VEGF behandeld worden. Een laatste nieuwe vorm van behandeling van diabetesisch maculair oedeem is met **langwerkende cortico-steroiden**, met name Ozurdex (dexamethasone implant) en Iluvien (fluocinolone acetonide implant). Deze implanten werken respectievelijk 3 en 18 maanden in.

Met de OCT kunnen we een doorsnede maken van de dikte van de zenuwvezellaag rondom de oogzenuwkop (papil) en zo zien



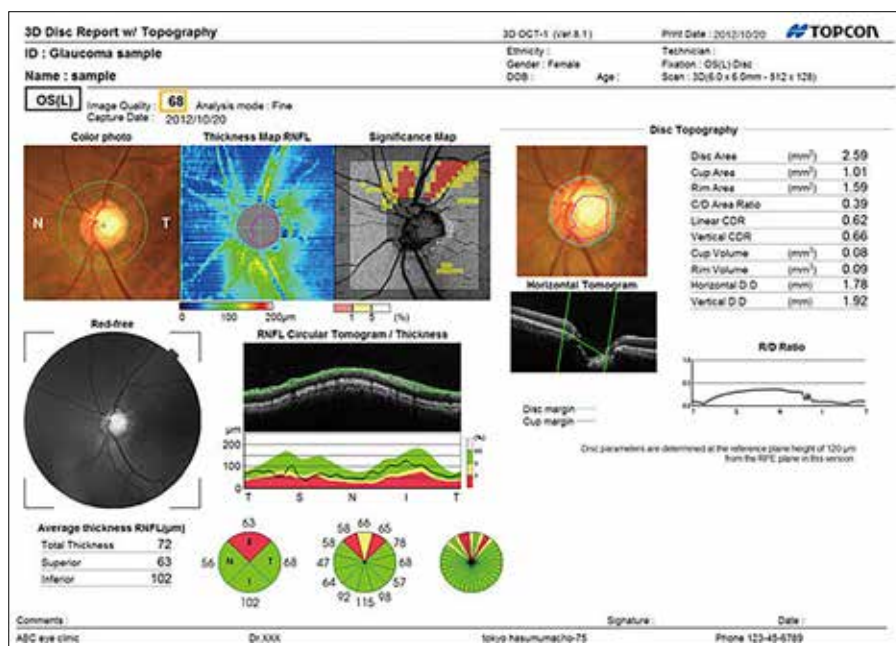
Voor en na injectie met anti-VEGF voor LMD



Voor en na injectie met anti-VEGF voor retinale takocclusie



OCT (Optical Coherence Tomography)



Glaucomateuze papil op OCT



Selectieve lasertrabeculoplastie (SLT).

hoeveel schade er is door bijvoorbeeld een te hoge intra-oculaire oog (= glaucoom). Daarnaast kunnen we ook het verdere verloop van de progressie van de ziekte volgen.

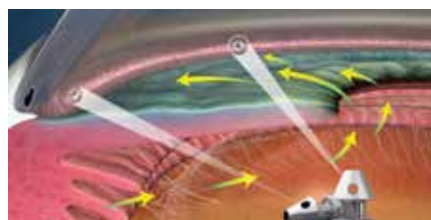
Nieuwe behandelingen voor glaucoom: selectieve laser trabeculoplasty & iStent

Bij 1 op 100 patiënten wordt vroeg of laat glaucoom gediagnosticeerd. Glaucoom is de aantasting van de zenuwvezeltjeslaag (nerve fiber layer) in het netvlies, meestal ten gevolge van een te hoge oogdruk. Dit is te wijten aan het feit dat de aanmaak van vocht in het oog groter is dan de afvoer in de voorkamerhoek van het oog. Glaucoom is de 2e oorzaak van blindheid, na maculadegeneratie. Het is de 'stille' blindmaker: een te hoge oogdruk voel je niet, en de hersenen vullen de ontbrekende informatie aan, op basis van het beeld van het andere oog, zodat je er zelf weinig van merkt. Vaak wordt de diagnose van glaucoom te laat gesteld. De gevolgen van glaucoom zijn onomkeerbaar: als je te laat begint met de behandeling, is het opgelopen gezichtsveldverlies blijvend. De eerstelijnsbehandeling voor glaucoom bestaat uit drukverlagende oogdruppels. Deze dagelijkse oogdruppeltjes worden vaak vergeten, of worden minder gebruikt door het veroorzaken van roodheid of irritatie van het oog, wat de compliance rate van de oogdruppels terugbrengt tot amper 50 procent. Een chirurgische behandeling voor glaucoom is de trabeculoplastie. Deze is redelijk ingrijpend voor het oog, met heel wat risico's voor het oog.

Een minder invasieve chirurgische behandeling is het plaatsen van twee kleine stentjes in de voorkamerhoek, tot aan het kanaal van Schlemm. Deze kunnen een drukverlaging geven van 5 tot 7 mmHg, en dit gedurende 5 jaar na de ingreep. Deze kunnen ook geplaatst worden tijdens de cataractingeep.

Een drukverlagende behandeling zonder oogdruppels en zonder invasieve chirurgie is de **selectieve lasertrabeculoplastie (SLT)**.

Met deze YAG-laser worden de pigmentcellen in het trabeculum selectief getroffen, zodat er meer ruimte vrij komt in het sponsachtig afvoersysteem (= trabecular meshwork). Het omliggende weefsel wordt niet getroffen, zodat er minder kans is op ontsteking, minder tijdelijke drukstijging en minder verkleving in de voorkamerhoek, in vergelijking met de Argon laser trabeculoplastie. Soms kan het drukverlagende effect na 2 jaar verloren gaan, en kan de laserbehandeling herhaald worden.



iStent

Een andere indicatie voor de YAG-laser: Yag laser vitreolyse (Laser Floater Removal of LFR)

Het glasvocht (vitreum) vult het achterste segment van het oog en is belangrijk voor de structuur van het oog. Door de leeftijd wordt het vitreum denser van structuur, en kan het loskomen van het netvlies (= achterste glasvochtloslating of AGVLL). Een AGVLL kan floaters of mouches volantes geven: bewegende, doorzichtige vlokjes of streepjes, die soms heel storend voor het zicht kunnen zijn. Vaak verminderen de symptomen na enkele weken tot maanden, maar soms niet. In bepaalde gevallen, kunnen de floaters behandeld worden met de YAG-laser, waarbij een Nanopulse YAG-laser wordt gebruikt om de vitreale floaters te verdampen.

Dit is een zeer efficiënte procedure, pijnloos en met een laag complicatiegehalte, en biedt een hoge mate van patiëntentevredenheid. De enige andere oplossing is een vitrectomie, die redelijk invasief is voor het oog, en meestal gebeurt onder algemene anesthesie.



Floaters

Nog een subspecialiteit van ons ziekenhuis: Strabisme-chirurgie

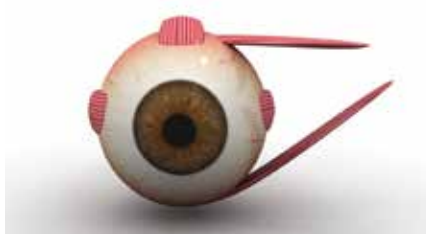
Strabisme of scheelzien van de ogen ontstaat wanneer een of beide ogen in een afwijkende stand staan en bijgevolg niet op eenzelfde punt gericht worden. Elk oog heeft 6 oogspieren (4 rechte en 2 schuine) en een goede samenwerking van al deze oogspieren zorgt voor een rechte oogstand. Zodra er een disbalans ontstaat in de samenwerking van deze spieren, kan er een scheelzien van de ogen ontstaan.

Scheelzien van de ogen presenteert zich zowel op jonge als op oudere leeftijd en kan congenitaal of verworven zijn. Er zijn verschillende vormen van scheelzien en de graad van scheelzien kan variëren van heel mild tot heel uitgesproken. Meest frequent draait het oog naar binnen (esoforie of tropie) of naar buiten (exoforie tot tropie). Ook een hoogteverschil (hypo of hyperforie/tropie) is beschreven. Dit laatste treedt voornamelijk op bij een parese of paralyse van de N. Trochlearis, congenitaal of verworven. Combinaties van scheelzien zijn ook mogelijk.

Scheelzien heeft verschillende oorzaken: brilafwijking, oogheelkundige afwijkingen (bijv. cataract), verlamming van de oogspieren, zenuwafwijkingen e.a. Scheelzien op jonge leeftijd zal leiden tot de onderdrukking van 1 van de 2 ogen, zodat geen dubbelzicht (= diplopie) ontstaat, echter dit kan leiden tot de ontwikkeling van een lui oog (= amblyopie). Scheelzien dat op oudere leeftijd (> 8j) ontstaat, geeft over het algemeen aanleiding tot een dubbelzicht.

Als een patiënt zich presenteert met een scheelziend oog, is het belangrijk om de oorzaak te achterhalen. Hiervoor is een grondig oogheelkundig & orthoptisch nazicht nodig. Bij volwassenen is een verlamming van een van de hersenzenuwen mogelijk en kan verder neurologisch nazicht aangewezen zijn.

Bij kinderen met scheelzien dient in eerste instantie de bril optimaal gecorrigeerd te worden. Dit kan de oogstand in belangrijke mate beïnvloeden en kan soms reeds voldoende zijn. Als dit onvoldoende is, kan de oogstand operatief gecorrigeerd worden. Een strabisme-ingreep heeft geen invloed op het zicht. Bij volwassenen met scheelzien zal een optimale brilcorrectie over het algemeen weinig



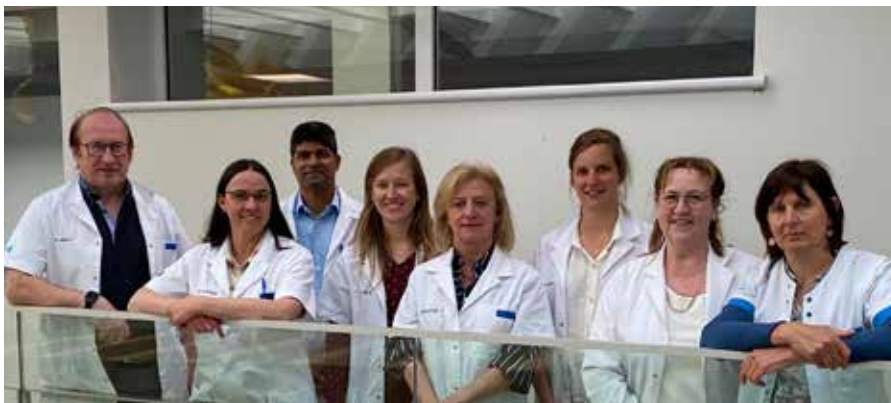
Oogbol met oogspieren

invloed hebben en kan in eerste instantie een prismabril aangemeten worden. Als dit onvoldoende is, kan alsnog een ingreep uitgevoerd worden eens er stabiele metingen zijn over een langere periode.

Een strabisme ingreep wordt uitgevoerd onder algemene anesthesie. Er kan een recessie en/of resectie, het naar achteren plaatsen of naar voren trekken van een oogspier, en dit op een of beide ogen worden uitgevoerd. De verschillende hoeken worden preoperatief uitgemeten en op basis daarvan wordt een plan per individu opgesteld. Het doel van de operatie is een zo goed mogelijk esthetisch resultaat te hebben. Soms zijn hiervoor meerdere ingrepen nodig.

Een laatste subspecialiteit van onze dienst is de traanwegen-chirurgie

De klacht "tranende ogen" heeft veel oorzaken en komt op alle leeftijden voor. Soms is een onderliggende aanslepende chronische ontsteking van de meiboomklieren (talgklier-tjes in de ooglidrand) de oorzaak. Dit heet blefaritis en vraagt een medicamenteuze therapie. De verstoppingen of vernauwingen van de traanwegen kunnen hoog (boven de traanzak) of laaggelegen (onder de traanzak) zijn. Bij vernauwingen en verstoppingen kunnen we sonderen en een siliconebuisje plaatsen om het opengemaakte traankanaal open te houden. Dit buisje zelf draineert niet maar zorgt ervoor dat het traankanaaltje niet opnieuw dicht gaat. Zodoende kan het pas na ten vroegste 4 maanden opnieuw verwijderd worden. Het type siliconebuisje dat geplaatst wordt is afhankelijk van de locatie van de vernauwing of verstopping. Enkel bij een niet te openen verstopping van de verbinding tussen de traanzak en de neus wordt operatief een nieuw traankanaal gemaakt opdat de traanzak weer verbonden zou zijn met de neusholte. Deze ingreep heet een dacryocystorhinostomie.



Onze artsen:

Dr. Danny Deraus | diensthoofd | danny.deraus@sintandriestielt.be | www.oogcentrumtielt.be
specialisatie cataractchirurgie | medische retina | glaucoom | refractieve chirurgie | ooglidchirurgie

Dr Ann Van de Moere | ann.van.de.moere@sintandriestielt.be | www.eyeofficemeulebeke.be
specialisatie cataractchirurgie | medische retina | glaucoom | refractieve chirurgie | ooglidchirurgie

Dr. Raj Lucas | rajkumar.lucas@sintandriestielt.be | www.eyeofficemeulebeke.be
specialisatie cataractchirurgie | medische retina | glaucoom | refractieve chirurgie | ooglidchirurgie

Dr. Michèle Tack | michele.tack@sintandriestielt.be | www.oogcentrum-tielt.be
specialisatie cataractchirurgie | medische retina | glaucoom | refractieve chirurgie | ooglidchirurgie

Dr. Julie Imschoot | julie.imschoot@sintandriestielt.be | www.oogcentrum-tielt.be
specialisatie cataractchirurgie | medische retina | glaucoom | strabisme

Dr. Inge Bastin | ingeborg.bastin@sintandriestielt.be | www.oogarts-bastin.be
specialisatie kinderoftalmologie | algemene oogheelkunde

Dr. Lieve Van Eeckhoutte | lieve.van.eeckhoutte@sintandriestielt.be | www.strabisme.be
specialisatie strabisme

Dr. Linda Seynaeve | linda.seynaeve@sintandriestielt.be
specialisatie ooglidchirurgie | traanwegen



NIEUW: Consultaties in Aalter

Op 18 maart 2022 werd voor het eerst raadpleging gehouden in onze nieuwe satellietpraktijk te Aalter. Deze is gelegen in hetzelfde gebouw als de satellietpraktijk van de cardiologen van het Sint-Andriesziekenhuis (Lindestraat 20). De algemene oftalmologische raadpleging kan in Aalter gebeuren. De preoperatieve onderzoeken in het kader van cataractchirurgie, en de fluo-angiografie en laserbehandelingen gebeuren in het Sint-Andriesziekenhuis. Hiermee willen wij het Sint-Andriesziekenhuis dichterbij brengen voor de patiënten in Aalter en omgeving.

Ronchopathie en obstructief slaapapneusyndroom (OSAS): diagnose en heelkundige behandeling



Dr. Pieter Ingelaere, arts-specialist in neus-, keel- en oorzaken
pieter.ingelaere@sintandriestiel.be

Dr. Laurens Timmermans, arts-specialist in mond-, kaak- en aangezichtschirurgie
laurens.timmermans@sintandriestiel.be

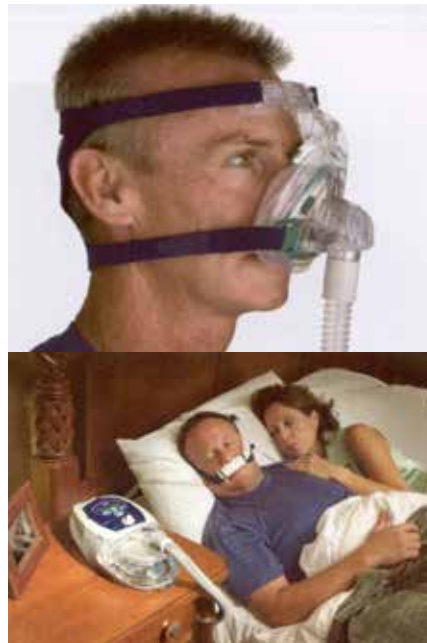
Snurken

Tijdens de slaap verslappen de spieren van de bovenste luchtweg. Hierdoor worden deze weke delen bij het inademen aangezogen, waardoor vibraties, en dus snurkgeluid of ronchopathie ontstaat. Snurkgeluid kan tot 90 dB bedragen, wat vergelijkbaar is met het geluid van een ronkende vrachtwagen. Het is niet verwonderlijk dat dit door de bedpartner als erg storend kan ervaren worden, en kan leiden tot echtelijke discussies. Aangezien snurkgeluid ontstaat in de neus-keelregio, is de NKO-arts de ideale persoon om het probleem in kaart te brengen, en een oplossing voor te stellen.

OSAS

OSAS is het herhaaldelijk collaberen van de luchtweg tijdens de slaap, waardoor onderbreking van de ademhaling (apnea) ontstaat, gevolgd door een ontwakking (arousal) met als gevolg een gefragmenteerde slaap. Deze ademhalingsonderbreking wordt gemeten door middel van een apnea-hypopnea index (AHI). AHI is het gemiddeld aantal hypo-/apnea's per uur slaap (mild 5-15, matig 15-30, ernstig > 30). De symptomen van OSAS zijn slaperigheid, concentratiestoornissen, fysieke en mentale vermoeidheid en cardiovasculaire risico's.

Snurken en OSAS komen frequent voor: snurken 20-30%, OSAS 2-4%. Het overgrote deel van de snurkers en OSAS-patiënten zijn mannen, maar ook bij 10 procent van de vrouwen en kinderen treedt storend snurken op. Naast het geslacht spelen ook leeftijd, gewicht en inname van spierverslappende middelen zoals alcohol of sedativa een rol in het ontstaan van snurken.



De bovenste luchtweg bestaat uit de neus, de pharynx en de larynx. Elke anatomische obstructie in deze structuren kan bijdragen tot het ontstaan van snurken en OSAS. Bij het kind zijn hypertrofe adenoiden en/of hypertrofe tonsillen de grootste oorzaak van obstructief ademen of snurken. Hierdoor vertonen deze kinderen vaak een open-mond-gedrag, en lijden ze aan een slechte kwaliteit van slaap. Een eenvoudige adenotonsillectomie is voor het merendeel van de kinderen met obstructieve ademhaling een goede oplossing.

Bij volwassenen zijn een tussenschotdeviatie, hypertrofie van de neusmucosae en/of chronische sinusitis factoren die bijdragen tot het ontstaan van het snurkgeluid en/of OSAS. De grootste oorzaak van het snurken/OSAS ligt echter meestal in de pharynx: een spierige buis die vatbaar is voor trillingen (ronchopathie) en zelfs collaps (OSAS) wanneer de spier-tonus verslapt. De meest kwetsbare zones in de pharynx zijn enerzijds het niveau van het week verhemelte, de uvula en de tonsillen, en anderzijds de tongbasis.

Aanpak

Anamnestic wordt gepeild naar onderliggende risicofactoren zoals overgewicht, gebruik van ethyl en sedativa, en wordt – eventueel via heteroanamnese van de bedpartner – gescreend op het risico van OSAS. Daarnaast wordt getoetst in welke mate het snurken storend is voor de bedpartner.



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

Een Epworth Sleepiness vragenlijst brengt somnolentie in kaart. Het klinisch onderzoek spiist zich vnl. toe op het opsporen van obstructies ter hoogte van de bovenste luchtweg. Naast een endoscopische evaluatie van de neus wordt de tonsilgrootte gescoord (Friedman-score), de verhouding van de tong t.o.v. het week verhemelte (Mallampati-score), de eventuele aanwezigheid van retrognatie, de halsomtrek, de grootte van de tongamandel ... Endoscopisch kan ook de collapsibiliteit van de luchtweg gescoord worden: met het Müllermanoeuvr kan de onderzoeker via transnasale endoscopie objectiveren waar de grootte vernauwing optreedt bij een negatief Valsalvamanoeuvr (of het vacuüm trekken van de pharynx bij gesloten mond en neus).

Een polysomnografie (PSG) is aangewezen: enerzijds om de eventuele aanwezigheid van OSAS te objectiveren, anderzijds omdat terugbetaling van een snurkbeugel (MRA of Mandibulair Repositie Apparaat) of CPAP afhankelijk is van de apnea/hypopnea index. Tijdens de PSG worden verschillende parameters geregistreerd: slaappatroon, pneumologische en neurologische gebeurtenissen, snurkgeluid, zuurstofsaturatie en cardiologisch bilan.

Om vast te stellen op welk niveau van de bovenste luchtweg het snurkgeluid en/of de apnea ontstaat wordt een Drug Induced Slaap Endoscopie (DISE) uitgevoerd door de NKO-arts: de patiënt wordt overdag naar de operatiezaal gebracht, en door middel van getitreerde intraveneuze Propofol wordt de patiënt langzaam onder narcose gebracht tot hij/zij begint te snurken.



Figure 1a

Mallampati classification (1 to 4) assessing the "container/contents" relation: volume of tongue, soft palate and oral cavity; Class I: uvula and tonsils fully visible; Class II: uvula partly visible; Class III: Soft palate visible, uvula invisible; Class IV: only hard palate visible (see sciamsurgery.com, section 01/Chapter 03 Choice an Type of Anesthesia).



Figure 1b

Friedman classification (0 to 4), assessing palatine tonsil volume (see sleepmedicine-boardreview.files.wordpress.com); class 0: tonsils absent; class 1: tonsils hidden in fossa; class 2: tonsils protruding from fossa; class 3: tonsils protruding well beyond fossa but without crossing the midline; class 4: tonsils meeting at uvula.



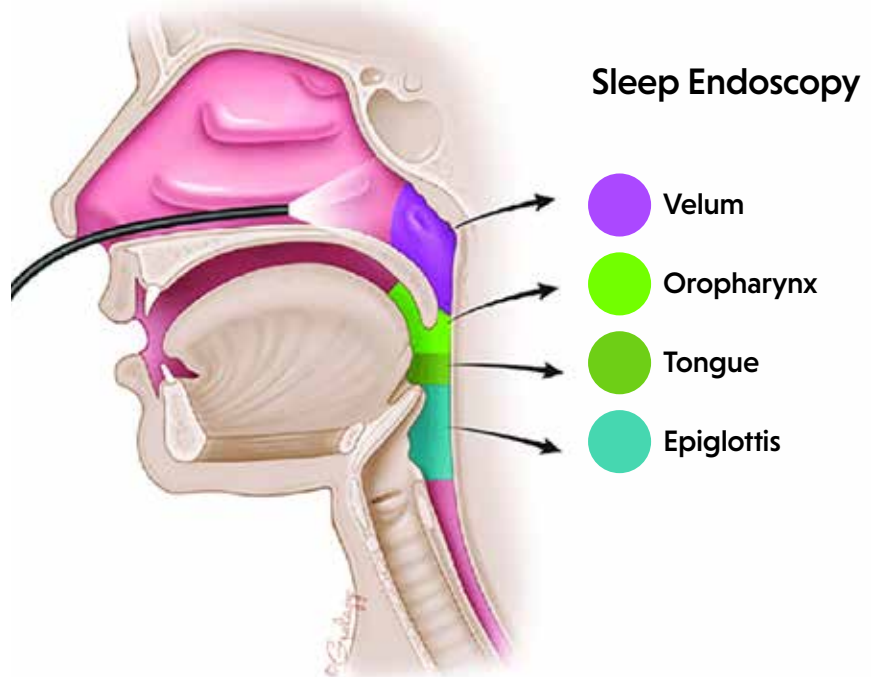
Dan wordt transnasaal endoscopisch vastgesteld op welk niveau het snurkgeluid en/of de collaps van de luchtweg ontstaat. Dit wordt gescoord met de zogenaamde VOTE-score, waarvoor V staat voor Velum, O voor Oropharynx, T voor Tongbasis en E voor Epiglottis. Tijdens de DISE wordt ook een chin-lift uitgevoerd om het eventuele effect van een MRA na te gaan. De snurk- en OSAS-patiënten worden in ons ziekenhuis maandelijks besproken tijdens het multidisciplinaire snurk- en OSAS-overlegmoment met dr. Serry, pneumologe.

Therapie

In een vervolgraadpleging worden dan de therapeutische opties met de patiënt besproken. Deze kunnen ondersteunend zijn (vermagering, algemene gezonde levensstijl, slaapinstructie), medisch technisch (MRA, CPAP), of heelkundig. Een snurkbeugel of MRA is een mondstuk dat de mandibula naar anterior verschuift t.o.v. de maxilla. Terugbetaling hiervan is mogelijk indien patiënt een apnea/hypopnea index heeft van > 15 per uur slaap, en enkel op voorschrift van een NKO-arts.

De neusdoorgankelijkheid kan geoptimaliseerd worden door een septoplastie, radiofrequente cauterisatie van de onderste neuschelpen of sinusheelkunde. De weke delen van het week verhemelte kunnen heelkundig worden 'opgespannen' door een Expansion Sphincter Pharyngoplastie (ESP). Hierbij worden de tonsillen verwijderd, worden de mm. palatopharyngeus bilateraal gemobiliseerd en gehecht aan de processus pterygoideus van het harde verhemelte. Hierdoor wordt de nasopharyngeale ruimte dieper en breder (3D) en het week verhemelte stijver, waardoor de weke delen veel minder gaan trillen, met afname tot verdwijnen van het snurkgeluid.

Een osteotomie (het naar voor brengen van de bovenkaak/onderkaak/kin) is zeer succesvol



indien een gunstige startsituatie (achteruitliggende onderkaak), en heeft vergelijkbare resultaten met CPAP. (J Oral Maxillofac. Surg. 69;e165-e176; 2011). De startsituatie is zeer ongunstig bij een vooruitstekende onderkaak en matig ongunstig bij een normale stand van de onderkaak.

Voorafgaand aan een osteotomie is een orthodontische behandeling noodzakelijk, met of zonder extracties. Een osteotomie kan variëren van het naar voor brengen van de onderkaak

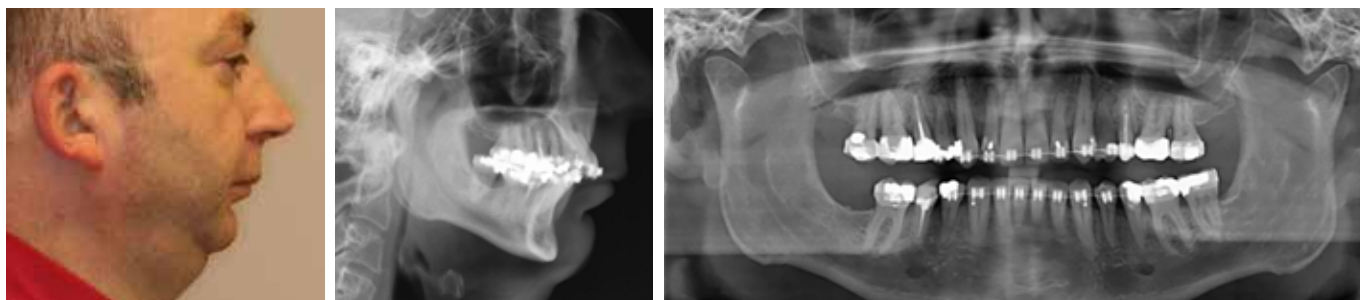
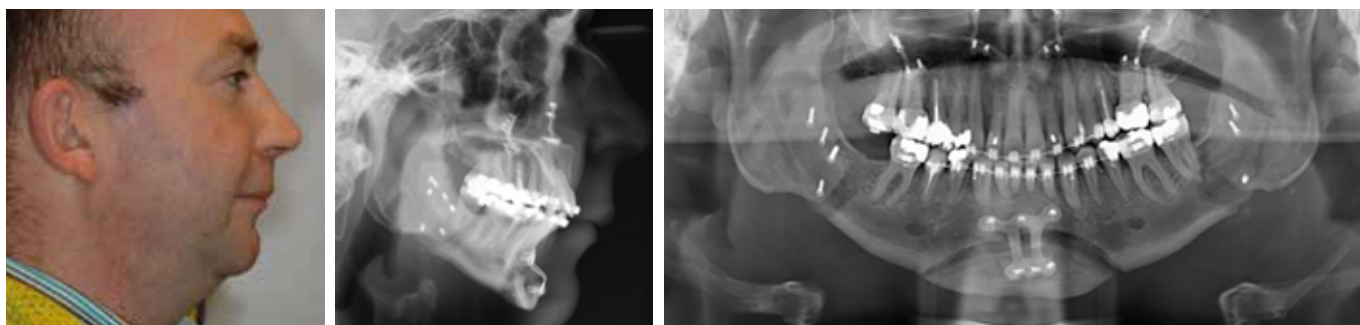
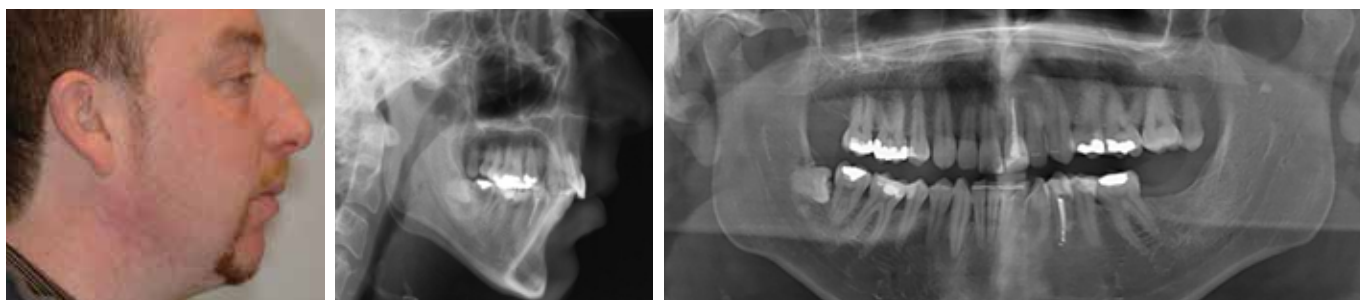
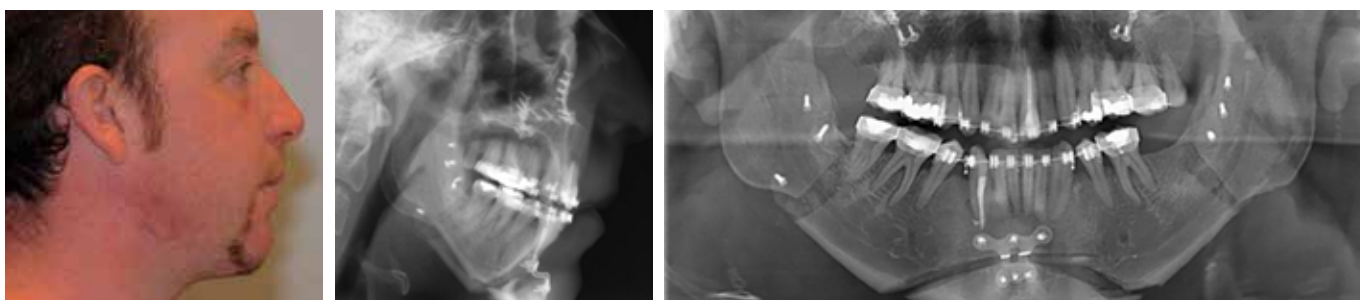
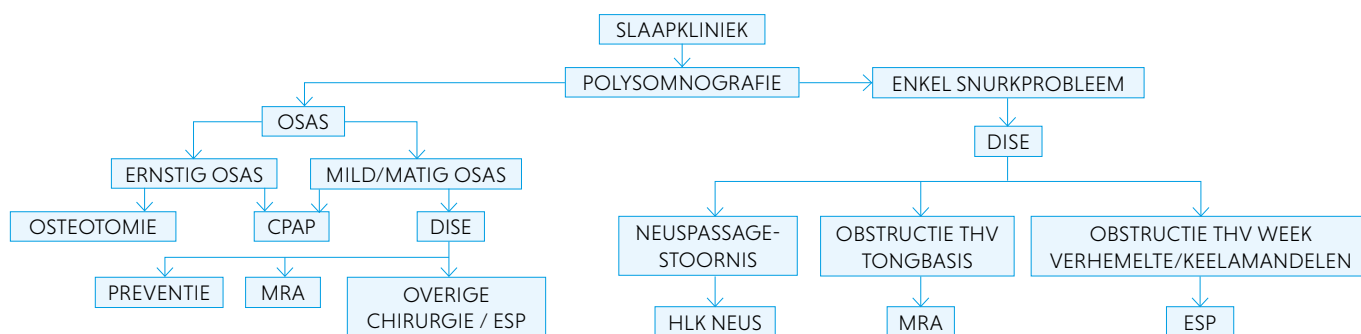
(met of zonder naar voor brengen van de kin) tot het naar voor brengen van zowel onder- als bovenkaak waarbij doorgaans definitieve genezing mits goede indicatiestelling (ernstig OSAS en gunstig faciaal profiel). Snurken kan een multi-level problematiek zijn, waardoor soms meerdere niveaus dienen aangepakt te worden, in meerdere sessies. Dan kan het een uitdaging zijn om te kiezen welk niveau eerst aangepakt wordt. Indien snurken gepaard gaat met ernstig OSAS, of bij opvallende obesitas, is CPAP soms de beste optie.

Gunstig-ongunstig profiel te behandelen d.m.v. osteotomie.



GUNSTIG

ONGUNSTIG

Casus 1: micrognatie onderkaak, met preoperatief AHI 29,4 en postoperatief AHI 3,7**VOOR osteotomie****NA osteotomie** (bovenkaak 4mm, onderkaak 11 mm en kin 6 mm naar voor)**Casus 2: kleine overbeet, met preoperatief AHI 61,1 en postoperatief AHI 1,7****VOOR osteotomie****NA osteotomie** (bovenkaak 5 mm, onderkaak 10 mm en kin 5 mm naar voor) met 2 extracties in de onderkaak om overbeet te vergroten preoperatief.

Stem- en slikstoornissen



Dr. Belphe De Wilde, arts-specialist in neus-, keel- en oorzaken
belphe.de.wilde@sintandriestieft.be

Stemstoornissen

De stem is een belangrijk element die de mens toelaat om te communiceren. Stemproblemen kennen daarom doorgaans een negatieve impact op de levenskwaliteit van de mens, en dienen daardoor ook de nodige aandacht te krijgen. Men gebruikt hierbij de term dysfonie als algemene noemer om stemstoornissen te gaan omschrijven.

Hoe werkt de stem?

De stem wordt gevormd in het strottenhoofd of de larynx, meer bepaald ter hoogte van de stemplooien. Hierbij gaan de stemplooien een lateromediale beweging (sluiten van de stembanden) maken, alsook maakt het oppervlakkige slijmvlieslaag van de stemplooien golfbewegingen (mucosal wave). Wanneer er vervolgens lucht afkomstig van de longen doorheen de gesloten stemplooien wordt geduwd, alsook door het trillen van de oppervlakkige slijmvlieslaag van de stemplooien, wordt er gefoneerd. Bijkomend spelen ook nog de mond-, keel- en neusholte een rol als klankkast. Hier wordt het stemgeluid verder aangepast zodat er verschillende klanken kunnen ontstaan.

Wat zijn de mogelijke oorzaken van stemstoornissen?

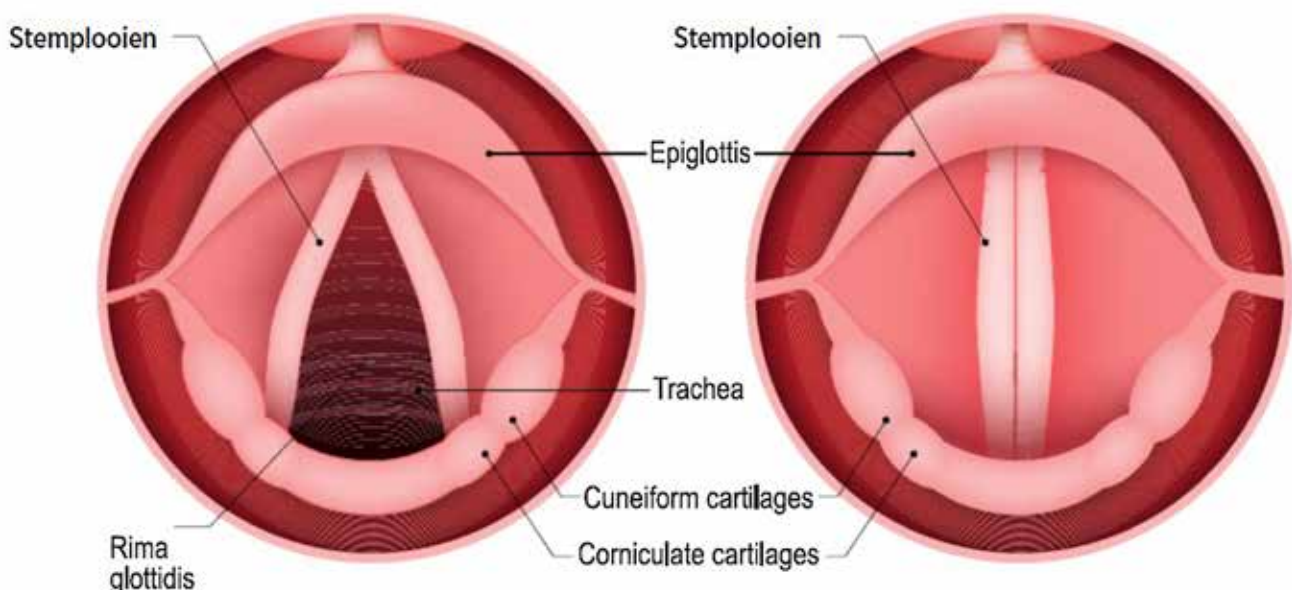
Dysfonie kent een brede waaier aan onderliggende oorzaken. Algemeen gezien kan men deze opsplitsen in organische en functionele stoornissen. Bij een organische oorzaak is er een structurele afwijking van de stemplooien te zien. Men denkt hier onder meer aan benigne en maligne letsels van de stemplooi, trauma aan de stemplooien, inflammatoire pathologie, congenitale afwijkingen en neurogene oorzaken. Een functionele stoornis treedt op wanneer er sprake is van verkeerd stemgebruik. De meest gekende stoornis is hier de zogeheten 'Muscle Tension Dysfonie (MTD)', maar ook psychogene dysfonie en habituele dysfonie vallen onder deze noemer. In de praktijk ziet men regelmatig een combinatie van beide, waarbij de ene categorie oorzaak zal zijn voor de andere.

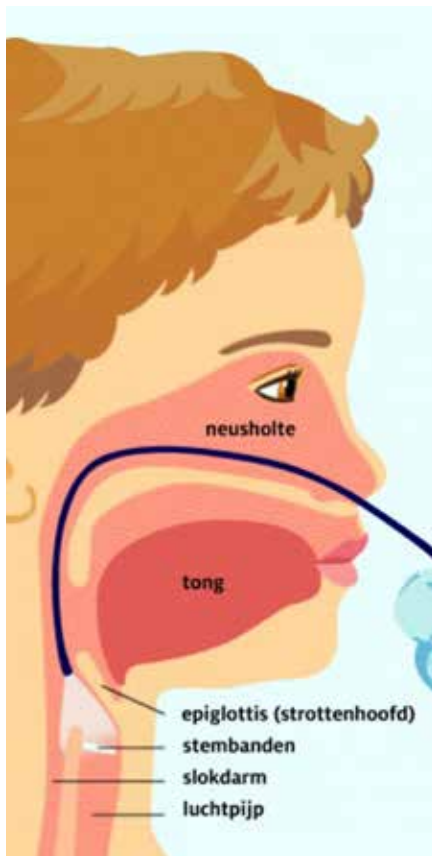
Hoe wordt de stem beoordeeld?

Bij klachten van dysfonie zal er steeds een objectieve evaluatie plaatsvinden van de larynx door middel van een videolaryngoscopisch onderzoek. Bij dit onderzoek wordt er een

flexibele endoscoop gebruikt en zal men via de neus de larynx in beeld gaan brengen. Men gaat na of er zichtbare letsel aanwezig zijn, zoals stembandknobbels, cysten, poliepen, kwaadaardige letsels en dergelijke meer. Vervolgens zal men ook een stroboscopie doen waarbij men met behulp van stroboscopisch licht de golfbewegingen van de oppervlakkige slijmvlieslaag van de stemplooien kan gaan visualiseren. Bij het stroboscopisch onderzoek worden volgende vier zaken geëvalueerd: glottissluiting, mucosale golfbeweging, regemaat en symmetrie.

Naast de objectieve evaluatie van de stem, bestaat er ook een subjectieve beoordeling van de stem met behulp van GRBASI-schaal. GRBASI staat voor de algemene ernst van de dysfonie (Grade), de ruwheid van de stem (Rough), de mate van ontsnapte turbulente lucht (Breathiness), de mate van stemzwakte (Asthenicity), de mate van spanning in de stem (Strained) en tenslotte de mate van instabiliteit (Instability). Elke parameter krijgt een score toegekend van 0 (normaal) tot 3 (ernstig). Tenslotte wordt er ook nog de Voice Handicap Index (VHI) bepaald. Hierbij gaat men de via een vragenlijst de psychosociale consequenties





Flexibele laryngoscopie

van stemstoornissen gaan kwantificeren. Deze vragenlijst zal voornamelijk gebruikt worden om het resultaat van de stemtherapie te gaan beoordelen vanuit het standpunt van de patiënt.

Wat is de behandeling van stemstoornissen?

Afhankelijk van de onderliggende oorzaak van de dysfonie, zal er gekozen worden voor een medische en/of een logopedische behandeling. In praktijk zal er vaak een combinatie

van beide noodzakelijk zijn. Bij een medische behandeling zal men de onderliggende oorzaak aanpakken, bijvoorbeeld onderliggende refluxpathologie bij chronische laryngitis, of het organische letsel heelkundig gaan behandelen, bijvoorbeeld het verwijderen van een stembandpoliep door middel van een directe laryngoscopie met behulp van een laser of koud materiaal. Echter de meerderheid van de patiënten met dysfonieklachten zal ook nood hebben aan logopedische behandeling.

Wanneer dient u een patiënt met dysfonieklachten door te verwijzen voor verder onderzoek?

- Aanhoudende dysfonieklachten van meer dan 10 dagen, met verhoogde waakzaamheid voor patiënten met onderliggende risicofactoren voor maligniteit.
- Aanwezigheid van pijn of hinder bij het spreken.
- Inspanning nodig om te kunnen spreken.

Slikstoornissen

Slikstoornissen of dysfagie is een frequent voorkomend probleem met een toenemende prevalentie bij de oudere populatie. Dysfagie heeft niet alleen een negatieve impact op de levenskwaliteit, maar ook op de algemene gezondheid van de patiënt.

Hoe verloopt het slikken?

Een slikbeweging is een complex proces, dat globaal gezien in drie fases ingedeeld kan worden.

1. Orale fase

De orale fase speelt zich af op niveau van de mond. De bolus wordt fijn gemalen en gemengd met het speeksel. De lippen worden gesloten om te vermijden dat de bolus opnieuw uit de mond komt. Vervolgens wordt de bolus met behulp van de tong achteraan in de mond gebracht, waarna de slikreflex wordt gestart.

2. Faryngeale fase

De faryngeale fase vindt plaats in de keel. De neusholte wordt vervolgens afgesloten door het verhemelte. De luchtweg wordt beschermd door een opwaartse beweging van de larynx, de epiglottis zal ook de luchtpijp afsluiten en de stembanden gaan naar elkaar toe bewegen. Verschillende spiergroepen zullen op hun beurt contraheren, waarna de voedselbolus getransporteerd wordt van de keel naar de slokdarm toe.

3. Oesofagale fase

De ingang van de slokdarm zal zich openen, waarna een peristaltische golf van de slokdarm de bolus naar de maag toe zal brengen.

Wat zijn de mogelijke oorzaken van slikstoornissen?

Dysfagie kan het gevolg zijn verschillende zaken. Een neurologische oorzaak kan aan de basis liggen (CVA, ziekte van Parkinson, ALS, dementie, ...). Anatomische oorzaken in de mond en keel dienen ook steeds nagekeken te worden (tumoren, Zenker divertikel, ...). Bepaalde geneesmiddelen en geneeskundige behandelingen kunnen aan de basis liggen (radiotherapie van het hoofd- en halsgebied, ...), alsook algemene zwakte en ouderdom.

Hoe wordt het slikken beoordeeld?

Naast een algemeen klinisch onderzoek, zal de patiënt met slikproblemen doorgaans ook een Flexibele Endoscopische Evaluatie van het Slikken (FEES) ondergaan. Hierbij wordt er een flexibele laryngoscoop via de neus van de patiënt ingebracht om zo de larynx in beeld te brengen. In samenwerking met de logopedist wordt vervolgens het slikken geëvalueerd. De patiënt zal tijdens dit onderzoek vloeistoffen, half-vaste en vaste voeding aangeboden krijgen, die hij onder endoscopisch zicht dient in te slikken. Er wordt nagegaan of er al dan niet sprake is van premature inloop, penetratie en aspiratie, aanwezigheid van residu en dergelijke meer. Bijkomend kan er ook een slikvideo verricht worden op de dienst Medische Beeldvorming. Tijdens dit onderzoek wordt de patiënt gevraagd een contrastmiddel te drinken, waarbij er op dat moment een reeks röntgenopnames gemaakt worden om de verschillende fasen van de slikking te onderzoeken.

Wat is de behandeling van dysfagie?

Bij de behandeling van orofaryngeale dysfagieklachten, speelt vaak de logopedist een belangrijke rol. Doorgaans wordt er slikrevalidatie opgestart wanneer een onderliggende anatomische of neurologische oorzaak kan worden uitgesloten. Naast de slikrevalidatie, zal de logopedist ook aandacht hebben voor de consistentie van de voeding, alsook de houding die patiënt bij het eten of drinken dient aan te nemen. Bij patiënten waarbij logopedische begeleiding niet voldoende is, kan ook het advies van diëtist ingewonnen worden om de voeding optimaal aan te passen. Ook bepaalde hulpmiddelen, bijvoorbeeld aangepaste beker, kunnen in samenspraak met de ergotherapeut worden aangewend.



RX slikvideo

Nieuw: Rapiscan bij hartscan



Dr. Ludovic D'hulst, nuclearist
ludovic.dhulst@sintandriestiel.be

Sinds januari 2022 wordt er op de dienst Nucleaire Geneeskunde gebruik gemaakt van Rapiscan (regadenoson) om farmacologische belasting te induceren bij de radionuclide myocardi-perfusie-scintigrafie (hartscan), en dit om de perfusie of bloedstroom in de hartspier te kunnen bekijken.

Waarvoor wordt het gebruikt en hoe werkt het?

Het hart van de patiënt wordt meestal voorafgaand aan deze scan door lichaamsbeweging belast: de patiënt moet bijvoorbeeld fietsen om ervoor te zorgen dat zijn hartbloedvaten zich verwijden en de bloedstroom naar de hartspier toeneemt. Rapiscan wordt gebruikt als middel om het hart te belasten op soortgelijke wijze als lichaamsbeweging. Het wordt gebruikt bij volwassen patiënten (van 18 jaar en ouder) die niet tot een adequate lichaamsinspanning in staat zijn om een hartbelastingtest te kunnen ondergaan. De werkzame stof in Rapiscan, regadenoson, is een A_{2A}-adenosinereceptoragonist. Het middel hecht zich aan A_{2A}-adenosinereceptoren in de wanden van de hartbloedvaten, met als gevolg dat deze uitzetten en de bloedstroom naar het hart toeneemt. Hierdoor kan de bloedstroom in het hart tijdens de myocardi-perfusiescan beter worden waargenomen.

Hoe wordt het gebruikt?

Rapiscan mag alleen worden gebruikt in een ziekenhuis dat over faciliteiten voor hartbewaking en -reanimatie beschikt. Hiervoor heeft de dienst nucleaire in samenwerking en over-

leg met de dienst cardiologie enkele aanpassingen doorgevoerd om deze faciliteiten aan te bieden. Het product is uitsluitend bestemd voor diagnostisch gebruik.

Het wordt toegediend in de vorm van een 10 seconden durende injectie van 400 microgram in een ader, onmiddellijk gevolgd door een injectie met een natriumchloride(zout)oplossing. Vervolgens ondergaat de patiënt de procedures voor

de radionuclide myocardi perfusiebeeldvorming, te beginnen met een injectie met een radioactieve stof, 10 tot 20 seconden na de natriumchlorideoplossing. Patiënten moeten in zittende of liggende houding blijven en worden continue gemonitord tot Rapiscan is uitgewerkt, omdat het middel leidt tot een snelle verhoging van de hartslag en tot een daling van de bloeddruk.

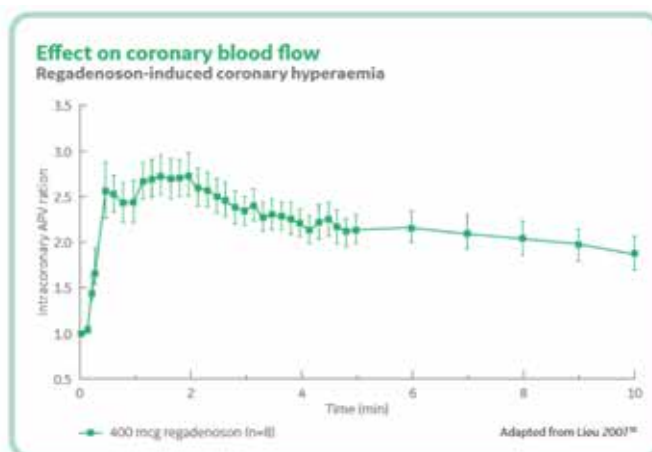
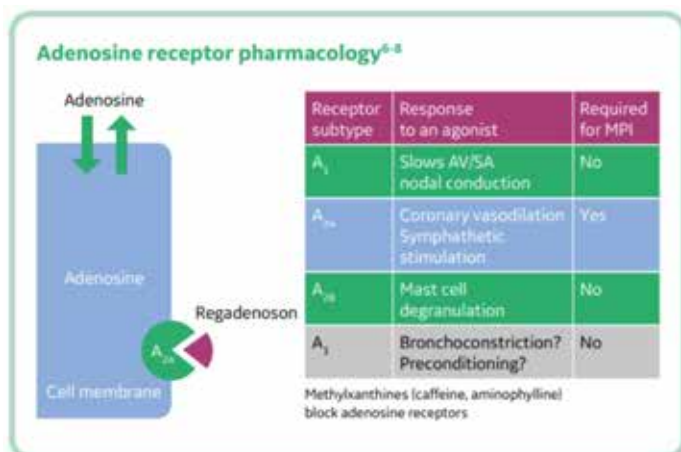
Rapiscan mag slechts eenmaal per periode van 24 uur worden toegediend. Patiënten mogen gedurende ten minste 12 uur voor toediening van Rapiscan géén (genees)middelen nemen die methylxanthines bevatten (zoals cafeïne of



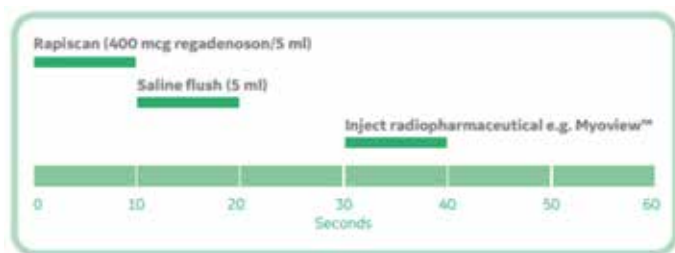
Rapiscan



Monitoring van de patiënt tijdens toediening rapiscan



Jacobson MA. Molecular biology of adenosine receptors. In: Belardinelli L, Pelleg Aeds. Adenosine and Adenine Nucleotides: From Molecular Biology to Integrative Physiology. Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers; 1995: 5-13. Belardinelli L et al. The A_{2A} adenosine receptor mediates coronary vasodilation. J Pharmacol Exp Ther 1998; 284: 1066-73. Shryock JC et al. A_{2A}-adenosine receptor reserve for coronary vasodilation. Circulation 1998; 98: 711-18.



theofylline) noch het drinken van koffie. Ze moeten ook ten minste twee dagen voordat ze Rapiscan krijgen, stoppen met dipyridamol (een geneesmiddel tegen bloedstolling).

Het grote voordeel van Rapiscan is de eenvoudige dosering (slechts één dosis zonder noodzaak tot aanpassingen op basis van het gewicht van de patiënt), de snelle procedure, de weinige (potentiële) nevenwerkingen en bovendien is het een alternatief voor een dobutamine stresstest bij patiënten gevoelig voor het ontwikkelen van bronchoconstrictie.

In de kijker: Extracorporale shockwave lithotripsie



Dr. Mariëtte van den Heuvel, uroloog
mariette.van.den.heuvel@sintandriestielt.be

Dr. Pieter Jan Elshout, uroloog
pieter-jan.elshout@sintandriestielt.be

Dr. Wouter Marchand, uroloog
wouter.marchand@sintandriestielt.be

Extracorporale shockwave lithotripsie (ESWL) is de meest gebruikte behandeling voor nier- en ureterstenen. Hier worden drukgolven buiten het lichaam gegenereerd, die van buitenaf door middel van een transducer op de patiënt worden overgedragen en door huid en weefsel op de steen worden gericht om deze af te breken tot zandachtige deeltjes. Daarna kan de steen gemakkelijk via de urinewegen in de urine worden uitgescheiden.

Piëzo-technologie

De piëzo-schokgolf van Richard Wolf is momenteel het enige schokgolfprincipe dat "direct scherpstellen" gebruikt en geen extra reflector vereist. Deze technologie vormt de basis voor het compacte en ergonomische ontwerp van de therapiebron en voor een nauwkeurige, goed gedefinieerde focuszone. Het is stil, vrijwel pijnloos en genereert een hoge geluidsdruk in de focus.

Focuszones

De focusmaat voor steenslag moet aan verschillende eisen voldoen. Aan de ene kant moet het klein en compact gedefinieerd zijn om het omliggende weefsel te beschermen en zelfs harde stenen effectief te fragmenteren. Aan de andere kant moet het omvangrijker zijn om grote stenen of steenfragmenten te verpletteren. Ook de cyclische veranderingen in positie van de steen als gevolg van ademhalingsbewegingen vereisen vaak een grotere therapiefocus.

Om individueel te kunnen handelen, maakt de PiezoLith 3000 selectie van drie verschillende focuszones mogelijk wat wereldwijd uniek is en zelfs tijdens de behandeling schakelbaar is. Deze unieke variabiliteit is gebaseerd op het genereren van piëzo-elektrische schokgolven. De energiekoppeling met een groot oppervlak vermindert de energiedichtheid op het huidoppervlak en vermindert de pijn aanzienlijk. De nauwkeurig gedefinieerde focale zone maakt een accurate behandeling mogelijk en biedt de best mogelijke bescherming van het omliggende weefsel. Hierdoor kan de ingreep gebeuren zonder algemene narcose. Meestal is een comprimé NSAID voor de behandeling voldoende.

Lokalisatie en positionering

De lokalisatie- en positioneringsprocedures vinden plaats met behulp van echografie of röntgenfoto's. Eenmaal de steen in beeld, wordt de behandeling die ongeveer 20 minuten duurt, gestart. We beginnen op lage intensiteit en drijven die gaandeweg op, zodat het voor de patiënt goed te verdragen is.

Compleet aanbod steenbehandeling

Dit toestel is sinds kort aanwezig in het Sint-Andriesziekenhuis. Hiermee vervolledigt de dienst urologie het aanbod aan behandeling van steenpathologie, naast semi-rigide ureteroscopie, flexibele ureteroscopie, percutane steenlithotripsie en laserdesintegratie.



Het team van de dienst urologie poseert bij het nieuwe ESWL-toestel

Afdeling in de kijker: Poetsdienst

In het Sint-Andriesziekenhuis is elke medewerker op elke afdeling een schakel die de goed geoliede machine dagelijks draaiende houdt. De zorgmedewerkers kunnen niet zonder hun collega's van o.a. de keuken of technische dienst. Daarom zetten we ook andere afdelingen graag eens in de kijker. Aan de beurt: de poetsdienst.

"Onze schoonmaakmedewerkers zorgen er dag in dag uit voor dat het ziekenhuis steeds proper en hygiënisch is. We realiseren dit met een professioneel team dat de waarden van het ziekenhuis hoog in het vaandel draagt en dat maakt hen terecht fier op hun werk." Aan het woord is Hilde Vandewege, hoofd van de poetsdienst. Het takenpakket van de poetsdienst omvat het dagelijks en periodiek schoonmaken op de verblijfsafdelingen, maar ook op alle andere medisch-technische diensten. "Onze equipe telt 36 fulltimers, wat in de praktijk neerkomt op iets meer dan 40 personen. We laten ons versterken door 4 heren die instaan voor het intern transport van materialen, linnen en afvalstromen. Zij poetsen hier en daar ook een zone en schrobben de gangen met de HAKO-machine."

Zelfde workload, meer kwaliteit

Als we poetsmedewerker Lies Debrabandere vragen naar de sterktes van haar dienst dan zegt ze meteen: "Er wordt een grote inzet geleverd, we stellen ons flexibel op en de collegialiteit is heel sterk. Mekaar feedback geven ligt soms wat moeilijker, daarom wordt binnenkort een workshop rond communicatie en feedback georganiseerd." Hilde gaat verder: "We maken er een zaak van om mee te zijn in de ontwikkelingen van een professionele poetsdienst. De afgelopen 2 jaren waren echter niet gemakkelijk door de druk die de pandemie met zich mee heeft gebracht. Gelukkig ondervindt ons team momenteel een gunsti-

ge vibe. Dit mede doordat we ons team hebben versterkt met nieuwe, positief ingestelde collega's." Op de vraag wat de langetermijnplannen binnen de dienst zijn blijkt vooral het lean werken een streefdoel te zijn om zo de

kwaliteitslat nog hoger te leggen zonder daarbij de workload te verzwaren. Verder blijft de focus ook een nog betere work-lifebalans voor de medewerkers.



Lies Debrabandere, poetsmedewerker en Hilde Vandewege, diensthoofd hoteldiensten

In de prijzen: Congres Benelux Vereniging voor Flebologie

Op 10 en 11 juni 2022 vond het jaarlijkse flebologiecongres plaats in de Faculty Club in Leuven. Tijdens de abstractsessie kunnen de assistenten in opleiding deelnemen aan een competitie voor de beste wetenschappelijke presentatie. Twee ex-assistenten heelkunde, Anne-Catherine Kempeneers en Jochen Juré namen hieraan deel. Jochen Juré behaalde hierbij de tweede prijs. Proficiat Jochen!



Avondconsultaties in het Sint-Andriesziekenhuis

Het Sint-Andriesziekenhuis is in januari gestart met avondconsultaties op dinsdag tussen 18.00 en 20.00. Op die manier creëert het ziekenhuis voor zijn patiënten de mogelijkheid om op consultatie te kunnen komen zonder hiervoor verlof te weerhouden.

De meeste diensten hebben zich geëngageerd om hieraan deel te nemen, waarvan bepaalde diensten weliswaar beslist hebben hiervoor een andere dag te weerhouden. De artsen houden per associatie telkens afwisselend consultatie op de betreffende dag.

Noot: onderstaande uren kunnen onderhevig zijn aan wijzigingen. Raadpleeg onze website voor de meest up-to-date uren. Deze zijn steeds per specialisme vermeld.



Radiologie	dinsdag tot 20.00	(CT en echo enkel op afspraak/RX bij voorkeur op afspraak)
Pneumologie	maandag-woensdag-vrijdag van 18:00 tot 19:00	
Oncologie	dinsdag-woensdag van 18:00 tot 19:00	(2-wekelijks)
Cardiologie	dinsdag van 18:00 tot 19:30	
Endocrinologie	dinsdag van 18:00 tot 19:00	(2-wekelijks)
Gastro-enterologie	dinsdag van 18:00 tot 19:00	(2-wekelijks incl. IBD)
Pediatrie (dr. Persyn)	dinsdag van 17:00 tot 19:15	
Fysio	dinsdag tot 20:00	
NKO	avondconsultaties in Aalter	(bereid om op verzoek van patiënt naar ziekenhuis te komen)
Abdominale heelkunde	dinsdag tot 20:00	
Orthopedie	dinsdag van 18:00 tot 20:00	
Gynaecologie (dr. Hoste)	dinsdag tot 20:30	
Dermatologie	dinsdag van 18:00 tot 20:00	
Klinisch labo	dinsdag van 18:00 tot 20:00	(bloedprikken)
Maxillo faciale heelkunde	woensdag tot 18:30	
Neurologie	twee keer per maand per arts	(dinsdag of andere avond)
Oftalmologie		
(dr. Van de Moere en dr. Lucas)	dinsdag en donderdag tot 19:00	(privépraktijk)
Plastische heelkunde	dinsdag van 18:00 tot 20:00	
Psychiatrie	twee keer per maand per arts	(dinsdag of andere avond)
Reumatologie	donderdag tot 19:30	
Urologie	dinsdag tot 20:00	
Vaatheelkunde	dinsdag tot 20:00	

David De Cleer, nieuwe verpleegkundig- en paramedisch directeur

David De Cleer studeerde aan de Hogeschool West-Vlaanderen te Oostende en startte zijn loopbaan in de zorg in 2007 als verpleegkundige in het operatiekwartier van het Militair Hospitaal Koningin Astrid te Neder-Over-Heembeek. Van hieruit werd hij verschillende keren in buitenlandse missies ingezet. In 2010 begon hij zijn studies Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde aan de UGent.

Eind 2011 werd hij aangesteld als hoofdverpleegkundige van de dienst Medische Beeldvorming en Radiologie van het AZ Damiaan te Oostende, waar hij na iets meer dan 3 jaar de functie van zorgmanager interne diensten op zich nam. Begin 2017 maakte hij de overstap naar het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende en had hij gedurende 5 jaar de oncologische diensten, de palliatieve diensten en de radiologische diensten onder zijn verantwoordelijkheid. Sinds april dit jaar maakt hij als verpleegkundig en paramedisch directeur deel uit van het directiecomité van het Sint-Andriesziekenhuis. We wensen David veel succes in zijn nieuwe uitdaging.



Netwerk van zorgpartners tekent uniek samenwerkingsprotocol in Tielt

Zorgring Tielt, samen voor uw verhaal

Het Sint-Andriesziekenhuis, Zorgtielt, Adagio Residenties, WZC Samen uit Tielt en Woonzorggroep GVO hebben de handen in elkaar geslagen om een zorgnetwerk uit te bouwen dat voor alle personen uit de Tieltsse regio een "plus" kan betekenen. De partners van Zorgring Tielt willen samen het verschil maken en over de grenzen van de verschillende zorgaanbieders heen, oplossingen aanreiken:

- Voor personen en hun omgeving die doorheen het vaak complexe dienst- en zorgverleningslandschap moeten gegidst worden;
- voor organisaties die zorg- en dienstverlening willen organiseren vanuit een doorgedreven cliëntperspectief en geconfronteerd worden met vragen die ze alleen niet kunnen beantwoorden.

Partnernetwerk

Een netwerk maak je niet alleen. De initiatiefnemende partners van Zorgring Tielt staan open voor nieuwe partners, over sectoren heen, om de meest diverse vragen van personen te kunnen beantwoorden en door naadloze woon-, zorg- en dienstverlening het netwerk te versterken met een grote partnerbetrokkenheid waarbij de persoon steeds centraal staat. Elke partner moet kunnen toetreden tot het netwerk mits hun missie en visie aansluiten op deze van het netwerk en zij vanuit concreet

cliëntencontact een unieke bijdrage leveren in functie van de opdracht van het netwerk. Op geen enkele manier is dit een eerste stap naar een (gedeeltelijke) privatisering van de publieke sector, wel een wil om samen een beter en gevarieerd aanbod te bieden dat de keuzevrijheid vrijwaart.

Hoe werkt het?

Heel concreet zal elke partner in Zorgring Tielt waarmee men contact neemt of in contact komt zich ertoe verbinden de hulpvrager verder te helpen door middel van een interne partnerverwijs- en begeleidingsmethode. Elke persoon die in een situatie van kwetsbaarheid komt, moet zich kunnen wenden tot een van de partners binnen de zorgring, ook al is dat misschien niet de juiste. Laagdrempeligheid is de pijler van Zorgring Tielt. Men gaat naar waar men denkt geholpen te kunnen worden. "Binnen het netwerk hebben we ongetwijfeld iemand die u verder kan begeleiden in de zoektocht naar een antwoord op of oplossing voor uw probleem", luidt het credo van Zorgring Tielt. Het zijn de hulpverleners aan de basis van elke individuele partner, die het partnerverhaal in de praktijk zullen brengen en finaal het netwerk zullen vormgeven.



Foto v.l.n.r.: Elisabeth De Sutter, Gedelegeerd Bestuurder Adagio-residenties; Luc Vannieuwenhuyse, Adjunct-Directeur Adagio-residenties; Peter De Sutter, Burgemeester; Wim Brys, Directeur Adagio-residenties; Pascale Baert, Eerste Schepenen; Rita Barilla, Gedelegeerd Bestuurder GVO; Hilde Van Den Wyngaert, Directeur WZC Samen campus Tielt; Peter Lauwyck, Algemeen Directeur Sint-Andriesziekenhuis

Erkenning opleidingscentrum ALS

Sinds januari 2022 wordt een door het ERC (European Resuscitation Council) erkende Advanced Life Support cursus georganiseerd in ons ziekenhuis; dit is een 2-dagen durende intensieve hands-on training voor artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op kritieke diensten (spoed en intensieve zorgen). Deze cursus gaat voortaan jaarlijks door op de laatste donderdag en vrijdag van januari, en staat open voor artsen en verpleegkundigen van alle ziekenhuizen en provincies. Vanuit ons eigen spoedteam hebben we actueel ook 3 spoedartsen en 1 spoed-

verpleegkundige die deel uitmaken van het door het ERC-erkende lesgeversteam. Daarnaast is het de bedoeling om elk jaar enkele spoed- en IZ-verpleegkundigen te laten deelnemen aan de in ons eigen ziekenhuis georganiseerde cursus, en dit naast onze jaarlijkse boostsessies ALS (die we al jaren organiseren voor onze artsen en verpleegkundigen van de kritieke diensten).

Kinderwebsite in een nieuw jasje

Andrieskes.be was lange tijd het platform waarop onze kinderartsen en de kinderafdeling informatie op maat aanboden voor de allerjongsten. Vorig jaar werd besloten om te moderniseren en alle info te herwerken en in een nieuwe, jeugdige look aan te bieden. Het resultaat is te bekijken via: <https://kinderafdeling.sintandriestielt.be/nl/>



Er is zowel een luik voor de kinderen als voor de ouders voorzien. Uiteraard kan via deze weg ook vlot een afspraak gemaakt worden bij een van onze kinderartsen.



Qwiek.up ondersteunt belevingsgerichte zorg in Sint-Andriesziekenhuis

Het Sint-Andriesziekenhuis investeerde in Qwiek.up, een kantelbare mobiele projector waarmee in elke gewenste ruimte beelden op de muur of het plafond kunnen worden geprojecteerd, begeleid door rustige of activerende muziek. Qwiek.up wordt ingezet op de kinderafdeling en geriatrie van het ziekenhuis als entertainment of afleiding bij momenten van onrust.



Wachttijden MR-scanner in real time



Sinds 1 januari 2022 beschikt het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt over het volledige beheer en gebruik van het MR-toestel. Hierdoor zijn de wachttijden voor MR-onderzoeken een stuk korter geworden, wat de patiënt uiteraard enkel ten goede komt. Voortaan kan u snel en eenvoudig in real time deze wachttijden bekijken via de website van het ziekenhuis: www.sintandriestielt.be/wachttijden-mr-onderzoek

Onze dienst medische beeldvorming maakt een prioriteit van een snelle bediening van de patiënt. Een MR-scan is mogelijk op alle dagen van de week. We hopen hiermee aan uw wensen voor een vlotte bediening van de patiënt tegemoet te komen. Hebt u verder nog vragen? Contacteer de dienst medische beeldvorming via 051 42 50 30 (op weekdays bereikbaar van 7.30 tot 18.30 uur).



Errata Infosat 29:

Pag. 14 Laboratorium voor pathologie: Dr. Dedeurwaerdere is lid van de groep pathologie Roeselare-Menen-Torhout-Tielt (dr. F. Dedeurwaerdere, dr. C. Melis, dr. V. Mertens, dr. A. Leemans, dr. E. Steenkiste, dr. A. Tamsin, dr. S. Verschuere)

Pag. 15 Artsen-specialisten Sint-Andries in Aalter
Oftalmologen: dr. Ann Van de Moere en dr. Rajkumar Lucas

Gemotoriseerde C-Boog voor interventionele vasculaire behandelingen

Sinds eind april 2022 kan de dienst vaatheelkunde van het Sint-Andriesziekenhuis gebruik maken van een nieuwe C-boog op het operatiekwartier. Na marktonderzoek werd er gekozen voor een C-boog van de firma Acertys/GE. Het is de eerste levering en installatie in België van een OEC Elite CFD VAS15 Motorised Drive met Table side table Touch!

De OEC Elite CFD biedt verbluffende beeldkwaliteit en zichtbare details bij een lage dosis. Dit is zowel van belang voor de artsen en verpleegkundigen als voor de patiënt, namelijk een zeer goeie beeldkwaliteit met aandacht voor de veiligheid en minimale stralingsbelasting. Zo kan er gewerkt worden tot 4x digitale zoom zonder verhoging van de stralingsbelasting. De focus kan gelegd worden op belangrijke details zonder enige wijziging in X-ray techniek. Dit toestel heeft eveneens een grote

flat detector van 31x31cm met de grootste field of view. Tijdens de procedure kan 20 procent meer anatomie gezien worden.

Uniek in zijn soort en een bijkomend voordeel is dat deze C-boog volledig gemotoriseerd is. De arts kan zelf het toestel in de gewenste positie plaatsen en/of een reeds gebruikte positie opnieuw laten innemen. Hierdoor kan er preciezer gewerkt worden en kan de omloop-verpleegkundige in de zaal wat ontlast worden. Met het bijhorende table side touch kan de arts ook zelf en steriel het toestel bedienen: er kan een roadmap gemaakt worden, of bijv. onder zoom gewerkt worden om meer detail te zien. De bediening is zeer intuïtief zodat zowel de artsen als verpleegkundigen nu al na enkele weken reeds



alle aspecten van het toestel onder knie hebben. Een topinvestering van ons ziekenhuis.

Dr. Marc Vuylsteke, vasculair chirurg,
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Dr. Daphné Van den Bussche, vasculair chirurg,
daphne.van.den.bussche@sintandriestielt.be

Nieuwe artsen



Dr. Margot De Coster, arts-specialist in de cardiologie
margot.de.coster@sintandriestielt.be

Dr. Margot De Coster behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2014. Ze specialiseerde zich verder in AZ Sint-Lucas Gent en het UZ Gent, waar ze in 2020 promoveerde tot arts-specialist in de cardiologie. Bijkomend werd een opleiding niet-invasieve cardiale beeldvorming bekomen te LUMC Leiden. Dr. Margot De Coster oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie cardiologie in samenwerking met dr. Desimpel, dr. Vanderheeren, dr. Defruyt en dr. Bresseleers.



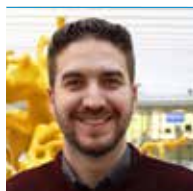
Dr. Peter Vandenbroeck, arts-specialist in de kindergeneeskunde
peter.vandenbroeck@sintandriestielt.be

Dr. Peter Vandenbroeck studeerde af in 1995 als kinderarts aan de Rijksuniversiteit Gent. Hij volgde zijn opleiding in de kinderkliniek C. Hooft van het UZ Gent. Daarna was hij werkzaam in de Sint-Jozefskliniek Izegem als algemeen kinderarts van 1995 tot 2022. Verder volgde dr. Vandenbroeck in het UZ Antwerpen via de VHyp de opleiding "hypnotische communicatie in de medische setting". Dr. Vandenbroeck vervoegt nu het team kindergeneeskunde van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Charlotte Biebau, arts-specialist in de medische beeldvorming
charlotte.biebau@sintandriestielt.be

Dr. Biebau behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2016 en promoveerde tot arts-specialist in de medische beeldvorming in 2021. Haar opleiding volgde ze in het AZ Sint-Jan Brugge en het UZ Leuven, met bijzondere interesse in de thoraco-abdominale radiologie. Ze heeft haar masterproef afgewerkt onder leiding van Prof. Dr. De Wever met als onderwerp diagnostische en prognostische analyse van CT-tekenen in COVID-19-pneumonie en de rol van artificial intelligence als hulp bij de diagnostiek. Tot voor kort was ze werkzaam in het AZ Groeninge in Kortrijk. Dr. Biebau oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie radiologie van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Bernd Lannau, arts-specialist in de plastische chirurgie
bernd.lannau@sintandriestielt.be

Dr. Lannau studeerde af in 2013 van de Universiteit Gent. Hierop volgend deed hij twee jaar onderzoek in de Verenigde Staten. In deze periode slaagde hij voor de verschillende Amerikaanse medische examens (USMLE). Vervolgens verhuisde hij terug naar België voor zijn opleiding Plastische Heelkunde aan de Universiteit van Gent. Na het afstuderen in 2021 heeft hij aanvullend een esthetische fellowship gevolgd in Ankara en Istanbul. Dr. Lannau legt zich toe op zowel het reconstructieve als het esthetische aspect van zijn discipline.



Dr. Nelleke Walgers, arts-specialist in de urgentiegeneeskunde
nelleke.walgers@sintandriestielt.be

Dr. Nelleke Walgers behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2015. In 2021 werd ze erkend als arts-specialist in de urgentiegeneeskunde. Tijdens haar opleiding heeft ze gewerkt in het AZ Nikolaas, GZA Antwerpen, AZ Sint-Jan Brugge, ZNA Middelheim, OLV Aalst en UZ Gent. Ze behaalde certificaten voor de cursussen Advanced Life Support, European Pediatric Life Support, European Trauma Course, Emergency Medicine Ultrasound Course en Rampenmanagement. Dr. Walgers heeft een bijzondere interesse in trauma-opvang en pediatrie op spoed. Dr. Walgers versterkt het team van de dienst spoedgevallen met als diensthoofd dr. Vandeplasseche.

Publicaties

Heelkunde

- “A prospective multicentre randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, using a 1470 nm diode laser in combination with a Tulip-Tip™ fiber versus radiofrequency (Closure FAST™ VNUS®), in the treatment of primary varicose veins.”; **Kempeneers AC**, Bechter-Hugl B, Thomis S, **Van den Bussche D**, Vuylsteke M, **Vuylsteke ME**, *Int Angiol* 2022 Ahead of print DOI: 10.23736/S0392-9590.22.04747-2
- “Management of chronic venous disease in general practice: a cross-sectional study of first line care in Belgium”; **Jur  J**, **Vuylsteke ME**; *Int Angiol* 2022 Ahead of print DOI: 10.23736/S0392-9590.22.04774-5
- “European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the management of Chronic Venous Disease of the lower limb.”; De Maeseneer M, Kakkos S, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Van Rij A, **Vuylsteke ME**; *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2022 Feb; 63(2):184-267

Anatomopathologie

- “Application of an Ultrasensitive NGS-Based Blood Test for the Diagnosis of Early-Stage Lung Cancer: Sensitivity, a Hurdle Still Difficult to Overcome.”; Malaika Van der Linden, Bram Van Gaever, Lennart Raman, Karim Vermaelen, Ingel Demedts, Veerle Surmont, Ulrike Himpe, Yolande Lievens, Liesbeth Ferdinande, **Francesca Dedeurwaerdere**, Joni Van der Meulen, Kathleen Claes, Bj rn Menten and Jo Van Dorpe. *Cancers* 2022, 14(8), 2031; <https://doi.org/10.3390/cancers14082031>
- “Abdominal pain in covid times: time to think twice.”; M-A. Noreillie, F. Dedeurwaerdere, J. Jijo, S. Al Hanini, F. Marolleau. *Acta Gastro-enterologica Belgica* 2022. DOI 10.51821/85.2.8680
- “The use of pan-TRK immunohistochemistry as a screening tool for the detection of NTRK fusions: real-world data from a national multicentric retrospective study.”; Van Bockstal M, R, Beniuga G, Craciun L, Creytens D, **Dedeurwaerdere F**, Delvenne P, Demetter P, De Wiest B, Dewinne K, Habran L, Pauwels P, Theate I, Vander Borgh S, Van Der Steen K, Weynand B: The Use of Pan-Tropomyosin Receptor Kinase Immunohistochemistry as a Screening Tool for the Detection of Neurotrophic Tropomyosin-Related Kinase Fusions: Real-World Data from a National Multicentric Retrospective Study. *Pathobiology* 2022. doi: 10.1159/000522426
- “Inter-observer agreement for the histological diagnosis of invasive

lobular breast carcinoma.”; Matthias Christgen, Leonie Donata Kandt, Wiebke Antonopoulos, Stephan Bartels, Mieke R Van Bockstal, Martin Bredt, Maria Jose Brito, Henriette Christgen, Cecile Colpaert, Balint Cserni, Gabor Cserni, Maximilian E Daemrich, Raihanatou Danebrock, **Francesca Dedeurwaerdere**, Carolien HM van Deurzen, Ramona Erber, Christine Fathke, Henning Feist, Maryse Fiche, Claudia Aura Gonzalez, Natalie D ter Hoeve, Loes Kooreman, Till Krech, Glen Kristiansen, Janina Kulka, Florian Laenger, Marcel Lafos, Ulrich Lehmann, Maria Dolores Martin-Martinez, Sophie Mueller, Enrico Pelz, Mieke Raap, Alberto Ravarino, Tanja Reineke-Plaass, Nora Schumann, Anne-Marie Schelfhout, Maxim De Schepper, Jerome Schlue, Koen Van de Vijver, Wim Waelput, Axel Wellmann, Monika Graeser, Oleg Gluz, Sherko Kuemmel, Ulrike Nitz, Nadia Harbeck, Christine Desmedt, Giuseppe Floris, Patrick WB Derksen, Paul J van Diest, Anne Vincent-Salomon and Hans Kreipe. *J Pathol Clin Res* 2021 DOI: 10.1002/cjp.2.253

Inwendige ziekten

- “When hematochezia becomes a red herring – Clinical image”; **S. Smeets, S. De Coninck**; *Acta Gastro-enterologica Belgica*. Vol. 84 (4) December 2021.
- “A Hepatic Change of Mind.”; **Van de Bruaene Cedric MD; Houthoofd Brecht MD; De Coninck Steven MD**. *The American Journal of Gastroenterology*, 2022 March 1; Vol. 117, No. 3. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001598
- “Isolated amyloidosis of the gastro-intestinal tract – Review”; S. Smeets, F. Dedeurwaerdere, E. Thomaere, B. Houthoofd, L. D’Hulst, P. Wilmes, F. Offner, **S. De Coninck**; *Acta Gastro-enterologica Belgica* Vol. 85 (1) March 2022
- “Combining Ixazomib With Subcutaneous Rituximab and Dexamethasone in Relapsed or Refractory Waldenstr m’s Macroglobulinemia: Final Analysis of the Phase I/II HOVON124/ECWM-R2 Study.”; Kersten MJ, Amaador K, Minnema MC, Vos JMI, Nasserinejad K, Kap M, Kastritis E, Gavriatopoulou M, Kraan W, Chamuleau MED, **Deeren D**, Tick LW, Doorduijn JK, Offner F, B hmer LH, Liu RD, Pals ST, Dimopoulos MA; *J Clin Oncol*. 2022 Jan 1;40(1):40-51. doi: 10.1200/JCO.21.00105. Epub 2021 Aug 13; PMID: 34388022 Clinical Trial.
- “Using the World Apheresis Association Registry Helps to Improve the Treatment Quality of Therapeutic Apheresis.”; Stegmayr B, Newman E, Witt V, Derfler K, Leitner G, Eloit S, Dhondt A, **Deeren D**, Ptak J, Blaha M, Lanska M, Gasova Z, Bhuiyan-Ludvikova Z, Hrdlickova R, Ramlow W, Prophet H, Kielstein JT, Liunbruno G, Mori E, Griskevicius A, Audzijoniene J, Vrielink H, Rombout-Sestrienkova E, Aandahl A, Sikole A, Tomaz J, Lalic K, Bojanic I, Strineholm V, Brink B, Berlin G, Dykes J, Nilsson T, Eich T, Hadimeri H, Welander G, Ortega Sanchez S, Ilhan O, Poole C.; *Transfus Med Hemother.* 2021 Aug;48(4):234-239. doi: 10.1159/000513123. Epub 2021 Jan 5. PMID: 34539317 Free PMC article. Review.
- “Sequential administration of low dose 5-azacytidine (AZA) and donor lymphocyte infusion (DLI) for patients with acute myeloid leukemia (AML) or myelodysplastic syndrome (MDS) in relapse after allogeneic stem cell transplantation (SCT): a prospective study from the Belgian Hematology Society (BHS).”; Poir  X, Graux C, Ory A, Herman J, Baron F, Schoemans H, Lewalle P, De Becker A, **Deeren D**, Berneman Z, Kerre T, Zach e P, Selleslag D, Beguin Y.; *Bone Marrow Transplant.* 2022 Jan;57(1):116-118. doi: 10.1038/s41409-021-01464-x. Epub 2021 Oct 5; PMID: 34611291 No abstract available.
- “Clofarabine added to intensive treatment in adult patients with newly diagnosed ALL: the HOVON-100 trial.”; Rijnveld AW, van der Holt B, de Weerd O, Biemond BJ, van de Loosdrecht AA, van der Wagen LE, Bellido M, van Gelder M, van der Velden WJFM, Selleslag D, van Lammere-Venema D, Halkes CJM, Fijnheer R, Havelange V, van Sluis GL, Legdeur MC, **Deeren D**, Gadisseur A, Sinnige HAM, Breems DA, Jaspers A, Legrand O, Terpstra WE, Boersma RS, Mazure D, Triffet A, Tick LW, Beel K, Maertens JA, Beverloo HB, Bakus M, Homburg CHE, de Haas V, van der Velden VHJ, Cornelissen JJ; Dutch-Belgian HOVON Cooperative group. *Blood Adv.* 2022 Feb 22;6(4):1115-1125. doi: 10.1182/bloodadvances.2021005624. PMID: 34883506 **Free PMC article.** Clinical Trial.
- “Efficacy and safety of itacitinib versus placebo in combination with corticosteroids for initial treatment of acute graft-versus-host disease (GRAVITAS-301): a randomised, multicentre, double-blind, phase 3 trial.”; Zeiser R, Soci  G, Schroeder MA, Abhyankar S, Vaz CP, Kwon M, Clausen J, Volodin L, Giebel S, Chacon MJ, Meyers G, Ghosh M, **Deeren D**, Sanz J, Morariu-Zamfir R, Arbushites M, Lakshminarayanan M, Barbour AM, Chen YB.; *Lancet Haematol.* 2022 Jan;9(1):e14-e25. doi: 10.1016/S2352-3026(21)00367-7; PMID: 34971577 Clinical Trial.
- “Idasanutlin Plus Cytarabine in Relapsed or Refractory Acute Myeloid Leukemia: Results of the MIRROS Trial.”; Konopleva MY, R llig C, Cavenagh J, **Deeren D**,

Symposia

Girshova L, Krauter J, Martinelli G, Montesinos P, Schäfer JA, Ottmann OG, Petrini M, Pigneux A, Rambaldi A, Recher C, Rodriguez-Veiga R, Taussig D, Vey N, Yoon SS, Ott MG, Muehlbauer S, Beckermann BM, Catalani O, Genevray M, Mundt KE, Jomois C, Fenaux P, Wei AH.; Blood Adv. 2022 Apr 12: bloodadvances.2021006303. doi: 10.1182/ bloodadvances.2021006303. Online ahead of print.; PMID: 35413116

Offthalmologie

- "SBAs in sport, exercise, and musculoskeletal medicine", Oxford University Press 2022, publicatie waarvan **dr. Lucas Rajkumar** 'contributing author for ophthalmology' is

Orthopedie

- "First report of a prosthetic joint infection with Fannyhessea (Atopobium) vaginae"; Bo Massa, Emmanuel De Laere, **Rik Raes**, Steven Vervaeke, **Frederik Van Hoecke**; European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 24 May 2022

Klinische biologie

- "Broad-spectrum azoles and flucloxacillin: a dangerous match."; Vangheluwe T, **Van Hoecke F**, Dumoulin A, Vogelaeers D. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2022 Jan;41(1):153-154.
- "Cycle Threshold Probability Score for Immediate and Sensitive Detection of B.1.351 SARS-CoV-2 Lineage."; De Smet D, Vanhee M, Maes B, Swaerts K, De Jaeger P, Maelegheer K, **Van Hoecke F**, Martens GA.; Am J Clin Pathol. 2022 May 4;157(5):731-741.
- "Severe rhabdomyolysis due to idiopathic inflammatory myopathies, a wary manifestation of a heterogenous pathology"; Niels Schepens, Pauline H. Herroelen, **An-Sofie Decavele** & An Vanacker (2022), Acta Clinica Belgica, DOI: 10.1080/17843286.2022.2070974

Dr. Marc Vuylsteke

- **The burden of the disease- consensus statement.** Int Interuniversity meeting in Phlebology. (03-02-2022 Dubai)
- **Know the unknown.** Inter Interuniversity meeting in Phlebology. (05-02-2022 Dubai)
- **Presentatie/interview TV plus Meditijd.** (19-02-2022): <https://tvplus.be/artikel/spataders-steunkousen-en-kastanjes>
- **Nieuwe Europese richtlijnen in de behandeling van Veneuze Trombo-emboliën.** Huisartsenkring (09-03-2022)
- **Live event + webinar Veneuze Insufficiëntie** streaming vanuit Living Tomorrow, (05-05-2022)
- **Swollen leg/Benelux Society of Phlebology/Annual Meeting** Faculty Club Leuven (10/11-06-2022)

Dr. Stefaan Marcelis

- **Musculoskeletal ultrasound course**, Brussels S. Marcelis, T. Jager, K. Vanderdood, M. De Maeseneer (19/20-02-2022)

Dr. Simon Van Petegem

- **Echo bewegingsapparaat: demo, indicaties, Q&A (1)** Sessie 1 van de wetenschappelijke avond georganiseerd door de Vereniging Kinesitherapeuten Tiel - Izegem, duur: 20-22 u. sprekers: S. Marcelis, R. Roose, S. Van Petegem, (21-04-2022)
- **Echo bewegingsapparaat: demo, indicaties, Q&A (2)** Sessie 2 van de wetenschappelijke avond georganiseerd door de Vereniging Kinesitherapeuten Tiel - Izegem, duur: 20-22 u. sprekers: S. Marcelis, R. Roose, S. Van Petegem, (28-04-2022)

Dr. Loran Defruyt, dr. Margot De Coster, dr. Jan Bresseleers

- **Bijscholing in Shamrock Tiel: "When they are high, we want low":** lipiden anno '22 - dr. Bresseleers J, dr. Defruyt L, dr. De Coster M., (12-05-2022)

Dr. Sophie Vandeplasseche

- **ERC-erkende Advanced Life Support Course** dr. Toth en dr. Vandeplasseche (ERC = European Resuscitation Council), Sint-Andriesziekenhuis Tiel (27/28-1-2022)
- **Interactieve voordracht Basis Life Support en gebruik AED (automatic external defibrillator)** - Lions Club Tiel (08-02-2022)

Dr. Griet Hoste, dr. Vally De Wilde

- **Borstkankerscreening**, Pittem, (17-05-2022)

Dr. Benedicte Vanneuville

- **"Rugklachten, doe er wat aan"**, infoavond in samenwerking met CM, Sint-Andriesziekenhuis Tiel (15-03-2022)

Dr. Chantal Baertsoen

- **VVGE - DIO cursus**, Hotel Andromeda Oostende (03/04-12-2022)

Dr. Wouter Marchand

- **'Open Disclosure na patiëntveiligheidsincident'**, online voordracht, Meet & Learn, AZ Voorkempen, 24/03/2022

Dr. Dries Deeren

- **Online presentatie in Atlanta op het jaarcongres van de American Society of Hematology, 2021** (<https://doi.org/10.1182/blood-2021-152413>)

Symposium borstkliniek op 1/10/2022
 @ Sint-Andriesziekenhuis
 Meer info volgt op www.sintandriestiel.be

Bijscholing

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

13	09	22	Kwaliteitsnormen en opstart wachtpost	spreker dr. Tom Denolf
11	10	22	Osteoporose, multidisciplinair bekeken	
08	11	22	Flash-avond: 4 -tal topics	spreker: pediater, 2 oogartsen
13	12	22	2de statutaire AKOWVL, zonder partner	



Naar aanleiding van Dag van de Zorg op 15 mei werd de danschallenge 'En dans' gelanceerd: een oproep aan Vlaanderen om samen met collega's, familie of vrienden op het campagnelied 'En dans' van Clouseau te dansen. Maandag 9 mei verzamelde een enthousiaste groep medewerkers van het Sint-Andriesziekenhuis om deze uitdaging aan te gaan. Mét resultaat, van harte bedankt aan alle dansende collega's! De inzendingen van alle filmpjes zijn te bekijken via www.dagvandezorg.be/endans

dag v/d
zorg