

Focus op migraine en multiple sclerose

—

DIABETES TYPE 1

DIABETISCHE VOET



Neurologie

PAGINA 4

Diabetische voet

PAGINA 12

Events

PAGINA 18

Sportief

PAGINA 23

Afdeling in de kijker

PAGINA 27

Bijscholing

PAGINA 30

Diabetes type 1

PAGINA 10

Nieuws

PAGINA 14

Renovatie

PAGINA 22

Nieuwe artsen

PAGINA 26

Publicaties en symposia

PAGINA 28

Aso's & Haio's

PAGINA 30

Voorwoord

Beste lezers

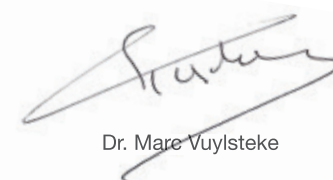
Bij het einde van het jaar hoort een korte reflectie. Na twee jaar van covidrestricties hebben we ons normale leven kunnen hervatten. Alle activiteiten werden weer opgestart en de mondkmaskers verdwenen in de prullenmand, met uitzondering voor diegenen die in de zorg werken. Laat ons hopen dat het winterweer niet voor verrassingen zorgt, net nu we van de herwonnen vrijheid genieten. Maar de ene crisis is nog maar half voorbij, of daar komt al een andere. Rusland valt Oekraïne binnen. De gevolgen zijn massale migratiegolven, maar ook sterk oplopende energieprijzen met bijhorende inflatie. Economische crisis en verminderde koopkracht zijn een feit. Naast deze economische perikelen konden we ook vaststellen dat ons klimaat duidelijk het noorden kwijt is. We hadden het ene warmterecord na het andere met bijzonder lange droogteperiodes. Al deze zaken maken ons als mens ongerust. Waar gaat dit naartoe?

Nieuw kwaliteitsmodel

Ook in de zorg ontlopen we de dans niet. Mede door de verouderende bevolking stijgen de noden. Komt daarbij dat de arbeidsmarkt ons niet helpt en we meer en meer geconfronteerd worden met personeelstekorten. Verder maakt de regelneerij van de overheid het werken niet gemakkelijker.

Binnenkort start opnieuw het accrediteringsproces voor ons ziekenhuis. JCI werd verlaten en vervangen door een nieuw kwaliteitsmodel. Opnieuw zullen alle processen, zorgpaden, werkingsmodellen ... kritisch doorgelicht worden. Het finale doel is een gegarandeerde kwaliteit van zorg. Hopelijk zal 'kwaliteit' meer zijn dan het afvinken van een to-dolijst, zullen deze nieuwe kwaliteitsvisies niet nog meer de verzorgende van de patiënt weghalen om aan allerlei administratieve eisen te voldoen. Want echte kwaliteit van zorg is niet alleen dat alles verloopt zoals gepland, dat alles traceerbaar en controleerbaar moet zijn, maar ook dat er nog eens tijd gemaakt wordt voor de patiënt en voor elkaar. Een luisterend oor, een praatje, een schouderklopje, een bemoedigend woord ... dit zijn ook essentiële zaken, die niet meetbaar zijn, maar zo belangrijk voor ons allemaal. Zeker in deze kersttijd dienen we een extra inspanning te leveren om een warme omgeving te creëren.

Bij deze wens ik jullie allen, naast veel leesplezier, een veilig en gezond 2023 toe!



Dr. Marc Vuylsteke

NEUROLOGIE

Focus op migraine en multiple sclerose

Een van de hoofdthema's van deze editie van Infosat is neurologie. Migraine en multiple sclerose zijn beide neurologische aandoeningen. We laten ons licht schijnen op deze ziektebeelden en de actuele behandeling ervan.



Migraine

Wat is migraine?

- Hoofdpijnaanvallen (uren tot paar dagen durend): matig ernstig tot ernstig van intensiteit (= invaliderend)
- Vaak gelateraliseerd
- Met begeleidende symptomen: nausea, foto-fonofobie, bewegingsintolerantie (op dat moment wil de patiënt in een donkere, stille ruimte gaan liggen)
- 25% van de migrainepatiënten ondervindt een aura = elk neurologische uitval (in meeste gevallen visueel) met spreidend opbouwend karakter overheen een aantal minuten (in tegenstelling tot TIA: acute plotse uitval, compleet van in den beginne) voorafgaand aan de hoofdpijn.
- Naast de *episodische* vorm, bestaat ook *chronische* migraine waarbij de patiënt minstens 15 hoofdpijdagen per maand ondervindt, waarvan minimaal 8 met duidelijke migraineuze karakteristieken.
- Men schat dat ongeveer 2% van de wereldbevolking aan chronische migraine lijdt, wat een belangrijke maatschappelijke kost veroorzaakt (werkverlet). Een belangrijke fractie van de chronische migrainepatiënten zijn “gechronificeerd” vanuit de episodische vorm, zeer vaak uitgelokt door overmatig gebruik van pijnstillers.

Medicamenteuze behandeling

Aanvalsbehandeling

(belangrijk: zo snel mogelijk bij opkomende hoofdpijn)

- Paracetamol of NSAï of aspirine (800-1000mg) of triptanen (soms in combinatie), eventueel samen met anti-emetica.
- Vermijd de combinatie-pijnstillers (vaak met coffeïne en codeïne). Deze werken chronisch gebruik en misbruik in de hand.
- NIEUW zijn de kleine-molecule CGRP antagonisten (“gepanten”), reeds geregistreerd en voor te schrijven maar nog niet terugbetaald in België. (zie verder: Preventieve behandeling).

Preventieve behandeling

Er zijn geen limitatieve criteria wanneer preventieve medicatie moet opgestart worden. Algemeen wordt wel aangenomen dat minimum 4 aanvallen per maand of aanvallen die langer dan 12 uur aanhouden verdedigbare voorwaarden zijn. Dit heeft in eerste instantie als bedoeling het aantal aanvallen en de intensiteit en bijgevolg de invaliditeit te beperken, maar vermindert ook de kans tot transformatie van episodische naar chronische migraine.

Eerste keuze is propranolol: indien intolerantie/contraindicatie of inefficiëntie na een 3-tal maanden te switchen naar topiramaat, tenzij opnieuw contra-indicatie. Vervolgens zijn er nog tal van andere profylactica die kunnen geprobeerd worden: de selectieve bètablokkers (metoprolol, atenolol ...), sartanen/ACE inhibitoren (o.a. candesartan/lisinopril), antidepressiva (amitryptiline, venlafaxine ...), andere anti-epileptica (valproaat e.a.). De keuze wordt mede bepaald door eventuele comorbiditeit. Deze behandelingen zijn evenwel frequent niet doeltreffend en/of kunnen al eens belangrijke bijwerkingen veroorzaken. In die zin werd meer focus gelegd op ontwikkelen van een aandoening-specifieke behandeling.

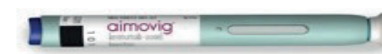
NIEUW: CGRP (afkorting voor calcitonine gen related peptide) is een peptide die een rol speelt in de trigeminovasculaire pijntransmissie en neurogene inflammatie. Op basis van dit pathofysiologisch model werden de CGRP-antagonisten ontwikkeld. We beschikken al over een paar grote-molecule CGRP antagonisten. Dit zijn monoclonale antilichamen gericht tegen de CGRP receptor of de ligand. De 3 monoclonale antilichamen in België ter beschikking zijn **AIMOVIG** (erenumab), **AJOVY** (fremanezumab) en **EMGALITY** (galcanezumab), op een eenvoudige manier zelf door de patiënt maandelijks in te spuiten via een voorgevulde pen of spuit. Deze worden enerzijds (vaak in tegenstelling tot de eerstelijns profylactica) uitstekend verdragen (meest voorkomende bijwerkingen zijn milde inspuittingsgebonden lokale huidreacties en constipatie, in uitzonderlijke gevallen arteriële hypertensie) maar geven anderzijds bij een significant deel van de patiënten een spectaculaire aanvalsreductie. Als neurologen ervaren we deze producten als een



belangrijke meerwaarde in de migrainebehandeling. Een negatief punt van deze producten is de hoge kostprijs (publieksprijs +- 500 euro/maand), hoewel gezondheids-economisch ze zich vermoedelijk grotendeels terugbetalen door het terugdringen van werkverlet.

Concreet kan via de neuroloog een terugbetaling worden aangevraagd in geval van 3 gefaalde preventieve preparaten (waaronder zeker een bètablokker en topiramaat evenals nog een van de derdelijns profylactica), zich uitend in een aanvalsfrequentie van minimum 8 migrainedagen/maand.

70 mg



140 mg



“ Men schat dat ongeveer 2% van de wereldbevolking aan chronische migraine lijdt, wat een belangrijke maatschappelijke kost veroorzaakt (werkverlet).”

Een gloednieuwe behandeling zijn de *kleine-molecule CGRP antagonisten*, de “gepanten” rimegepant en atogepant. Deze zijn oraal in te nemen en kunnen in tegenstelling tot de grote-molecule CGRP antagonisten ook als aanvalsbehandeling worden ingezet. **VYDURA** (rimegepant) kan in België reeds worden voorgeschreven maar op heden is er geen terugbetaling voorzien. Dit zal ongetwijfeld in de eerste tijd een struikelblok tot vlot gebruik zijn (+30 euro/comprimé).

We kunnen voor de migrainepatiënten alleen maar hopen op een voorspoedige afhandeling van het terugbetalingsdossier van deze veelbelovende molecule.

Auteurs: dr. Bart Lamont en dr. Philippe Tack, neurologie

Multiple sclerose

Wat is dit?

MS is een aandoening met zeer variabele symptomen en klinische kentekenen (van zeer mild tot erg agressief) uitgelokt door weefselschade in het centrale zenuwstelsel (hersenen en ruggenmerg), resulterend in neurologische uitval (zie verder: Types).

Etiologie

MS wordt veroorzaakt door een auto-immuun gemedieerde inflammatie, leidend tot demyelinisatie (= aantasting van de myeline-/vetschede die het axon omhult) en (mogelijks secundaire?) axonale degeneratie. De meest aanvaarde theorie is dat MS begint als een immuun gemedieerde aandoening uitgelokt door auto-reactieve lymfocyten en later door foute activatie van microglia (= “hersenspecifieke” marcofagen) en chronische neurodegeneratie. Waarom dit zich voordoet is onbekend. Men vermoedt evenwel een genetische gevoeligheid, getriggerd door epidemiologische factoren (vrouw/man ratio is 2/1) en omgevingsfactoren zoals:

- Virale infectie (waarbij men de laatste jaren meer en meer evidentie ziet van EBV-infectie als trigger voor MS)
- Geografische factoren: meer in Noord-Amerika, Noord-Europa dan in zuidelijke gelegen continenten. Mogelijks speelt een raciale factor een rol: meer bij blanke ras dan bij Afrikanen en Aziaten.
- Zonlicht en Vitamine D. Blootstelling aan zonlicht is beschermend, mogelijks door ultra-violet licht of ook door vitamine D. Men ziet in elk geval een duidelijk omgekeerde relatie tussen de vitamine D serumspiegel en de kans op het ontwikkelen van MS.
- Roken evenals obesitas bij kinderen en adolescenten.
- Er is geen verband gezien tussen vaccinatie (welke ook) en ontwikkelen van MS.

Types

CIS

Clinical isolated syndrome. Slechts 1 opstoot op moment van diagnose. Vaak voorbode van RRMS.

RRMS

Relapsing remitting MS (RRMS) is de vaakst voorkomende MS-vorm, zeker bij jongvolwassenen. Wordt gekenmerkt door opstoten van uitval gevolgd door (volledig of incompleet) herstel.

Secundair progressieve MS

Vertrekt vanuit RRMS met uiteindelijk langzaam gestage uitval resulterend in progressieve mobiliteitsbeperking: loopafstand neemt af, vervolgens wandelafstand, nadien noodzaak tot stappen met loophulpmiddel, soms eindigend in rolstoel gebonden of bedlegerige toestand (gelukkig eerder de uitzondering). Dit wordt gekwantificeerd d.m.v. EDS Scale. Echte opstoten doen zich niet meer voor. De gemiddelde tijdsduur van moment van MS-diagnose tot zich inzetten van de secundair progressieve fase is 12 jaar.

Primair progressieve MS

Gestage progressieve uitval van bij het begin van de MS-diagnose. Opstoten worden niet waargenomen. Leeftijd bij aanvang is vaak ouder (>40 jaar), vergeleken met RRMS-patiënt.



“ De laatste 5 à 10 jaar zagen we het aantal nieuwe immuno-modulerende preparaten binnen de MS-behandeling een hoge vlucht nemen.”

Diagnose

- Passende anamnese en klinisch beeld.
- NMR hersenen + NMR ruggenmerg: op zoek naar witte stofletsels met juiste kenmerken en distributie. Indien deze letsels Gadolinium opnemen duidt dit op actieve inflammatoire letsels.
- Lumbale punctie op zoek naar oligoclonale banden op iso-electrofocusing, die exclusief voorkomen in cerebrospinaal vocht en niet in serum: dit duidt dan op een inflammatoire reactie die zich enkel voordoet in het centrale zenuwstelsel (en pleit tegen een veralgemeende systemische inflammatie).
- Geëvoceerde potentialen (VEP: Visual Evoked Potential; BAEP: Brainstem Auditory Evoked Potential; SSEP: Somato Sensory Evoked Potential; MEP: Motor Evoked Potential): op zoek naar geleidingsvertraging op respectievelijk visueel, vestibulo-auditief, sensibel en motorisch vlak.
- Uitgebreide bloedanalyse ter uitsluiting van MS look-a-likes (o.a. systemische inflammatoire aandoeningen, neuro-myelitis optica).

Medicamenteuze behandeling

De laatste 5 à 10 jaar zagen we het aantal nieuwe immuno-modulerende preparaten binnen de MS-behandeling een hoge vlucht nemen. Er is tussen deze medicamenten een significant verschil in efficiëntie, bijwerkingsprofiel en veiligheid. In de huidige MS-behandeling bestaan twee behandelingsparadigma's:

1. Snel hoge efficiëntie behandeling instellen = **inductie-therapie** waarbij er wordt ingezet op krachtige inflammatie controle, met als keerzijde een veiligheidsissue of
2. Starten met producten met goed veiligheidsprofiel maar met minder efficiëntie = **escalatie-therapie**. Als neuroloog beslissen we in functie van de activiteitsgraad van de aandoening steeds in samenspraak met de patiënt welke strategie er wordt gevolgd (waarbij we af en toe ook nog gelimiteerd zijn door de terugbetalingscriteria van bepaalde preparaten).

- Tegenwoordig beschikken we over 5 klassen eerstelijnsbehandelingen:
- Interferonen (Avonex, Betaferon, Plegridy en Rebif): subcutane of intramusculaire inspuiting
 - Glatirameer (Copaxone): subcutane inspuiting
 - Teriflunomide (Aubagio): peroraal
 - Dimethylfumaraat (Tecfidera): peroraal
 - Ozanimod (Zeposia) en ponesimod (Ponvory): peroraal

Voor het opstarten wegen we steeds 1) efficiëntie, 2) veiligheid en 3) tolerantie van deze behandelingen af bij de individuele patiënt. De preparaten die we als “grootste gemene deler” van deze eigenschappen kunnen aanzien zijn Tecfidera en Aubagio. De interferonen en Copaxone hebben gemiddeld gezien het beste veiligheidsprofiel maar worden vaak moeilijk verdragen en zijn bovendien enkel via een inspuiting toe te dienen. Ozanimod en ponesimod worden voorbehouden voor actievare RRMS omdat ze t.o.v. de andere preparaten een wat ongunstiger veiligheidsprofiel hebben.

De opvolging van deze behandelde MS-patiënten gebeurt aan de hand van halfjaarlijkse contacten:

1. Anamnese: nieuwe opstoten?
2. Klinisch neurologisch onderzoek: nieuwe klinische afwijkingen?
3. Beeldvorming = NMR hersenen + NMR ruggenmerg: nieuwe eventueel asymptomatische letsels?
4. Soms EP's: nieuwe subklinische geleidingsstoornissen?
5. Bij falen van de eerstelijnsbehandeling (te beoordelen aan de hand van 1 en/of 2 en/of 3 en/of 4) wordt relatief snel naar tweedelijnsbehandeling opgeschaald. Er is meer en meer evidentie dat kort op de bal spelen bij enige ziekteactiviteit de kans op invaliditeit in de toekomst verkleint.

Ook deze tweedelijnsbehandelingen (Gilenya, Kesimpta, Lemtrada, Mavenclad, Mayzent, Ocrevus, Tysabri) kunnen we als MS-expertcentrum in het Sint-Andriesziekenhuis aanbieden. Mitoxantrone en autologe hematopoietische stamceltransplantatie kunnen bij zeer agressieve MS-patiënten worden overwogen (in universitaire centra). Samengevat is het medicatielandschap binnen de MS-therapie de laatste jaren spectaculair veranderd met een groot aanbod aan efficiënte eerstelijns- en tweedelijnsbehandelingen, die een significante meerwaarde brachten op het vlak van inflammatiecontrole en invaliditeit. Bovendien worden deze preparaten meestal goed verdragen. Bij sommige producten zijn er veiligheidsissues, die we via bepaalde protocollen nauwgezet moeten opvolgen en zo in de meeste gevallen goed onder controle kunnen houden.

Auteurs: dr. Bart Lamont en dr. Philippe Tack, neurologie

DIABETES TYPE 1

Behandeling

Diabetes type 1 is een auto-immuunziekte veroorzaakt door antistoffen die de bètacellen van de pancreas aanvallen. Hierdoor ontbreekt de belangrijkste sleutel om glucose op te nemen in de cellen: insuline. Meestal wordt diabetes type 1 vastgesteld bij kinderen of jongvolwassenen, maar het kan in principe op elke leeftijd ontstaan. De exacte oorzaak is tot op heden niet gekend. Toch wordt er vastgesteld dat het ontstaan ervan multifactorieel is. Preventie is niet mogelijk en de ziekte heeft een enorme impact op het dagelijkse leven van elke patiënt.

Amper 100 jaar geleden, in 1921, werd door Frederick Banting en Charles Best voor het eerst insuline uit de alvleesklier van honden en kalmpjes geïsoleerd en gebruikt ter behandeling van mensen met diabetes. Tot net daarvoor stierven deze mensen wegens gebrek aan enige behandeling. De eerste stap naar behandeling was het ontwikkelen van dierlijke insulines. Later kwamen de humane insulines. Voortdurende research doorheen de laatste 20 jaar vervangen beide soorten door (ultra-)snelwerkende en zeer stabiele, traagwerkende basale insulineanalogen. Deze hebben een totaal andere werkingssnelheid en -duur dan de humane insulines zoals Actrapid® en Insulatard®. De (ultra-)snelwerkende en stabiele, traagwerkende insulines kunnen subcutaan toegediend worden. Hetzij door middel van een pen (een- of tweedelig systeem) en pennaald, die meestal vier à vijf keer per dag worden toegediend. Of het kan continu toegediend worden via een onderhuids geplaatste katheter, namelijk de continue subcutane insuline-infusie verbonden met de insulinepomp. Deze biedt tal van mogelijkheden, die met een klassiek pensysteem niet kan gebruikt

worden, zoals bij: kinderen, zwangere dames, mensen met afwezigheid van hypoglycemie-gevoel, sporters enz.

Continu glucosemonitoringssysteem

De tijd stond ondertussen niet stil, want er werd eveneens heel wat geld geïnvesteerd in betere, maar vooral eenvoudigere en meer comfortabele manieren om bloedglucosespiegels te bepalen. Bij diabetes type 1 zijn glycemiewaarden erg variabel en beïnvloedbaar door tal van factoren zoals voeding, beweging, ziekte, pijn, stress en weersomstandigheden. We willen als behandelteam zoveel mogelijk informatie verzamelen rond de gemeten/ verkregen waarden. Initieel werd dit gedaan met een eenvoudige vingerprik. Hierbij werd de mensen vaak gevraagd om meer dan de klassieke viermaal per dag te meten. Hoe meer data er immers worden verkregen, hoe beter de algemene regeling (HbA1c) en de tijd binnen streefwaarde ('time in range' of TIR). Sinds 2016 is er in ons land voor mensen met diabetes type 1 een volledige terugbetaling voorzien voor een continu glucosemonitoringssysteem. Een sensor wordt onderhuids aangebracht en meet gedurende twee weken 24 uur per dag de glucosewaarden in het interstitieel vocht. Bij de tweede versie van dit glucosemonitoringssysteem kunnen alarmen ingesteld worden. De alarmen waarschuwen bij langdurige hyperglycemie,

maar vooral bij of vóór hypoglycemie. Deze laatste kan noodzakelijk zijn bij mensen die zich niet meer bewust zijn/worden van hypoglycemie (hypo unawareness).

Closed loop system

Zoals u net las zijn er betere en sneller werkende insulines en nieuwe mogelijkheden om een continu beeld te schetsen van de glycemieregulatie. Een logische volgende stap voor een optimale behandeling is de cirkel rondmaken, een systeem dat de glycemie gaat meten en hiermee rekening houdend het commando kan geven om onafhankelijk van de gebruiker, via een algoritme, automatisch de glycemie te regelen. We spreken van 'Closed loop systems'. Hierbij is de persoonlijke inbreng van de gebruiker toch noodzakelijk. Zij dienen de hoeveelheid koolhydraten die worden gegeten en de mate van een groter activiteitsniveau (bijv. fysiek werk of sport) aan te geven. De ontwikkeling van deze 'automatische insulinepomp' was moeilijker dan gehoopt, maar sinds enkele jaren kunnen we diabetes type 1-patiënten die dit wensen, dit systeem aanbieden. Dat is voor deze doelgroep overigens volledig terugbetaald door de mutualiteit.

Sint-Andriesziekenhuis evolueert vlot mee

Sinds 2012 heeft ons ziekenhuis een diabetespomp-conventie. Vorig jaar zijn ook wij gestart met de automatische insulinepomp. Hierdoor kunnen we onze mensen met diabetes type 1 nog beter behandelen. Voordelen voor deze mensen zijn onder andere het minder voorkomen van hypoglycemie, meer levenskwaliteit, een grotere levensverwachting en de kans om veilig zwanger te zijn. Ondertussen worden er een 25-tal mensen met het 'Closed loop system' behandeld in het Sint-Andriesziekenhuis. In de toekomst hopen we dit aantal op te bouwen om de behandeling bij diabetes type 1 te optimaliseren. Kort samengevat heeft de diabeteszorg de afgelopen jaren een enorme evolutie doorgemaakt. Mijn team is niet alleen een zorgende, ondersteunende groep enthousiaste mensen met een ruime vakkennis, maar ook prima op de hoogte van geavanceerde en innovatieve technologie. But there's a lot more to come! De technieken worden in de toekomst nog meer verfijnd en vereenvoudigd in gebruik. Dit alles op maat van elke individuele patiënt. Het mag duidelijk zijn: diabeteszorg was, is en blijft bijzonder boeiend.

Auteur: dr. Evy Degrande, endocrinologie

“De automatische insulinepomp biedt onder andere meer levenskwaliteit, een grotere levensverwachting en de kans om veilig zwanger te zijn.”



DIABETISCHE VOET

Aandacht voor preventie én multidisciplinaire aanpak bij letsels

Een diabetische voet is in principe iedere voet van een persoon met diabetes. We denken bij de term meestal aan een voet met typische wonden of deformaties. Eens gediagnosticeerd betekent een 'echte' diabetische voet een belangrijke humane en financiële kost. Om die reden verdient de diabetische voet de nodige zorgen, maar elke voet van een diabetespatiënt heeft aandacht nodig, en zelfs iedere voet in het algemeen vraagt de nodige waakzaamheid.



Waakzaamheid omdat naast de hoge prevalentie van diabetes van 6,33 procent in België (volgens Sciensano in 2014), tot een derde meer mensen van hun beginnende diabetes niet op de hoogte zijn. Waakzaamheid omdat voetproblemen soms het eerste symptoom van diabetes zijn. Met dit eerste symptoom komen ze dus niet primair bij de endocrinoloog maar bij andere zorgverstrekkers: (medische) pedicure, podoloog, huisarts, thuisverpleegkundige en later orthopedisch of vasculair chirurg. Bij deze voeten dient men voornamelijk te denken aan diabetes om de patiënt bij suspect beeld in het juiste traject te krijgen en zo verdere progressie van hun diabetes type 2 in te tomen door therapie, gezonde levensstijl, voeding en beheersen gewicht. Diabetes type 1 is echter niet te voorkomen en hier past de juiste therapie en controle.

Van endocrinoloog tot orthesist

In het Sint-Andriesziekenhuis worden de patiënten met diabetische voet algemeen opgevolgd door de endocrinoloog met de diabetesverpleegkundige en specifiek door de vasculair chirurg met de

wondzorgverpleegkundige en de orthopedisch chirurg in contact met de orthopedische schoenmaker (orthesist). Deze verstrekkers staan in nauw multidisciplinair contact met elkaar en directe verwijzing of intercollegiaal consult is steeds mogelijk. De oorzaak van voetproblemen berust op één of een combinatie van drie oorzaken: macro-angiopathie, micro-angiopathie en polyneuropathie. Deze kunnen allen vroeg of laat voorkomen bij diabetes. Bij macro-angiopathie hebben we het over (arteriële) vaatvernauwingen of occlusies, leidend tot ischemische letsels wat soms kan leiden tot amputaties.

Spontane breuken mogelijk

Bij micro-angiopathie gaat het om de (capillaire) insufficiëntie met slechte heling en deterioratie van (aanvankelijk kleine) wondjes. Dit kan leiden tot diepe, chronische ulcera. De polyneuropathie (beschadiging van de zenuwuuiteinden) geeft gevoelsstoornissen waardoor bovengenoemde letsels vaak laat worden opgemerkt en zelfs belangrijke letsels moeilijk te behandelen zijn terwijl de patiënt er nauwelijks last van ondervindt (compliance?). Neuropathie kan ook voor de patiënt onverklaarbare klachten veroorzaken gaande van verminderd gevoel (hypo-esthesie) tot pijn en gloeiingen ook in rust (dysesthesie). Diagnose van deze kan gesteld worden door onderzoek (monofilament test) of EMG. In de eindfase kan dit leiden tot spontane breuken in de voet en deformaties (Charcot voet).

Zelfgenezing primeert

Preventie van letsels houdt regelmatige controle in met verwijderen van eelten. Indien nodig gebruiken we hiervoor steunzolen die de druk meer verdelen en semi-orthopedische schoenen, elastisch en zonder binnennaden. Bij grotere ulceraties maken we gebruik van ontlastende walker boots, verbandschoen of total

“ Voetproblemen kunnen het eerste symptoom van diabetes zijn. Waakzaamheid is daarom aangeraden.”

contact cast. Bij blijvende deformatie van de voet door neuropathische breuk of amputaties is blijvend gebruik van orthopedische maatschoenen nodig. Naast diagnose blijft behandeling en preventie van ernstige letsels complex.

Uiteindelijk dient de voet zichzelf te genezen. Wij bieden hiervoor de juiste omstandigheden door arteriële dilataties, correct regelen glycemie, voorzien van het juiste wondmilieu, compressen, wieken, zalven en vacuümtherapie. Waar nodig verwijderen we “dood” weefsel, debrideren we eelt en wondranden of draineren we abces. Amputaties en bij diepere infecties orthopedisch verwijderen van botnecrosen of osteïtis kunnen nodig zijn. Er is reden tot hospitalisatie wanneer IV antibiotica (ook bij wondroos of erysipelas) of zeer intensieve wondzorg nodig is.

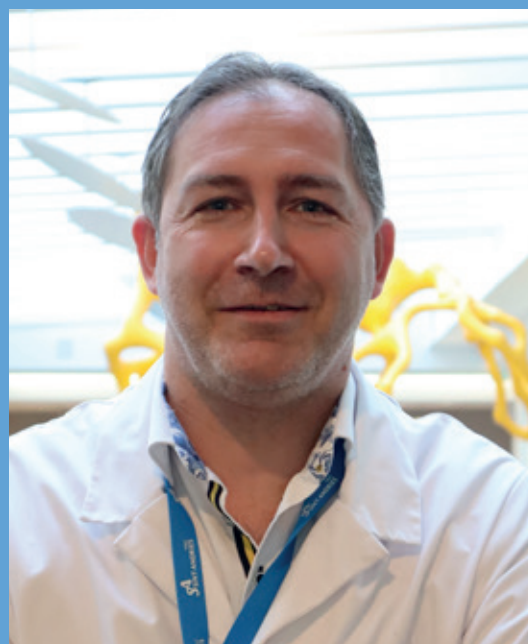
De thuisverpleegkundigen en zeker ook de huisarts spelen naar opvolging toe een belangrijke rol door hun expertise en nauw contact met de patiënt.

Auteurs:

dr. Kristoff Deroo, orthopedie - voet- en enkelchirurgie en dr. Daphné Van den Bussche, vaatchirurgie

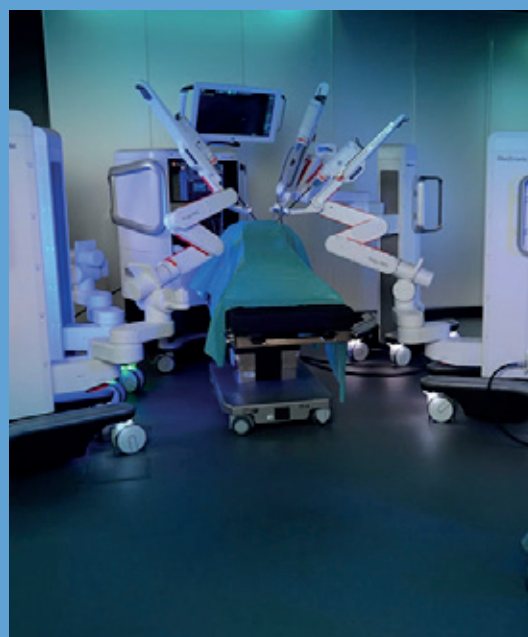
NEWSFLASH

Het laatste nieuws



Nieuwe medisch directeur

Sinds 15 september is **dr. Wouter Marchand** de nieuwe medisch directeur van het Sint-Andriesziekenhuis. Daarnaast blijft hij verder actief als uroloog in het ziekenhuis. Dr. Marchand volgt hiermee dr. Leen De Backer op die omwille van familiale omstandigheden haar mandaat wenste te beëindigen. Ze blijft uiteraard wel verder ter beschikking van de patiënten als medisch oncoloog. We bedanken dr. De Backer voor haar engagement in de verdere uitbouw van het ziekenhuis en wensen dr. Marchand alvast veel succes bij het vervullen van deze nieuwe functie.



Binnenkort in Tielt: operatierobot Hugo RAS

In februari neemt het Sint-Andriesziekenhuis de operatierobot **HugoTM Robotic Assisted Surgery (RAS)** voor weke delen in gebruik. Robotchirurgie heeft heel wat voordelen voor de patiënt, waaronder minder bloedverlies, kortere ziekenhuisopname en kleinere littekens. Patiënten kunnen zo veel sneller hun gewone leven hernemen. Een grote aanwinst voor het ziekenhuis dus!

Opening nieuwe huisartsenwachtpost Molenland

Op donderdag 30 september opende de huisartsenkring HAOWVL hun huisartsenwachtpost Molenland in een gloednieuw gebouw naast de spoeddienst van het Sint-Andriesziekenhuis. Het werd een feestelijke openingsavond waarop de huisartsen en partners uit Tielt en de omliggende gemeenten en de artsen-specialisten van het Sint-Andriesziekenhuis waren uitgenodigd.

De nieuwe ligging van de huisartsenwachtpost maakt een vlotte samenwerking tussen de huisartsenwachtpost en de spoeddienst mogelijk.

De wachtpost bestaat onder meer uit een onthaal-ruimte, consultatie- en onderzoekruimtes, enkele slaapkamers en een keuken/leefruimte. De oude locatie in de Krommewalstraat, waar de huisartsenwachtpost tijdelijk ondergebracht was, is nu niet langer in gebruik.

De nabijheid van het ziekenhuis is belangrijk wanneer de huisarts van wacht oordeelt dat er extra onderzoeken of een spoedopname nodig zijn. Zieke patiënten die uitgebreide onderzoeken of een dringende ziekenhuisopname nodig hebben, of traumata met nood aan bijv. ingewikkeldere hechting of aanleggen van gips, worden vanuit de wachtpost doorverwezen naar spoed. Hoewel de samenwerking met de huisartsenwachtpost al zeer goed is, zal deze zeker nog verder geoptimaliseerd worden nu de wachtpost letterlijk naast de spoeddienst gelegen is.

De werking van de huisartsenwachtpost blijft verder behouden: deze is geopend van vrijdagavond 18.00u tot maandagochtend 08.00u en op feestdagen. Je kan enkel in de wachtpost terecht na afspraak en dat voor dringende, niet-levensbedreigende gezondheidsproblemen die niet kunnen wachten tot de eigen huisarts weer beschikbaar is. Afspraken worden telefonisch gemaakt via het nummer 1733.



Obesitaskliniek Tielt lanceert app voor de patiënt

De obesitaskliniek van het Sint-Andriesziekenhuis lanceerde in december een gloednieuwe app voor zijn patiënten. De app, genaamd MAELA, begeleidt de patiënt doorheen het volledige zorgtraject. Dit biedt heel wat voordelen, waaronder steeds up-to-date informatie rond de status van het traject en de mogelijkheid tot chatten met het obesitasteam.

Maela, ontwikkeld in samenwerking met de firma Medtronic, werd in de eerste plaats gelanceerd om de zorgrelatie met de patiënt te versterken. Dr. Mehrdad Biglari, abdominaal chirurg: "De app zorgt ervoor dat de patiënt op elk tijdstip en op eender welke locatie zijn eigen zorgtraject in beeld kan brengen. Zowel voor, tijdens als na de behandeling krijgt de patiënt informatie op het juiste moment. Tegelijk worden patiënten ook gestimuleerd en begeleid via de app om hun levensstijl aan te passen."

Groter veiligheidsgevoel

Een van de grote voordelen voor de patiënt is dat hij zich veiliger voelt dankzij de app. De patiënt heeft alle

informatie steeds bij de hand, er is een luik met FAQ's en dankzij de chatfunctie is er altijd iemand van het multidisciplinaire team bereikbaar. Patiënten geven aan dat ze gerustgesteld zijn omdat ze goed geïnformeerd en goed voorbereid zijn op hun volledige zorgtraject. Verder zorgt de app er ook voor dat patiënten beter voor zichzelf zorgen omdat ze zich meer 'meester' voelen van hun eigen zorgtraject. Dr. Biglari: "Obesitas is een behandeling op lange termijn, dankzij de app staat het team dicht bij de patiënten en kan hen zo nauwer opvolgen doorheen het zorgtraject. Deze nauwe samenwerking tussen patiënt en zorgverlener is cruciaal om het gewenste einddoel te bereiken. We zijn verheugd dat de app hier nu ook aan bijdraagt. Zo evolueren we bovendien mee met de digitale vernieuwingen om de taal van de patiënt te spreken."



Dr. Wetzels behaalt BHSC-certificaat

Dr. Thomas Wetzels, arts-specialist in de orthopedie, behaalde recent het Belgian Hand Surgery Certificate. Het Belgisch getuigschrift Handchirurgie (BHSC) van de interuniversitaire opleiding chirurgische pathologie van de hand en perifere zenuwen komt overeen met een Permanente Vorming (PVG) met getuigschrift voor de opleiding van artsen-specialisten met specifieke competenties in chirurgie van de hand en perifere zenuwen. Het programma wordt gezamenlijk georganiseerd door de Belgische universiteiten.

Sinds 1 november is het bovendien mogelijk om een carpaal tunnel release endoscopisch uit te voeren. Het herstel na de operatie is vaak nog sneller dan bij een open procedure en kan nog steeds onder locoregionale anesthesie.

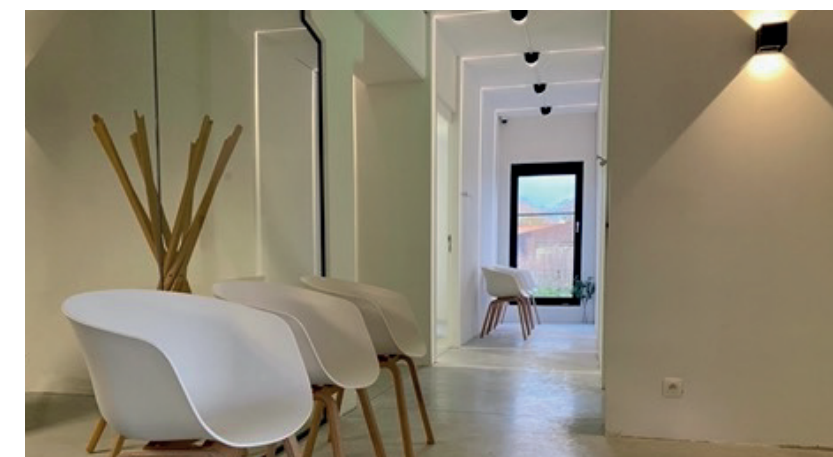
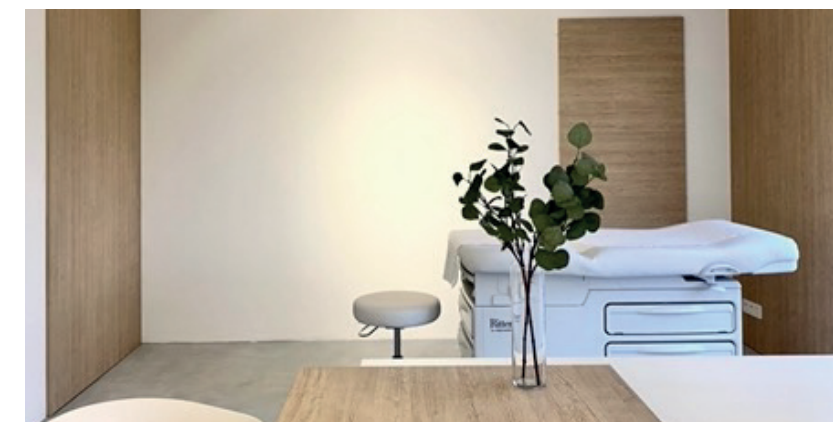
Polikliniek Astene

Sinds begin december houden **dr. Mariëtte van den Heuvel** (Urologie) en **dr. Marc Vuylsteke** (Vaatheekunde) privéconsultaties in het 'Medisch Centrum Leie' in Astene.

Dit is een nieuwe polikliniek waar meerdere medische specialiteiten consulteren. Dr. van den Heuvel is aanwezig op woensdagavond, dr. Vuylsteke op donderdagavond. Afspraken kunnen online gemaakt worden via www.medischcentrumleie.be

Contact:

Emiel Clauslaan 87A
9800 Astene
info@medischcentrumleie.be
+32 9 396 45 98



Sarcoïdosedeliga @ Sint-Andries

Op zaterdag 22 oktober was het Sint-Andriesziekenhuis het forum voor de halfjaarlijkse bijeenkomst van de vereniging voor sarcoïdosepatiënten. Deze infodag werd georganiseerd voor patiënten en iedereen die meer wil weten over deze aandoening.

Sarcoïdose, vroeger vaak aangeduid met het eponiem ziekte van Besnier-Boeck Schaumann, is een relatief zeldzame multi-orgaan aandoening met een incidentie van 5 tot 40 gevallen per 100.000 inwoners in Noord-Europa. Er wordt algemeen aangenomen dat een gedysreguleerde immuunrespons aan de basis ligt van de ziekte. Infectieuze, organische of anorganische agentia fungeren als mogelijke antigenen die bij een genetisch gepredisponeerd individu de immuuncascade in gang zetten. Hierbij ontstaan de typische niet-verkazende granulomen van epitheloïde cellen. Bij een zeldzame ziekte als sarcoïdose is de rol van een patiëntenvereniging cruciaal om te informeren over de ziekte en een forum te bieden voor contact met medepatiënten. Tijdens het informatieve luik werden drie topics uitgelicht: sarcoïdose & andere granulomateuze aandoeningen (dr. G. Serry), de behandeling van sarcoïdose (dr. V. Van Damme) en de cardiale effecten van sarcoïdose (dr. Ph. Vanderheeren). Het geheel werd gemodereerd door dr. G. Tits en nadien was er ruime mogelijkheid tot het stellen en beantwoorden van vragen.

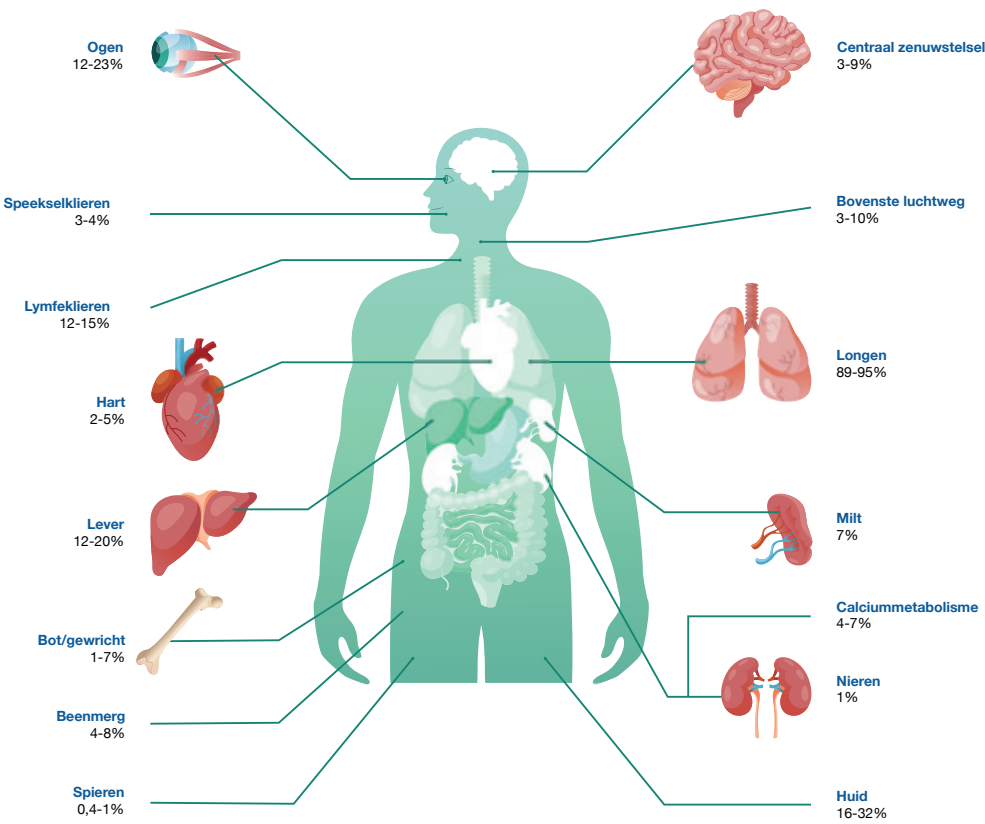
Brede orgaanaantasting

De aandoening gedraagt zich als een ware kameleon waarbij de kliniek bepaald wordt door het patroon van orgaanaantasting. Hierbij zijn de longen (parenchym en mediastinale/hilaire lymfeklieren) het meest frequent (89-95% van de gevallen) aangetast, maar elk orgaan kan eigenlijk

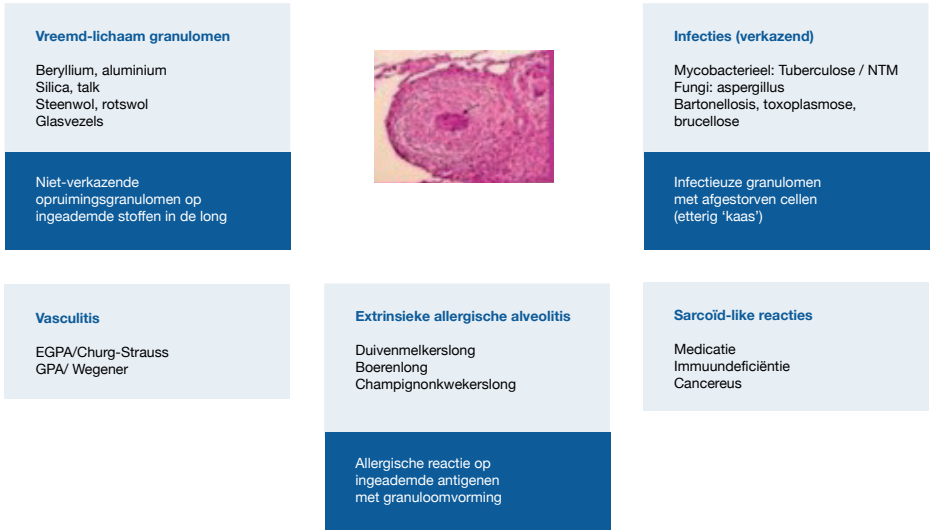
betrokken raken (figuur 1). Veel patiënten hebben ook een systemische inflammatoire reactie met koorts/subfebriliteit, nachtzweeten, vermagering en vermoeidheid. De diagnose van sarcoïdose is gebaseerd op de aanwezigheid van suggestieve klinische en radiologische bevindingen in combinatie met het aantonen van niet-verkazende granulomen op weefselbiopsie. Sarcoïdose is evenwel niet de enige granulomateuze aandoening (figuur 2). Het merendeel van de patiënten kent een spontaan gunstig verloop van de aandoening en heeft geen systemische behandeling nodig.

De beslissing om wel of niet een systemische (immuunsuppressieve) behandeling in te stellen is afhankelijk van het risico op orgaanfalen/overlijden enerzijds en de impact van de ziekte op de levenskwaliteit anderzijds. Dit maakt de beslissing om wel of niet te behandelen complex. Ziekteremissie, met geen of beperkte sequelen, treedt bij twee derde van de sarcoïdosepatiënten op binnen de decade na diagnose. Bij meer dan de helft van de patiënten is dit zelfs binnen de eerste drie jaren. Bij 10 tot 30 procent wordt de ziekte helaas chronisch, leidend tot klinisch significante orgaanaantasting en morbiditeit. Minder dan 5% van de patiënten komt aan de ziekte te overlijden, doorgaans ten gevolge van longfibrose met respiratoir falen of door aantasting van het hart of zenuwstelsel.

Auteurs: dr. Gerlinde Serry, dr. Valérie Van Damme, dr. Geert Tits, pneumologie



Figuur 1: overzicht van de mogelijke orgaanaantasting bij sarcoïdose



Figuur 2: overzicht van granulomateuze longaandoeningen

Referenties: Drent M, Crouser ED, Grunewald J. Challenges of Sarcoidosis and Its Management. N Engl J Med. 2021 Sep 9;385(11):1018-1032. doi: 10.1056/NEJMra2101555. PMID: 34496176.
Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. N Engl J Med. 2007 Nov 22;357(21):2153-65. doi: 10.1056/NEJMra071714. PMID: 18032765.
Prasse A. The Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment of Sarcoidosis. Dtsch Arztebl Int. 2016 Aug 22;113(33-34):565-74. doi: 10.3238/arztebl.2016.0565. PMID: 27598883; PMCID: PMC5015588.

Symposium borstkliniek

Op 1 oktober vond het eerste symposium van de borstkliniek van het Sint-Andriesziekenhuis plaats. Tijdens deze multidisciplinaire samenkomst voor eerstelijnszorgverleners kwamen verschillende sprekers aan bod die een coherent beeld schetsten van waar de borstkliniek voor staat.

Sinds 1 januari 2022 is de borstkliniek van het Sint-Andriesziekenhuis officieel erkend. Oktober is traditioneel de themamaand waarin borstkanker centraal staat en daarom dit jaar hét uitgelezen moment om het eerste multidisciplinaire symposium van onze borstkliniek te organiseren. Het event ging van start met een bondig overzicht door alle betrokken klinici over de nieuwe trends in de aanpak van borstkanker, gaande van oppuntstelling tot heelkundige, medicamenteuze, reconstructieve en supportieve behandelingen. Voor een



overzicht van de radiotherapie konden we rekenen op collega Dr. Bussels uit AZ Delta, waarmee al jaren een goede samenwerking plaatsvindt. Na de lezingen was er de mogelijkheid om een multidisciplinaire rondleiding bij te wonen. Onder meer een demonstratie van borstbiopsie, de sentinelklierprocedure, het gebruik van MAG seed, kennismaking met verschillende borstprothesen, aanprikken poortkatheter en het cold cap toestel kwamen aan bod.

De leerrijke voormiddag werd afgesloten met een ontspannende lunch en netwerkmoment. Van harte bedankt aan alle aanwezige zorgverleners (huisartsen, artsen specialisten, (thuis) verpleegkundigen en kinesitherapeuten) voor hun talrijke opkomst en interesse in ons symposium.



Symposium orthopedie

Op 8 december werd door orthopedie Tiel een navormingsavond georganiseerd in het ziekenhuis. Voor de zorgverstrekkers uit de brede omgeving van Tiel werden onder de titel "Blik op Orthopedie" enkele actuele topics uit de orthopedie uit de doeken gedaan door dr. Raes, dr. Deroo, dr. Wetzels en dr. Lambrecht. Na het symposium, dat op een ruime belangstelling kon rekenen, werd tijdens het walking dinner nog gemoedelijk nagepraat.

Infomoment psychiatrie

Tijdens de week van de Geestelijke Gezondheid 2022 vond op **woensdag 5 oktober** voor de regionale huisartsen een infoavond plaats rond de afdeling psychiatrie van het Sint-Andriesziekenhuis. De dienst werd in al zijn facetten belicht. Psychiater dr. Antonio Gazziano bracht een introductie rond de PAAZ, psychiater dr. Ward Vandewalle lichtte de SP-Psychogeriatric toe. Hoofdverpleegkundige Katty De Rammelaere vertelde iets meer rond het zorgpad alcohol, hoofdverpleegkundige Frederick Desplenter had het over de werking van de SPG-afdeling en verder kwam ook het therapieaanbod voor de residentiële en de ambulante patiënten kwam aan bod.

Na een rondleiding op beide afdelingen werd de avond afgesloten met een receptie in het restaurant van het ziekenhuis. Hartelijk dank aan alle gastsprekers en aanwezige huisartsen!



“**Hartelijk dank aan alle gastsprekers en aanwezige huisartsen!**”

Obesitasdag

Op 8 oktober organiseerde de Obesitaskliniek Tiel, onder leiding van dr. Biglari en coördinator Vanessa Van Renterghem, een info- en terugkomdag voor obesitaspatiënten in Shamrock Tiel. Het multidisciplinair team creëerde verschillende ateliers om de patiënten op een educatieve en ludieke manier mee te nemen in hun zorgtraject.

De ateliers hadden onder andere volgende onderwerpen: wat is obesitas, wat zijn de eetgedragingen na de operatie, hoe kan je gezond bewegen in je dagelijkse activiteit, welke supplementen dien je in te nemen, enz. Naast deze creatieve ateliers kregen de patiënten een emotionele getuigenis van Bohyn Björn, een van onze patiënten die van 130 kg naar 65 kg is gegaan op 14 maanden tijd. De samenkomst werd afgesloten met een lunch. Patiënten kregen hier de opportuniteit om bij te praten, alsook hun vragen te stellen aan het obesitasteam. Met een opkomst van meer dan 100 patiënten kunnen we met fierheid terugblikken op een succesvolle editie.



Obesitasdag Tiel



RENOVATIEWERKEN

Renovatie spoedafdeling

Enkele maanden geleden gingen de verschillende uitbreidings- en aanpassingswerkzaamheden op de spoeddienst van start. Deze verbouwingen kaderen in onze missie om steeds kwaliteitsvolle zorg te leveren en een grote patiënttevredenheid te bereiken.

De gemeenschappelijke zaal die bedoeld was voor de opvang van 4 spoedpatiënten wordt tegen begin december vervangen door een grotere zone met 6 afzonderlijke patiëntenlokalen, waarvan 1 kamer zelfs kan uitgebreid worden tot een 2-persoonskamer voor gerelateerde patiënten (bv. een koppel of ouder en kind). We hebben zo dus een uitbreiding voorzien van 4 naar maximum 7 bedposities verspreid over 6 ruime patiëntenboxen. Met deze ingrijpende aanpassingen willen we beantwoorden aan ons groeiend patiëntenaanbod, met aandacht voor de nood aan privacy en het comfort

“ Nood aan privacy en comfort voor onze spoedpatiënten.”

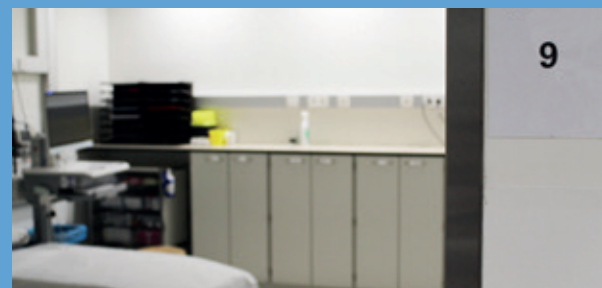
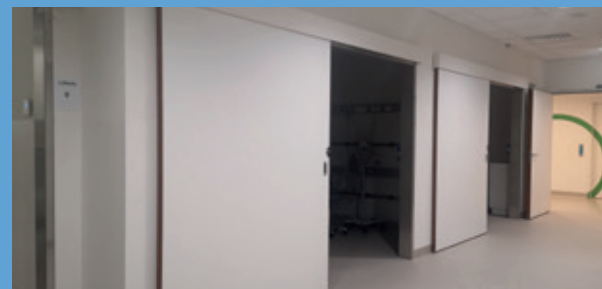
van onze spoedpatiënten. Deze nieuwe 7 bedposities zijn helemaal geschikt om in de opvang te voorzien van zieke patiënten met een ernstige infectie waarvoor strikte isolatie en/of onderdruk noodzakelijk is. Daarnaast is het mogelijk om deze nieuwe zone – bv. in het kader van een pandemie – volledig en volgens de wettelijke normering af te scheiden van het overige deel van de spoedgevallendienst, waarbij patiënten vervolgens via een afzonderlijke ingang tot in deze spoedgevallenzone binnen worden gebracht.

Om de efficiëntie van onze spoedgevallendienst te verbeteren zal er ook een zone voor kleine traumata ingericht worden. Dit houdt in dat patiënten die goed gaande en staande zijn met o.a. een hand- of voettrauma of een kleine wonde naar een afzonderlijke wachtzaal worden gebracht om vervolgens onderzocht te worden door een spoedarts, en nadien naar de radiologie, de hechtingskamer of terug naar huis te gaan

na bv. wondverzorging. Zo worden ook de overige lokalen vrij gehouden voor de patiënten die nood hebben aan een brancard en monitoring. Gelet op de recente toename van zowel spoedartsen als spoedverpleegkundigen per shift, zal ook hun werkruimte worden uitgebreid met een opschaling van het aantal werkplekken en computers, verdeeld over 2 met elkaar verbonden ruimtes.

Vanzelfsprekend gaan de verbouwingswerken niet onopgemerkt voorbij. Niettemin doen we ons uiterste best 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 ruimte aan de spoedgevallendienst, werd daartoe opnieuw ingericht tot 4 afzonderlijke patiëntenposities. Volgens de planning worden spoedpatiënten al in december nog verzorgd in de nieuw gebouwde patiëntenlokalen.

Auteur: dr. Sophie Vandeplassche, spoedarts



IN DE KIJKER

Nieuw: Sportmedisch Centrum in het Sint-Andriesziekenhuis



In het Sportmedisch Centrum Sint-Andries kan elke beginnende, recreatieve of competitieve sporter vanaf februari 2023 terecht voor een inspanningstest, trainingsadvies, sportcardiologisch onderzoek en longfunctieonderzoek, evenals voor diagnose, behandeling en preventie van sportblessures. De multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende specialisaties binnen het ziekenhuis zorgt voor een complete benadering van de sporter waarbij gericht kan doorverwezen worden indien nodig.

Een gezonde geest in een gezond lichaam: dit eeuwenoude spreekwoord geldt vandaag nog steeds. Mensen die regelmatig bewegen en sporten, zijn niet alleen lichamelijk en mentaal fitter, ze hebben ook minder kans op chronische ziektes. Sportbeoefening dient evenwel op een medisch verantwoorde manier te gebeuren om sportblessures en eventuele cardiale complicaties te vermijden. De algemene sportmedische keuring gebeurt door sport- of keuringsarts in de eerste lijn. Bij vaststellen van afwijkingen en/of risicofactoren kan deze gericht verder doorverwijzen naar ons centrum.

Binnenkort online:

www.sintandriestielt.be/sportmedisch-centrum

Sint-Andriesziekenhuis zet sportiefste beentje voor

Samen naar de top

Team Intensieve zorg

Op Intensieve Zorg trekt de ene met regelmaat zijn loopschoenen aan, de ander fietst gezwind door het Vlaamse land. Daar kan iets mee gedaan worden, fantaseerden enkele moedige zielen. Bij de start van de eerste lockdown kwam de legendarische uitspraak, die ons letterlijk meer zweet heeft gekost dan de ganse covidpandemie op zich: “Na het overwinnen van die lastige covidberg, gaan we de sportieve uitdaging aan om de Ventoux te beklimmen.”

Zo begonnen we aan ons uniek avontuur. Uurroosters werden besproken en trainingsschema's kregen vorm. Na een maandenlange voorbereiding en een warme zomer van kilometers en hoogtemeters in de benen, was het eindelijk zover. In september trokken we met acht 'gezond-nerveuze topsporters vol energie' richting 'De Kale Berg'. Fietsters bevoorraden de lopers, lopers stonden paraat voor de fietsers. Een fantastisch sterke teambuilding, waar ieder op zijn manier het ultieme doel bereikt: de top van de Mont Ventoux.



Het was een overwinning op onszelf, maar absoluut ook een doel dat we samen bereikten, mede dankzij onze 'thuisblijvers'. Zij waren immers bereid om vele uren de voorbereidende verhalen te aanhoren en tijdens 'De Klim' de shiften van hun collega's enthousiast op te vangen. Na thuiskomst werd de Kale Witte Berg voor ons een zalige roze wolk om nog lang van na te genieten, te dromen en plannen te smeden voor naar wie weet waar ...



London Marathon

Dr. Filip Rousseau, anesthesie

“Op 2 oktober stond ik samen met 47.000 deelnemers aan de start van de Marathon van Londen, een van de Six Major Marathons wereldwijd. Een voorbereiding van drie maanden ging daaraan vooraf met wekelijks drie tot vier trainingen waaronder duurlopen en intervaltrainingen. De start lag in Greenwich en na het obligate “God save the Queen/King” en een beeltenis van de zopas overleden Queen op alle grote videoschermen weerklonk het startschot voor Bashir Abdi en co. Ik startte in wave 3, die een tiental minuten later in beweging kwam. De eerste kilometers gingen gemakkelijk en de hartslag liep langzaam op. Mijn Garmin registreerde 5’30” per km. Bij de drinkposten (om de 2 mijl) nam ik telkens een flesje water en om de 7 km een gelletje met caloriebom aan suikers.

Langs het parcours stonden duizenden supporters iedere atleet aan te moedigen. Mijn vrouw en kinderen reden per fiets langs het parcours en zo kon ik hen verscheidene keren spotten, wat een mentale boost gaf. Halverwege liepen we over de Tower Bridge, ik nog in een goede cadans, “genietend” van the City en de massa toeschouwers die je voortstuwen. Het parcours kronkelde zo verder langs de Thames en over de Dokken naar het centrum. Na 35 kilometer liet de vermoeidheid zich stilaan voelen, maar ik kon het tempo verder aanhouden. En zo ging ik verder langs Westminster richting de finish aan Buckingham Palace om daar met een ultieme inspanning euforisch te finishen in 4u07’.”



Marathon des Sables

Dr. Geert Meese, anesthesie

“Een belangrijk deel van mijn vrije tijd besteed ik aan ultra endurance races d.w.z. uithoudingswedstijden waarbij vaak meerdere dagen na elkaar langere afstanden worden afgelegd. Het bekendste voorbeeld van een dergelijke race is de ‘Marathon des Sables’: 250 km op vijf dagen doorheen de woestijn waarbij je als deelnemer voor 95 procent voor jezelf dient te zorgen. De organisatie voorziet enkel water, zelf zorg je voor eten, slaapmateriaal, EHBO-materiaal ... en je draagt dit de hele race met je mee.

Deze race heb ik al twee keer voltooid en staat in 2023 opnieuw op het programma. Dit type races heeft me al over de hele wereld gebracht: Zuid- en Midden-Amerika, het Grand Canyon gebied, Cambodja, Mexico, het Arabisch schiereiland, de Himalaya, het Mont Blanc massief ... Wat me aantrekt in deze races is de combinatie van belangrijke fysieke inspanningen in de natuur ontgaan van alle dagelijkse stedelijke luxe en het testen van de eigen mentale veerkracht. Leven wordt pas interessant buiten de comfortzone.”

Ironman Cascais

Dr. Pieter Jan Elshout, urologie

Hoe bedenkt je het om eerst 3,8 km te zwemmen, vervolgens 180 km te fietsen en te eindigen met een marathon? Ik heb het van jongs af een zotte uitdaging gevonden maar toen lagen de prioriteiten bij tennis, reizen en studeren. Pas sinds enkele jaren ben ik plezier beginnen vinden in duursporten en heb ik gemerkt dat het een fysieke en mentale noodzaak is. De voorbereiding van de ultieme ‘endurance’ uitdaging is intens, zeker in combinatie met job en gezin. Gedurende enkele maanden gaat elk vrij moment naar zwemmen/ fietsen/ lopen. Duurtrainingen deed ik op mijn vrije dag en de overige trainingen probeerde ik te doen als de kinderen in bed lagen. Zonder de steun en begrip van mijn vrouw zou dit onmogelijk geweest zijn. Het zal dan ook bij deze ene keer blijven, dat is mij heel erg duidelijk gemaakt. We waren beiden dan ook heel blij om eindelijk te kunnen vertrekken naar Cascais bij Lissabon en ons te laten onderdompelen in de Ironman-sfeer. Het is een fantastische organisatie die erg inzet op beleving zodat het een onvergetelijke ervaring wordt voor de 1200 deelnemers uit meer dan 100 verschillende landen.

Het weer is perfect, niet te warm of winderig. De zwemstart in de baai bij de opkomende zon is schitterend. Muziek en applaus zwepen iedereen op. Eens in het water slaan de armen en benen in het rond. De discipline waarin ik het minst goed in ben, verloopt gelukkig vlot. Bij het fietsen kregen we tweemaal een stevige helling voorgeschoteld en na de 2de passage kwam de man met de hamer. Door het eten van suikergels en sportdrank begon mijn maag te protesteren en had ik veel minder kracht in de benen. Het eten, de dagen voor en tijdens de triatlon, wordt niet voor niks de vierde discipline genoemd. De wind komt op en het is zwoegen om in de transitiezone te geraken. Na 5,5u fietsen ben ik blij dat ik kan beginnen lopen. Mijn vrouw staat langs het parcours en moedigt mij luidkeels aan. Het eten gaat weer iets beter en bij elke stap komt de eindmeet dichterbij. Uiteindelijk kan ik na 10u18’ de magische woorden horen: you are an ironman!



Ironman Maastricht

Pieter Phlypo, nachtverpleegkundige G1

Op 7 augustus deze zomer deed ik mee aan de Ironman in Maastricht. Hiermee was ik niet aan mijn proefstuk toe. In 2021 volbracht ik al mijn eerste volledige triatlon op het BK rond Les Lacs de L'eau d'Heure. Deze wedstrijd karakteriseerde zich toen (na het vlakke zwemmen) door heel wat hoogtemeters in de 180 km fietsen en dan vooral ook bij de afsluitende marathon. Ik finishte toen in 11h36’. Het opzet dit jaar was (gezien de mindere hoogtemeters op papier bij het fietsen en het lopen) om deze wedstrijd te volbrengen binnen de 11h. Na 7 maanden voorbereiding startte ik in de vroege ochtend het zwemmen (3800 m). Traditioneel mijn sterkste nummer. Na 1h zwemmen uit het water gekomen als 87e op 922 deelnemers. Al een opsteker om de rest aan te vatten. Dan de fiets op voor 180 km op een heuvelachtig parcours met veel bochten, hellingen en zelfs een strookje gravel (kwestie van wat Strade Bianche-gevoel te ervaren). Goed gevoel in de fietsbenen en dit onderdeel afgewerkt in 5h29’ (32,3 km/h gem.).

Ondertussen de loopschoenen aangebonden om de afsluitende marathon (42 km) aan te vatten. Hier moeilijk gestart omwille van lichte rugpijn (overgang horizontale fietshouding naar een verticale looppositie van het lichaam). Na met de rem gestart te zijn dan toch geleidelijk erdoor gekomen ... Toch mijn marathon niet kunnen lopen zoals vooraf gepland. Het loopparcours werd trouwens de week vooraf nog overhoop gehaald met het toevoegen van 2 serieuze hellingen op iedere ronde van 10 km. De marathon uiteindelijk uitgelopen in 4h14’. Door de wat tegenvallende looptijd was ik er mij bij aan het neerleggen dat finishen binnen de 11h niet meer zou lukken. De verrassing was dan ook nog zo groot toen de speaker aangaf dat ik de finish bereikt had in 10h59’ en dus net onder de magische 11h! Zo toch nog supercontent na een zware en lange dag!

- 3800 m zwemmen in 1h02’
- 180 km fietsen in 5h29’ (32,3 km/h gem.)
- 42 km lopen in 4h14’ (10 km/h gem.)

New to the team

“
Van harte welkom in het
Sint-Andriesziekenhuis
en veel succes gewenst!”



Dr. Fien Trenson

Dr. Fien Trenson heeft op 1 september ons team vervoegd als **arts-specialist in de medische beeldvorming**. Dr. Trenson behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2017 en promoveerde tot arts-specialist in de medische beeldvorming aan de Vrije Universiteit Brussel in 2022. Ze volgde haar opleiding in AZ Jan Palfijn Gent, AZ Delta, Sint-Andriesziekenhuis en UZ Brussel. Dr. Trenson oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie medische beeldvorming van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Sébastien Strypstein

Dr. Sébastien Strypstein heeft op 1 september ons team vervoegd als **arts-specialist in de algemene en abdominale heelkunde**. Dr. Strypstein behaalde zijn diploma geneeskunde in 2014 aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich verder in de algemene en abdominale heelkunde en werd erkend in 2020. Tijdens zijn opleiding deed hij ervaring op in UZ Leuven, RZ Tienen en AZ Delta. Aansluitend volgde hij een fellowship in AZ Sint-Jan Brugge. Gezien zijn bijzondere interesse in de hepatopancreaticobiliaire heelkunde volgde dr. Strypstein het afgelopen jaar een bijkomend HPB fellowship aan het Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) in Canada.



Dr. Delphine Lambrecht

Dr. Delphine Lambrecht heeft op 1 september ons team vervoegd als **arts-specialist in de orthopedische heelkunde**. Dr. Lambrecht startte in 2008 haar studies geneeskunde aan de Universiteit Gent. In 2015 studeerde ze af als “Arts in de Geneeskunde” met Grote Onderscheiding. Ze heeft haar masterproef afgewerkt onder leiding van Prof. Dr. Victor. Nadien begon ze aan de opleiding met specialisatie “Orthopedie en Traumatologie” in verscheidene centra, o.a. het Sint-Andriesziekenhuis, AZ Delta en UZ Gent. In 2021 promoveerde ze tot “Arts-Specialist in de Orthopedie en Traumatologie”. Tijdens haar opleiding ging de voorkeur naar chirurgie van het bovenste lidmaat (schouder, hand en pols). Vervolgens heeft ze zich verder bekwaamd in deze subdiscipline tijdens een fellowship in het AZ Monica te Antwerpen. Dr. Lambrecht oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie orthopedie-traumatologie van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Cara Ghysbrecht

Dr. Cara Ghysbrecht heeft op 1 oktober ons team vervoegd als **arts-specialist in de gynaecologie**. Dr. Ghysbrecht behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2017 en promoveerde tot arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde in 2022. Haar opleiding volgde ze in AZ Turnhout, UZ Leuven, Jan Yperman Ziekenhuis en AZ Sint-Lucas Brugge. Zij heeft een bijzondere interesse in de algemene gynaecologie en verloskunde, de mineure benigne chirurgie en operatieve hysteroscopie. Dr. Ghysbrecht oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie gynaecologie van het Sint-Andriesziekenhuis.

Lekker is de trekker!

Voeding dient dezer dagen aan veel eisen te voldoen, soms wordt het kernbegrip van voeding daardoor wel eens vergeten. We willen allemaal dat voeding gezond is, veilig, mooi gepresenteerd, en ga zo maar verder. Ons keukenteam wil dat voeding in de eerste plaats lekker is! Lekker wordt weer de trekker, gevolgd door gezond en veilig natuurlijk.

Het aanbieden van smaakvolle voeding is cruciaal in ons ziekenhuis. Omdat we koken voor patiënten die herstellende zijn. Wij zorgen voor dat stapje extra zodat we nog meer kunnen uitblinken in de zorg. Dit doen we al met ons uitgebreide aanbod bij het ontbijt en avondmaal. Wij willen zoveel mogelijk voldoen aan de noden van de patiënt. Daarom bieden wij een zeer breed gamma aan, van lekkere krabsalade tot granola met platte kaas. Dit wordt aangeboden door onze medewerkers die dagelijks met volle passie de broodbuffetwagendienst verzorgen.

medewerkers die het ontbijt en avondmaal serveren, keukenmedewerkers, koks, diëtistes en logopedistes. Allemaal vormen ze een schakel van deze o zo belangrijke ketting. Ons voedingsteam gaat er alvast voor. Lekkere voeding in ons ziekenhuis is onze topprioriteit!

Auteur: Rob Van Rompuy, diensthoofd voeding

“
Wij zorgen voor dat stapje
extra zodat we nog meer
kunnen uitblinken in de zorg.”

Taboe doorbreken

De maaltijden in ziekenhuizen hebben vaak een negatieve associatie omwille van de voedingstoestand van de patiënten. Dit hangt samen met de pathologie, denk maar aan voeding bij oncologie, wondzorg, anorexia, obesitas maar ook slikproblematiek, misselijkheid enz. Daardoor beleven de patiënten de voeding vaak als niet zo lekker. De omkadering is een extreem belangrijke factor bij voeding. Wij zijn ons zeker bewust van deze moeilijke opdracht. Wij willen ons dan ook maximaal inzetten om voor hen een lekkere maaltijd te serveren. Passie en gedrevenheid komen hierbij bovendrijven.

Voeding is teamwerk

Ook vinden wij dat de betrokkenheid van alle medewerkers ontzettend belangrijk is, enkel met teamwerk kan je topprestaties leveren. En hierin is iedereen belangrijk. De medewerkers van de vaat, logistieke medewerkers,

Coming soon to Tiel

- Nieuwe gerechten voor onze patiënten
- Aanbod huisgemaakte koude schotels in restaurant
- Aanbod aanpassing saladbar in restaurant
- Aanbod aanpassing warme gerechten in restaurant



Publicaties en symposia

Publicaties

Dr. Marc Vuylsteke

- Juré J, Vuylsteke ME. Primary undifferentiated pleomorphic sarcoma of the jejunal mesentery with a complicated course: A case report. Arch Community Med Public Health 2021 doi: <https://dx.doi.org/10.17352/2455-54579.000173>.
- Haentjens L, Coussement L, Vuylsteke M. Value of ultrasound and computed tomography in the diagnosis of acute appendicitis with histopathology as gold standard. Acta Chirurgica Belgica. 2022<https://doi.org/10.1080/00015458.2022.2136050>. Ahead of print.

Dr. Franceska Dedeurwaerdere

ESMO open ORIGINAL RESEARCH| VOLUME 7, ISSUE 4, 100524, AUGUST 01, 2022
PRECISION: the Belgian molecular profiling program of metastatic cancer for clinical decision and treatment assignment
J. Thouverin, C. Van Marcke, L. Decoster, G. Raicevic, K. Punie, M. Vandenbulcke, R. Salgado, E. Van Valckenborgh, B. Maes, S. Joris, D. Vander Steichel, K. Vranken, S. Jacobs, F. Dedeurwaerdere, G. Martens, H. Devos, F.P. Duhoux, M. Rasschaert, P. Pauwels, K. Geboes, J. Collignon, S. Tejpar, J.-L. Canon, M. Peeters, A. Rutten, T. Van de Mooter, J. Vermeij, D. Schrijvers, W. Demey, W. Lybaert, J. Van Huysse, J. Mebis, A. Awada, K.B.M. Claes, A. Hebrant, J. Van der Meulen, B. Delafontaine, I. Vanden Bempt, J. Maetens, M. de Hemptinne, S. Rottey, P. Aftimos, J. De Grève
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100524>

Dr. Frederik Van Hoecke

- Pitfalls of SARS-CoV-2 antigen testing at emergency department. Cottone E, Van Hoecke F, Martens GA, De Laere E, De Smedt R, Vervaeke S, Vanhee M, De Smet D. Infect Dis (Lond). 2022 Oct;54(10):731-737
- First report of a prosthetic joint infection with Fannyhessea (Atopobium) vaginae. Massa B, De Laere E, Raes R, Vervaeke S, Van Hoecke F. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2022 Jul;41(7):1023-1027. doi: 10.1007/s10096-022-04461-0. Epub 2022 May 24.

Dr. Françoine Desimpel

Preventie van het 'post-cardiac injury syndrome' bij cardiale heelkunde S. DELAET, F. DESIMPEL
CARDIOLOGIE
DOI: 10.47671/TVG.78.22.023 13 Juni 2022

Dr. Thomas Wetzels

The treatment of an Allen type III fingertip injury with a composite graft: A case report and review of the literature
Tom Wetzels
Published: 1 July 2022
International Journal of Case Reports in Orthopaedics, Volume 4, pp 04-08

Dr. Dries Deeren

Addition of the nuclear export inhibitor selinexor to standard intensive treatment for elderly patients with acute myeloid leukemia and high risk myelodysplastic syndrome.
Janssen JJWM, Löwenberg B, Manz M, Biemond BJ, Westerweel PE, Klein SK, Fehr M, Sinnige HAM, Efthymiou A, Legdeur MCJC, Pabst T, Gregor M, van der Poel MWM, Deeren D, Tick LW, Jongen-Lavrencic M, van Obbergh F, Boersma RS, de Weerd O, Chalandon Y, Heim D, Spertini O, van Sluis G, Graux C, Stüssi G, van Norden Y, Ossenkoppele GJ. Leukemia. 2022 Sep;36(9):2189-2195. doi: 10.1038/s41375-022-01657-3. Epub 2022 Jul 22. PMID: 35869267 Clinical Trial.

Serum free light chain analysis: persisting limitations with new kids on the block.
Van Hoovels L, Vercammen M, Nevejan L, Cornette M, Briers PJ, Deeren D, Van Droogenbroeck J, Fostier K, De Smet D. Clin Chem Lab Med. 2022 Jul 4;60(9):1440-1448. doi: 10.1515/cclm-2022-0347. Print 2022 Aug 26. PMID: 35781357

Idasanutlin plus cytarabine in relapsed or refractory acute myeloid leukemia: results of the MIRROS trial.
Konopleva MY, Röhlig C, Cavenagh J, Deeren D, Girshova L, Krauter J, Martinelli G, Montesinos P, Schäfer JA, Ottmann O, Petrini M, Pigneux A, Rambaldi A, Recher C, Rodriguez-Veiga R, Taussig D, Vey N, Yoon SS, Ott M, Muehlbauer S, Beckermann BM, Catalani O, Genevray M, Mundt K, Jamois C, Fenaux P, Wei AH. Blood Adv. 2022 Jul 26;6(14):4147-4156. doi: 10.1182/bloodadvances.2021006303. PMID: 35413116 Free PMC article. Clinical Trial.

Symposia

Dr. Marc Vuylsteke

- Photodynamic treatment in the prevention of intimal hyperplasia. I-Vascular, 03/11/2022 Barcelona Spain
- Comprehensive Update in diagnosis and treatment of Chronic Venous Insufficiency . Guest Lecture for department of cardiology and Vascular Medicine, Faculty of Medicine, Diponegoro University Semarang, Indonesia. November 24th (online)
- Compression therapy after endovenous treatment. Vascular Insights Paris. November 25th.

Dr. Griet Hoste

- "Met vrouwen aan tafel" - Markant - 26/10/2022 - Wingene - Dr. De Wilde en Dr. Hoste

Dr. Peter Moons

- 10 juni 2022: Annual Meeting Benelux Society of Phlebology: Duplex workshop, superficial venous system, Leuven

Dr. Stefaan Marcelis

- June 11-12, 2022 Advanced Musculoskeletal Ultrasound Course SAT Tielt, Belgium. Stefaan Marcelis (Sint Andries Ziekenhuis, Tielt), Tjeerd Jager (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis, Aalst), Kurt Vanderdood (Zuyderland Medical Center, Sittard) & Michel de Maeseneer (U.Z. Brussel, Brussel)
- 28-29 september comprehensive musculoskeletal ultrasound course rehabilitation hospital Ljubljana, Slovenia, S. Marcelis, T. Jager, V Salapura

Dr. Jan Bresseleers

- 1/6/22: Lezing assistenten cardiologie: 'Hartfalen met verminderde of bewaarde ejectiefactie: nieuwe inzichten en betekenis voor uw patiënten-beheer', d'hoeve Sint Martens Leerne
- 8/6/2022: op young cardiologist event, in 'The Lab', te Zwijnaarde. Title 'atrial fibrillation, one name fits all?'
- 13/09/2022: 'de hypertensieve crisis' tijdens vormingsmoment van AKOWVL

Dr. Sophie Vandeplassche

- 5 sep: lesgeven Rode Kruis Tielt (ambulanciers): bijstand MUG – gebruik Lucas en medicatie
- 15 nov: spoedsymposium TRIAZ (verpleegkundigen): opvang kritiek zieke kind
- 24/11 en 25/11: ALS-instructeur op ERC-cursus (advanced life support = ALS, ERC = european resuscitation council)

Bijscholing huisartsenkring

- 17.01.23** Multidisciplinaire aanpak van osteoporose: breakthroughs in diagnose en aanpak (dr. Dekoninck, dr. Vanneuville en dr. Hoste)
- 04.02.23** Nieuwjaarsfeest
- 28.02.23** Artificiële intelligentie en geneeskunde: het perfecte huwelijk? (Stijn Bonte)
- 17.03.23** AKOWVL - Quiz
- 21.03.23** Genderbevestigende gelaatschirurgie (dr. Wim Verhaeghe)
- 01.05.23** Gezinsdag
- 13.06.23** 1ste Statutaire AKOVL
- 10.10.23** Malpertuis of andere culturele activiteit
- 07.11.23** FLASH
- 12.12.23** 2de statutaire AKOWVL

Aso's/haio's

Aso's (arts-specialist-in-opleiding)

Heelkunde



Cool Heleen



De Feyter Maxime



Dereu Alexander

Interne



Goubert Kristel



Depover Amalfi



Vanwymelbeke Jana

Haio's (huisarts-in-opleiding)

Interne



Schotte Louise



Naert Henri

Spoed



Callens Charlotte



Lannoy Jochen

Colofon

Hoofdredacteur

Dr. Marc Vuylsteke
marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari
mehrdad.biglari@sintandriestielt.be

Dr. Danny Deros
danny.deros@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

David De Cleer
david.de.cleer@sintandriestielt.be

Gerdy Dezutter
gerdy.dezutter@sintandriestielt.be

Eindredactie

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

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Bart Lamont

Dr. Daphné Van den Bussche

Dr. Kristoff Deroo

Dr. Philippe Tack

Dr. Evy Degrande

Dr. Gerlinde Serry

Dr. Filip Rousseau

Dr. Geert Meese

Dr. Pieter Jan Elshout

Pieter Phlypo

Katleen Deroo

Rob Van Rompuy

Drukkerij

Kopie Service Tielt

Errata Infosat 30

Foto Zorging (pag. 19)

Peter De Sutter, adjunct-directeur Adagio Residenties
Luc Vannieuwenhuyze, burgemeester Stad Tielt

Symposia (pag. 23)

Dr. Isabelle Vanneuville (i.p.v. Benedicte), infoavond in samenwerking met CM, Sint-Andriesziekenhuis Tielt (15-03-2022)

Sponsors





**THANK YOU
#TOPZORGERS!**

SA **TIELT**
SINT-ANDRIES
ZIEKENHUIS

Uw gezondheid, onze zorg.