

Focus op Kindergeneeskunde

KINDERANESTHESIE
LIAISON PEDIATRIE



IMH: Infant Mental Health

PAGINA 4

Kinderlongziekten
in de kijker

PAGINA 9

Zorgpad obesitas
pediatrie

PAGINA 14

Nieuwe technologieën

PAGINA 17

LBBAP

PAGINA 21

Publicaties en symposia

PAGINA 30

Kinderanesthesie

PAGINA 6

Liaison pediatrie

PAGINA 13

Neus-, keel- en
oorziekten

PAGINA 15

Rughernia

PAGINA 20

Nieuws

PAGINA 24

Aso's en haio's

PAGINA 34

Voorwoord

Beste collega's

Het nieuwe jaar is ingeluid.
Nieuwe mogelijkheden en uitdagingen liggen klaar om uitgepakt te worden.
We wensen elkaar veel warmte en genegenheid toe en een goede gezondheid, vooral een goede gezondheid!

Een goede gezondheid, daar willen wij in 2024 opnieuw ons uiterste best voor doen.
Nieuwe technologieën en de intrede van AI in de geneeskunde zullen heel wat nieuwe mogelijkheden met zich meebrengen in de nabije toekomst.
We streven niet alleen naar diagnostiek en therapie volgens de laatste richtlijnen maar ook naar warme geneeskunde.
Samen met onze directie en al onze medewerkers werken we als een hecht team samen.
We erkennen elkaars sterke talenten en vullen elkaars minder sterke punten aan.
Een aangename sfeer onder artsen en medewerkers straalt door naar onze patiënten en hun familie.

Laat 2024 maar komen, wij zijn er klaar voor...

Dr. Sandra Huysentruyt



*Nooit de moed opgeven
Kun je niet vliegen, loop
Kun je niet lopen, ga
Kun je niet gaan, kruip
Maar blijf nooit stil staan
Nooit dalen, immer opgaan
Kun je niet lachen, glimlach
Kun je niet glimlachen, wees toch blij
Kun je niet blij zijn, wees tevreden
Maar nooit de moed opgeven
en immer voorwaarts streven.*

Eugene Mattelaer

IMH: Infant Mental Health

Het Sint-Andriesziekenhuis focust met Infant Mental Health op de geestelijke gezondheid van jonge kinderen. De doelgroep zijn personen met zwangerschapswens, zwangeren en kinderen tot 6 jaar. De geestelijke gezondheid in deze doelgroep wordt bekeken op relationeel en emotioneel vlak. Ouders zijn hier een belangrijke speler, want hoe ouders zich voelen, beïnvloedt het welzijn van hun kinderen en omgekeerd. Hierbij vergeten we ook niet de context waarin ze opgroeien.

In het Sint-Andriesziekenhuis werden de prenatale consultaties bij de vroedvrouw sinds november uitgebreid. Een team van 5 vroedvrouwen die verbonden zijn aan de materniteit staat op dinsdag en donderdag klaar om het zwangere koppel te begeleiden. Tijdens deze consultaties zullen we de begeleiding van de zwangerschap ondersteunen maar hebben we ook aandacht voor het psychosociale welbevinden van de zwangere vrouw. Hiervoor zullen we gebruik maken van de digitale tool Born in Belgium (BiB). Via deze prenatale consultaties gaan we reeds vroeg in de zwangerschap op weg met de zwangere en kunnen we ook proactief en efficiënt werken.

Alle primipara volgen tijdens de zwangerschap minstens 3 consultaties bij de vroedvrouw. Multipara volgen minstens 1 consultatie. Afhankelijk van de noden van de zwangere, kan dit uitgebreid worden tot 12 consultaties. Er wordt op de derde verdieping (route 90B) een lokaal voorzien om de zwangere en haar partner te ontvangen.

Indien er verdere nood is aan psychosociale begeleiding wordt er voor de zwangere een dossier opgestart binnen de BiB tool, wat een gedeeld platform is met andere hulpverleners, om de zwangere zo efficiënt mogelijk te begeleiden tijdens haar zwangerschap maar ook nadien. Binnen het ziekenhuis bieden we een multidisciplinair traject aan met vroedvrouwen, gynaecologen, psycholoog en pediaters om na de zwangerschap een goeie follow-up te verzekeren.

Wat is BiB?

Born in Belgium Professionals is een RIZIV-project dat een digitale tool aanbiedt, ontwikkeld door én voor professionals die werken met of voor (kwetsbare) zwangere vrouwen. De tool is een online gedeeld platform dat informatie over de psychosociale situatie van de zwangere vrouw centraliseert en ter beschikking stelt van haar hulp- en zorgverleners uit de (para)medische en sociale sector, dit volledig conform de privacy wetgeving (GDPR). Tijdens de zwangerschap wordt gescreend naar psychosociale kwetsbaarheden, zodat de hulp- en zorgverleners vervolgens proactief en efficiënt een gepersonaliseerde zorg kunnen aanbieden.

Auteur: Oona Jonckheere, zorgmanager
oona.jonckheere@sintandriestielt.be



Bekijk zeker ook eens borninbelgiumpro.be

Heb je bezorgdheden tijdens je zwangerschap?

Praat erover met je hulpverleners!



Born in Belgium Professionals is een gedeeld digitaal platform dat je hulpverleners kunnen gebruiken om jou tijdens je zwangerschap optimaal te ondersteunen. Meer info over het platform: bekijk deze video of raadpleeg onze website.

<https://borninbelgiumpro.be>



KINDERANESTHESIE

Help, dokter, mijn kind is verkouden! Kan de ingreep doorgaan?

1

Een kind is geen volwassene

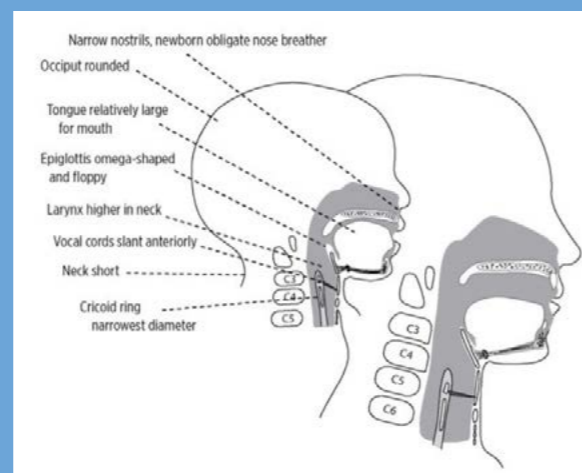
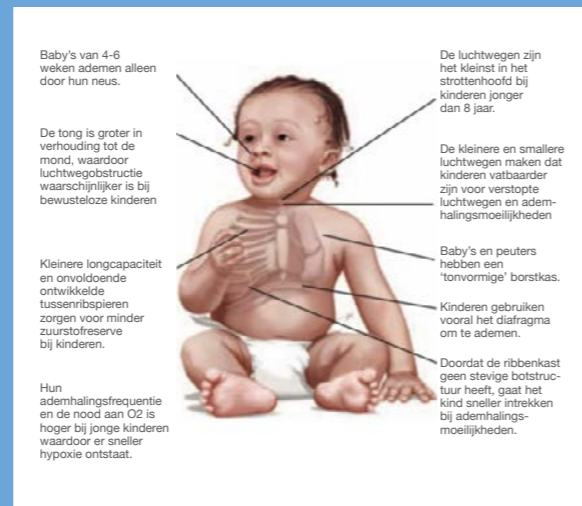
Op respiratoir vlak, zowel anatomisch als fysiologisch, zijn er heel veel verschillen tussen het kind en de volwassene. Jammer genoeg zijn deze meestal in het nadeel van het kind. Gelukkig groeien deze verschillen er stilletjes uit en na de leeftijd van 8 jaar lijkt de anatomie en de werking van het ademhalingsstelsel al goed op dit van een volwassene.

Anatomie

Er zijn veel verschillen tussen de pediatrische luchtweg en de luchtweg van de volwassene. Baby's hebben een obligatoire neusademhaling tot de leeftijd van 2 tot 6 maanden. Enkel als ze huilen ademen ze door hun mond. De kans op luchtwegobstructie is veel groter bij het kind door een grotere tong in proportie tot de mond, door een smallere luchtweg (pharynx, larynx en trachea) en hoge kans op hypertrofie van de tonsillen.

Doordat het achterhoofd van een kind groter en ronder is, zal zijn hoofdje vooroverbuigen bij ruglig, waardoor de luchtweg sneller obstrueert. Daarom leg je beter naast een kussen onder het hoofd van een kindje ook een opgerolde handdoek onder zijn schouders (sniffing position).

De cricoid ring is smaller dan de glottic opening, in tegenstelling tot bij de volwassene. Hierdoor zal subglottis oedeem (vb. de kroep) sneller obstructie veroorzaken bij de kinderen. Bij kinderen is de larynx hoger gelegen (C2, C3) dan bij volwassene (C4, C5) waardoor de tong en het zachte weefsel de larynx gemakkelijker kan obstrueren.



Fysiologie

Kinderen hebben een beperkte respiratoire reserve. Doordat de ribben eerder horizontaal zijn tegenover volwassenen kan het teugvolume moeilijker verhoogd worden. Kinderen ademen vooral met behulp van hun diafragma (buikademhaling). Het minuutvolume kan enkel verhoogd worden door de ademhalingsfrequentie te verhogen.

De longen van de kinderen zijn pas volledig volgroeid op 8-jarige leeftijd. Bij de geboorte is de wand van de alveolus dik en de hoeveelheid alveoli is slechts 10% van de volwassen hoeveelheid. Het uitwisselingsoppervlak is slechts 5% van het uiteindelijke oppervlak bij de volwassen longen. Door surfactant-tekort is de kans op

atelectase ook veel groter. Hun ademhalingsfrequentie en de nood aan O₂ is hoger bij jonge kinderen waardoor er sneller hypoxie ontstaat. Respiratoire arbeid verbruikt reeds 15% van de O₂-consumptie. Ook zijn neonaten veel gevoeliger voor postoperatieve apneu. De ademhalingspierspiers in het diafragma van baby's bestaan slechts uit een laag percentage type I spiervezels waardoor deze snel uitgeput zijn.



2

Bovenste luchtweginfectie bij kinderen

Kinderen met een bovenste luchtweginfectie hebben een hogere kans op perioperatieve respiratoire adverse events (PRAE's). Deze adverse events zijn bronchospasme, laryngospasme, desaturatie, ontwikkelen van bronchopneumonie en atelectase. In de pediatrische heelkunde worden 27% van de perioperatieve cardiale arresten veroorzaakt door deze PRAE's. Het is dus van primordiaal belang deze te vermijden.

Symptomen van bovenste luchtweginfecties zijn neusverstopping, neusloop, hoesten, keelpijn, koorts en malaise. Aan de hand van de ernst van de symptomen is er een algoritme opgesteld, zodat kan beslist worden of een ingreep kan doorgaan of niet bij een kind met bovenste luchtweginfectie.

Volgens de ernst van symptomen zijn er 3 groepen.

1. LICHT: loopneus, droge hoest en waterige secreties
 2. MATIG: loopneus, productieve hoest en purulente secreties
 3. ZWAAR: loopneus, productieve hoest, purulente secreties, wheezing, koorts en malaise
- Bij patiënten uit groep 1 kan de ingreep doorgaan, maar er wordt wel aangeraden om te induceren met propofol, geen maskerinductie zo mogelijk en preoperatief salbutamol inhalatie.

Bij patiënten uit groep 2 moet het individuele risk-benefit ratio berekend worden. Narcose bij kinderen jonger dan 1 jaar, prematuur of astmapatiënt worden beter uitgesteld. Heelkunde ter hoogte van de luchtweg en operatie waarvoor endotracheale intubatie noodzakelijk is moet ook uitgesteld worden. Een ervaren team, mogelijkheid tot verlengde postoperatieve monitoring en niet-invasieve luchtwegmanagement zijn dan weer elementen die de beslissing tot narcose positief beïnvloeden. Bij patiënten uit groep 3 wordt de operatie 2 weken uitgesteld.

Auteur: dr. Sandra Huysentruyt, anesthesist
sandra.huysentruyt@sintandriestielt.be



KINDERLONGZIEKTEN IN DE KIJKER

In kaart brengen van ademhalingsproblemen en infecties bij kinderen

'Mijn kind hoest' of 'mijn kind is steeds ziek' zijn frequente aanmeldingsklachten bij de huisarts of kinderarts. Luchtwegaandoeningen behoren immers tot de meest frequente oorzaken van morbiditeit bij kinderen. Ongeveer de helft van de ziekte-episodes bij kinderen is het gevolg van een luchtweginfectie. Daarnaast bestaan er chronische luchtwegaandoeningen zoals astma, aangeboren afwijkingen van de luchtwegen (malacie, stenose, ...) en erfelijke aandoeningen zoals primaire ciliaire dyskinesie en mucoviscidose. In dit artikel zullen we ons toespitsen op twee veel voorkomende kinderlongziekten namelijk astma en (recidiverende) infecties.

Een kind is geen kleine volwassene

Eerst moet worden gesteld dat omwille van de groei en ontwikkeling van een kind, alsook een verschillende anatomie, anders naar een kind moet gekeken worden. Anders gezegd: een kind is geen kleine volwassene. Baby's hebben een compliantere, ronde borstkas waardoor bij ademhalingsproblemen sneller tirage en paradoxale ademhaling ontstaan. Bijkomend hebben baby's nauwere luchtwegen aangezien de structuur van de longen (alveoli) nog niet volgroeid is. Het oppervlak voor de gasuitwisseling is bijgevolg kleiner. Baby's tot de leeftijd van zes maanden zijn neusademhalers waardoor sneller benauwdheid optreedt. Ook hun immuunsysteem is nog in volle ontwikkeling waardoor ze vatbaarder zijn voor infecties. In de volgende tabel staan de normaalwaarden van ademhaling- en hartfrequentie per leeftijd.

Leeftijd (in jaar)	Ademhalingsfrequentie (per minuut)	Hartfrequentie (per minuut)
0-1	30-40	110-160
1-2	23-40	100-150
2-5	25-35	95-140
5-12	20-30	80-120
>12	15-20	60-100



Bron: <https://aerodigestive.us/wp-content/uploads/2020/09/Ciarallo-Janosy-BrooksPeterson.pdf>, 2023; <https://slidetodoc.com/chapter-16-the-child-with-altered-respiratory-status/>, 2023

Astma/bronchiale hyperreactiviteit

Astma is een chronische ontstekingsziekte van de luchtwegen waarbij er een verhoogde gevoeligheid van de luchtwegen bestaat voor prikkels (bronchiale hyperreactiviteit), wat dan weer aanleiding geeft tot klachten zoals hoesten, piepende ademhaling (wheezing) en benauwdheid. Deze klachten kunnen variëren in tijd, frequentie en intensiteit. De onderliggende inflammatie en bronchoconstrictie veroorzaken een reversibele luchtstroombeperking (figuur 1). Men kan verschillende fenotypes onderscheiden afhankelijk van de leeftijd (figuur 2). Dit wordt pas duidelijk na verloop van tijd.

1. Kinderen < 6 jaar

Een op de drie kinderen onder de leeftijd van drie jaar heeft al minstens een episode van wheezing doorgemaakt. Dit is veelal het gevolg van een respiratoire infectie. Omgevingsfactoren zoals blootstelling aan pollutanten (tabaksrook, ozon, fijn stof...), prematuriteit/dysmaturiteit en genetische predispositie verhogen het risico. Van borstvoeding is dan weer geweten dat dit het risico op eczeem, voedingsallergie en virale wheeze vermindert tot de leeftijd van 2 jaar.

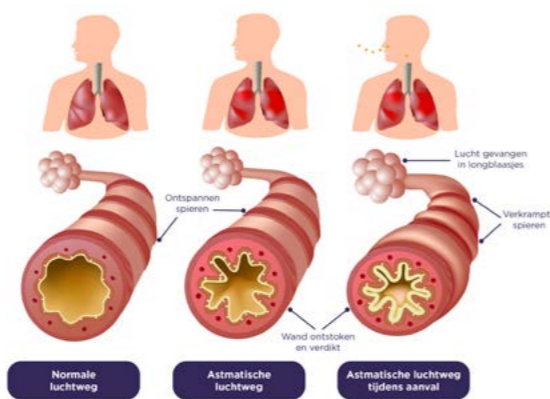


Fig. 1: Luchtwegmechanisme van obstructie en inflammatie bij astma

In tegenstelling tot figuur 2 onderscheiden we bij jonge kinderen in de praktijk twee types van wheezing op basis van triggers.

- Episodische of viraal geïnduceerde wheezing: intermitterende wheeze met klachtenvrije periodes tussenin, meestal uitgelokt door een virale infectie.
- Multi-trigger wheezing: persistente wheeze, ook buiten opstoten, erger bij inspanningen en andere uitlokkende factoren zoals huilen, lachen, opwinding en temperatuurschommelingen.

Prognostisch groeit twee derde van de kinderen hier uit vanaf de leeftijd van 4-6 jaar.

Bij diagnose van een virale wheeze is de behandeling afhankelijk van de frequentie van symptomen. Zo bestaat de behandeling van episodische wheeze uit kortwerkende bronchodilatoren bij klachten. Bij frequente nood hieraan, zal een proefbehandeling met inhalatiecorticosteroiden (doseeraerosol met voorzetskamer) opgestart worden gedurende 6-12 weken. Hierbij wordt de laagst mogelijke dosis nagestreefd hetgeen kan opgedreven worden tijdens infectieperiodes. Levensstijlveranderingen (bv. rookstop, sanatie) worden zo nodig besproken. Zo geen verbetering optreedt, dienen andere diagnoses te worden uitgesloten.

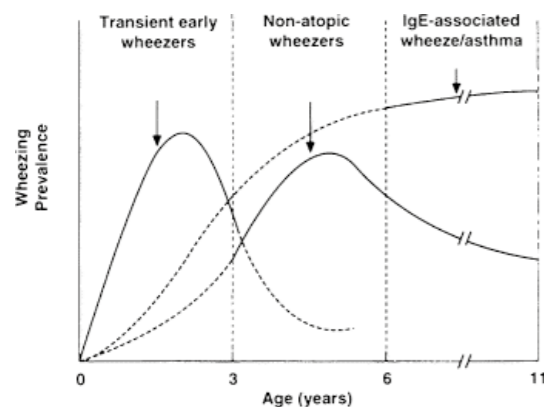


Fig. 2: Verschillende fenotypes bij jonge kinderen (Stein RT et al. Thorax 1997; 52: 946-952.)

2. Kinderen 6-11 jaar

In deze leeftijdscategorie is allergie de meest voorkomende oorzaak van astma. De behandeling van astma gebeurt volgens de Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines en heeft als doel het bekomen van een goede astma controle. Dit betekent minimaal tot geen klachten overdag, geen beperking op de activiteiten (sport, schoolverlet), geen nachtelijke klachten en de afwezigheid van exacerbaties. Inhalatiecorticosteroiden zijn de hoeksteen van de behandeling. Het gebruik van kortwerkende bronchodilatoren (beta-2 mimetica) als aanvalsbehandeling dient tot een minimum te worden beperkt. Bij onvoldoende astmacontrole wordt een langwerkend beta-2 mimeticum aan de behandeling toegevoegd volgens het step-up principe van GINA. Van belang hierbij is ook de juiste keuze van inhalatiesysteem volgens de leeftijd en coöperatie van het kind. Bij de opvolging wordt de inhalatietechniek en therapietrouw nagegaan. Indien de klachten gedurende drie maanden goed onder controle zijn, kan de astma onderhoudsbehandeling terug worden afgebouwd (step-down). Er wordt telkens gestreefd om een persoonlijk astma-plan op te stellen met aandacht voor zowel de aanval als onderhoudsbehandeling. Bij adolescenten (leeftijd

> 12 jaar) wordt een behandeling gestart conform de richtlijnen bij volwassenen. Dit is een combinatiepreparaat; inhalatiecorticosteroid + formeterol; zowel als aanvalsbehandeling als indien onderhoudsbehandeling nodig is (MART = maintenance and reliever therapy).

Recidiverende infecties

Naast bronchiale hyperreactiviteit zijn recidiverende infecties bij kleine kinderen een frequente aanmeldingsklacht. Een gezond kind mag zes tot tien luchtweginfecties per jaar hebben zonder dat hierbij verder nazicht noodzakelijk is. Risicofactoren voor recidiverende infecties zijn: frequente blootstelling aan infecties (kinderdagverblijven), roken bij de ouders, gastro-oesofageale reflux en erfelijke aanleg. Een onderliggende primaire immunodeficiëntie moet onderzocht worden indien twee of meerdere van onderstaande alarmsignalen aanwezig zijn (figuur 3).

Aanpak en diagnostiek

Bij doorverwijzing van een kind met luchtwegklachten dan wel recidiverende infecties naar onze dienst zal een uitgebreide anamnese gebeuren omtrent het klachtenpatroon (bv. piepen, hoesten, dyspneu, bronchorroe, slaapproblemen), de frequentie en duur van de symptomen (recurrent/chronisch), eventuele voorgaande behandelingen, de medische voorgeschiedenis (zoals reflux, eczeem) en de familiale anamnese. Bronchiale hyperreactiviteit bij kleine kinderen is een klinische diagnose. Vanaf de leeftijd van zes jaar kan een kind een spirometrie uitvoeren. Op indicatie zullen verdere onderzoeken uitgevoerd worden zoals een bloedonderzoek; bij vermoeden van een allergie (vanaf zes maanden) of immuniteitsprobleem; beeldvorming (opsporen van congenitale afwijkingen of vreemd voorwerp), pH-metrie en zweetest.

10 WAARSCHUWINGSTEKENS VOOR PRIMAIRE IMMUUNDEFICIËNTIE BIJ KINDEREN

Primaire immunodeficiënties (PID) leiden typisch tot een verhoogde vatbaarheid voor infecties die frequent terugkeren of moeilijk te behandelen zijn. Indien u twee of meer van deze waarschuwingstekens herkent, praat er dan over met uw (huis)arts.

1	Vier of meer ernstige oorzakenloze infecties in de loop van één jaar
2	Twee of meer ernstige sinusontstekingen in de loop van één jaar
3	Twee of meer maanden antibiotische therapie zonder veel effect
4	Twee of meer longontstekingen in de loop van één jaar
5	Gevoelensstoornis in lengte of gewicht bij een kind
6	Herhaalde diepe abcessen van de huid of inwendige organen zoals de lever
7	Aanhoudende spruw (candida) in de mond of schimmelinfectie ten hoogste van de huid of elders
8	Bloed aan intraveneuze antibiotica om een infectie te genezen
9	Twee of meer invasieve infecties (bv. infectie van het bloed met een bacterie, hersenvliesontsteking)
10	Een voorgeschiedenis van PID in de familie

De eerste evaluatie in de diagnose van een primaire immunodeficiëntie omvat:

- Lichamenlijk onderzoek (incl. lengte en gewicht) en familiale voorgeschiedenis
- Hemogram inclusief witte bloedceldifferentiatie
- Dosage van immunoglobulines: IgG, IgM en IgA (te vergelijken met de leeftijdspecifieke waarden)

Dit waarschuwingstekens en de eerste evaluatie in de diagnose van een primaire immunodeficiëntie worden ontwikkeld door de Jeffrey Modell Foundation, Institut für Kinder Immunologie, BOPPI, BPIDG, CSL Behring Biotechnologies for Life™

Fig. 3: Waarschuwingstekens voor primaire immunodeficiëntie bij kinderen

Besluit

Kinderlongziekten vormt een uitdagend specialisme en behelst zowel acute luchtwegproblemen als chronische longaandoeningen. Vanaf elke leeftijd kan een kind met luchtwegproblemen bij ons terecht. We bieden, samen met de ouders, de beste zorg aan, stellen een individueel behandelplan op, volgen nauwgezet op en dit samen met de huisarts.

Referenties:

Eber E, Midulla F. *RS Handbook of Paediatric Respiratory Medicine*. 2nd edition. Sheffield. ERS. 2021. 887 p.

Bodart E, De Boeck K, Raes M. *Astma bij kinderen, 101 vragen en antwoorden*. Leuven. Acco. 2013. 212 p.

Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2022. Available from: www.ginastma.org



Voorstelling

- Dr. Delphine Dinneweth
- Aangesteld sinds januari 2023
- Specialisatie: pediatrie met bijzondere interesse in kinderlongziekte/luchtwegallergie/basisimmunologie waarvoor 1 jaar extra opleiding te UZ Gent op de dienst kinderlongziekten en immunologie.



Uniek bevallingsconcept in het Sint-Andriesziekenhuis

Midden juli 2023 werd voor het eerst in de regio een maternal assisted sectio uitgevoerd. Bij dergelijke keizersnede kunnen de ouders meekijken met de operatie én heeft de mama daarenboven de mogelijkheid om onder begeleiding haar baby ter wereld te brengen door middel van geïntegreerde armhoezen in het operatiedoek. Op deze unieke manier heeft de kersverse mama een actieve rol in het hele bevallingsproces en is ze de eerste die haar baby aanraakt en bij haar legt. Dit concept van bevallen kan ongetwijfeld veel voordelen opleveren voor zowel de ouders als het kind.

Auteur: dr. Griet Hoste, gynaecoloog
griet.hoste@sintandriestielt.be



LIAISON PEDIATRIE

Versterking van Geestelijke Gezondheidszorg

Met de liaison pediatrie wordt ingezet op de versterking van geestelijke gezondheidszorg op pediatrie diensten in algemene ziekenhuizen. Sinds september 2021 werd hiermee gestart in het Sint-Andriesziekenhuis.

We richten ons op kinderen/jongeren van 0 tot 14 jaar met lichamelijke klachten en bezorgdheden over hun algemeen psychisch welzijn (thuis, school, vrije tijd,...).

Ouders van kinderen/jongeren waarbij een liaison opname zinvol kan zijn kunnen zelf aanmelden maar ook een verwijzer (huisarts, CLB, zorgcoördinator, Wingg,...) kan dit doen. Een opname wordt altijd voorafgegaan door een kennismakinggesprek. Enerzijds wordt de hulpvraag verder geëxploreerd en anderzijds kan het kind/jongere en het gezin kennismaken met de dienst. Verwachtingen worden op elkaar afgestemd en er worden concrete afspraken gemaakt.

We bieden kortdurende, geplande opnames aan. Cruciaal hierbij is het tweesporenbeleid waarbij getracht wordt een antwoord te formuleren op zowel de lichamelijke klachten als de zorgen rond psychisch welbevinden.

Deze opnames hebben tot doel rust te brengen, multidisciplinaire observatie en ruimere beeldvorming afgestemd op de aanmeldingsklacht en de hulpvraag. Het is de bedoeling samen te werken met het reeds

geïnstalleerde hulpverleningsnetwerk rond het aangemelde kind/jongere. Indien er nog geen netwerk is hebben we als doel de aanzet te geven tot uitbouw van een netwerk/vervolgtraject. Indien zinvol kan gevraagd worden aan reeds betrokken hulpverleners om aan te sluiten op het kennismakinggesprek en/of adviesgesprek.

Alle patiënten worden opgevolgd door een multidisciplinair liaison team. Dit team bestaat uit kinderartsen, een kinderpsychiater, een kinderpsycholoog, een psychiatrisch verpleegkundige, een fysiotherapeut, een diëtiste, de verpleegkundigen pediatrie en de spelbegeleiders. Afgestemd op de hulpvraag worden de benodigde teamleden ingezet en zetten ze hun kennis en expertise in. Dit met als doel samen op weg te gaan, in goede samenwerking met de verwijzer en afgestemd op kind/jongere en het gezin.

Er wordt gewerkt vanuit een systemische visie waarbij het gezin gezien wordt als de patiënt. Ouders zijn dan ook steeds een belangrijke partner tijdens het traject.

Aanmelden voor een liaisonopname kan bij:

Mieke Denolf & Maaïke Stevens
liaison@sintandriestielt.be - 051 42 52 71



ZORGPAD OBESITAS PEDIATRIE

Obesitas bij kinderen: multidisciplinaire aanpak

Obesitas is wereldwijd een toenemend probleem, ook bij kinderen. Vaak denken ouders dat het overgewicht bij hun kind er wel zal uitgroeien maar uit onderzoek blijkt dat een kind met obesitas 70% kans heeft om een obese volwassene te worden. Voorspellende factoren hierbij zijn: de ernst van de obesitas, de leeftijd bij ontstaan en de aanwezigheid van obesitas bij de ouders. De oorzaken van obesitas zijn multifactorieel. Omgevingsfactoren spelen hierbij een belangrijke rol. Het begint al op jonge leeftijd waarbij eten en met name zoete voeding aangeboden wordt als troost. Er is een overaanbod in de supermarkten van bewerkt voedsel en suikerrijke tussendoortjes inclusief fruitsappen. Er zijn ook steeds meer fastfoodrestaurants te vinden in de buurt van scholen. Kinderen houden zich meer dan vroeger bezig met hun tablet, smartphone of TV waardoor er minder buiten gespeeld wordt. Ook laat opblijven met slaapttekort wordt in verband gebracht met een hogere kans op obesitas. Naast de omgevingsfactoren zijn er, weliswaar veel minder frequent, ook onderliggende medische aandoeningen die obesitas kunnen veroorzaken: inname van bepaalde medicatie, endocrinologische stoornissen (o.a. hypothyreoïdie, groeihormoondeficiëntie), syndromen en monogenetische afwijkingen vb. leptinedeficiëntie.

Obesitas is een chronische ziekte die aanleiding geeft tot comorbiditeiten: cardiovasculair (hypertensie, gestoord lipidenprofiel), hormonaal (polycystisch ovariumsyndroom, verminderde fertiliteit), slaapapnoe, leversteatose, verhoogd risico op kanker, musculoskeletale problemen (statiekafwijkingen, fysiek minder fit zijn), diabetes type 2 en psychosociale problemen (pesten, verlaagd zelfbeeld, stigmatisering). Als kinderarts vinden we het belangrijk om obesitas tijdig te herkennen zodat het kind opgroeit tot een gezonde volwassene. Het vaststellen van obesitas gebeurt aan de hand van BMI-curves volgens leeftijd en geslacht.

Kinderen met obesitas bieden we een korte opname aan tijdens dewelke we een inschatting maken van de ernst van de obesitas, de aanwezigheid van comorbiditeiten opsporen en een behandelplan opstellen. Het inschatten van de ernst van de obesitas gebeurt aan de hand van de BMI volgens leeftijd en de Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P). Hierbij wordt het breder gezondheidsrisico ingeschat, rekening houdend met zowel metabole afwijkingen, mechanische of mentale problemen alsook problemen in het milieu van het kind.

Deze inschatting gebeurt door een multidisciplinair team. Dit team omvat een kinderarts, een diëtist, een psycholoog en een kinesist. De kinderarts staat in voor een uitgebreide anamnese, klinisch onderzoek en interpretatie van de bijkomende onderzoeken (bloed- en urine onderzoek, echografie). De diëtist overloopt de eetgewoonten van het kind, reikt gezonde en gevarieerde voeding aan en streeft samen met het gezin naar haalbare aanpassingen. De psycholoog brengt de sociale context in kaart en voert een screening uit naar onderliggende mentale problemen. De kinesist stelt een functioneel bilan op en geeft advies naar bewegingsactiviteiten. Kinderen kunnen instappen in het zorgpad na doorverwijzing van de huisarts, CLB of Kind en Gezin. Kinderen met een ernstige obesitas (EOSS-P stadium 2 of meer), zeker wanneer er een behandeling nodig is van comorbiditeiten (vb. antihypertensiva, behandeling van diabetes) worden door ons doorverwezen naar een kinderendocrinoloog (in één van de nog op te richten obesitascentra voor kinderen).

Auteur: dr. Kristien De Jaeger
kristien.de.jaeger@sintandriestiel.be



Neus-, keel- en oor- ziekten bij kinderen

Trommelvliesbuisjes

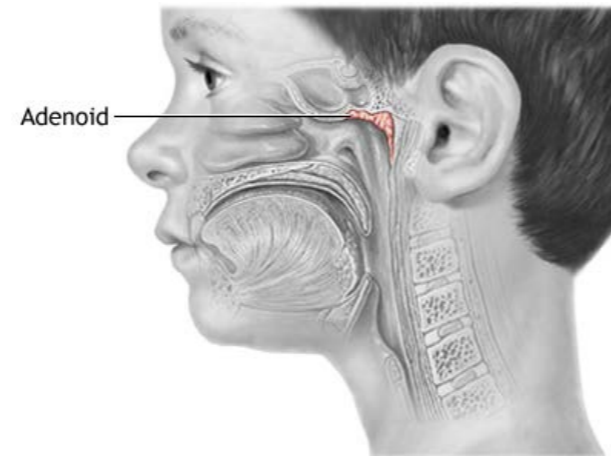
Middenoorproblemen komen relatief frequent voor bij kinderen, dit als gevolg van het feit dat de buis van Eustachius nog niet voldoende werkzaam is. Hierbij zien we voornamelijk een acute middenoorontsteking en een middenooreffusie optreden. Bij een acute middenoorontsteking ontstaat er een acute virale of bacteriële ontsteking van het middenoor met pijn en vaak koorts tot gevolg. Bij de aanwezigheid van een middenooreffusie ontstaat er een collectie van vocht of slijmen in het middenoor, wat aanleiding kan geven tot een ernstige gehoorsdaling en druk op het oor. Bij zowel acute middenoorontsteking als middenooreffusie, kunnen trommelvliesbuisjes geïndiceerd zijn. Een trommelvliesbuisje (transtympanale drain of diablo) is

een klein kokertje dat in het trommelvlies wordt geplaatst, zodat er een directe verbinding ontstaat tussen het buitenoor en het middenoor. Zo kan het middenoor via deze weg beter verlucht worden en kan het vocht of etter via dit buisje aflopen. Op die manier kan de frequentie van het aantal acute middenoorontstekingen dalen. Het plaatsen van buisjes gebeurt onder een korte algemene narcose, dit gezien het kindje volledig stil dient te liggen bij het plaatsen. Na zes tot twaalf maanden, worden de buisjes opnieuw door het trommelvlies uitgestoten. Hierna zal het trommelvlies zich meestal opnieuw gaan sluiten. Het plaatsen van buisjes wordt soms ook gecombineerd met het verwijderen van de poliepen.



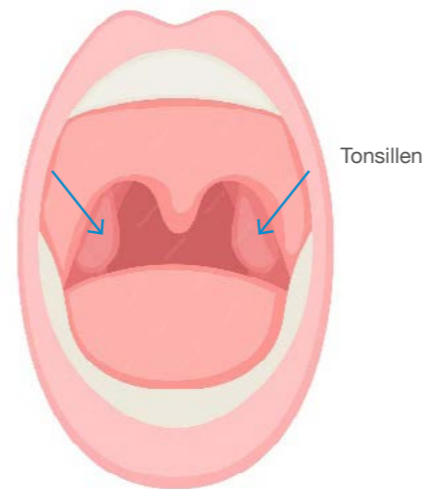
Verwijderen poliepen

Een andere ingreep die heel vaak bij kinderen wordt uitgevoerd, is het verwijderen van de poliepen (of het adenoid). Het adenoid bevindt zich achteraan de neus, op de overgang naar de keel. Het adenoid kan sterk vergroot voorkomen waardoor de neus geobstrueerd is en ademen door de neus bemoeilijkt is. Dit kan zorgen voor open mond gedrag overdag of obstructief ademen met ademstops 's nachts. Indien dit voorkomt, kan een wegname van het adenoid ervoor zorgen dat de neus opnieuw goed doorgankelijk is en de ademhaling opnieuw beter verloopt. Het adenoid wordt onder algemene narcose weggenomen via de mond. De kinderen worden opgenomen in het dagziekenhuis. Deze ingreep is niet pijnlijk, waardoor het kind daags nadien terug naar de kinderopvang of school kan.



Verwijderen amandelen

Bij iets oudere kinderen is het verwijderen van de amandelen (of de tonsillen) ook een veelvoorkomende ingreep. De tonsillen bevinden zich aan beide kanten van de keelholte en hebben een functie bij het afweersysteem van het jonge kind. De tonsillen kunnen sterk vergroot voorkomen waardoor het moeilijker is 's nachts te ademen of ze kunnen regelmatig ontsteken. Indien dit voorkomt, kan een wegname van de amandelen soelaas brengen. De tonsillen worden onder algemene narcose weggenomen via de mond. De kinderen worden opgenomen in het dagziekenhuis. Na de operatie blijven 2 wondjes in de keel achter, die dienen te helen. Dit helingsproces is een beetje pijnlijk, de inname van pijnstilling en koude/zachte voeding is aangewezen. Het kind kan normalerwijze na een tot twee weken opnieuw de schoolactiviteit hervatten.



Correctie van het tongbandje of lipbandje

Bij een te kort tongbandje of tongfrenulum (frenulum linguae) kan de tong niet ver uit de mond worden gebracht, met ondermeer problemen bij het voeden, of kunnen er op latere leeftijd ook articulatiestoornissen ontstaan. Wanneer het lipbandje of lipfrenulum (frenulum labii) te kort is, kan er een gleufje ontstaan tussen de bovenste voortanden. Beiden kunnen bij een baby pijnloos worden ingeknipt. Bij een ouder kindje, kan dit mits een kleine ingreep gecorrigeerd worden waarbij er een verlenging optreedt van het tong- of lipbandje.

Auteurs:
 dr. Laure Van Breda en dr. Belphine De Wilde,
 neus-, keel- en oorartsen
laure.van.breda@sintandriestielt.be
belphine.de.wilde@sintandriestielt.be



Nieuwe technologieën

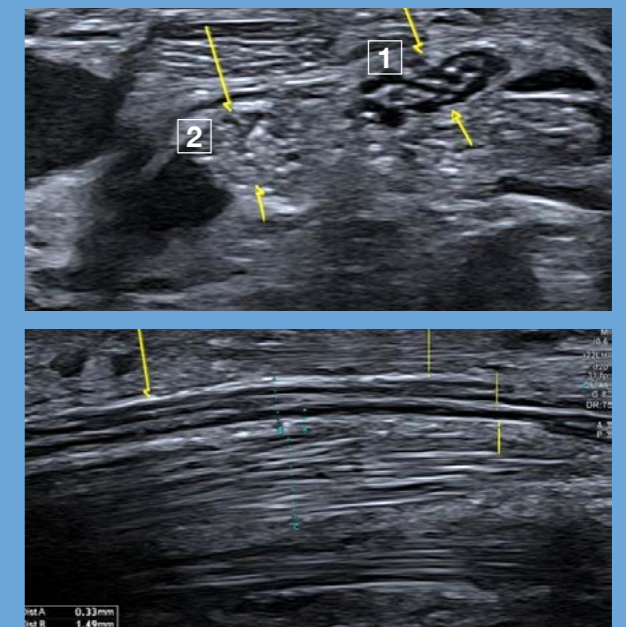
ECHOGRAFIE

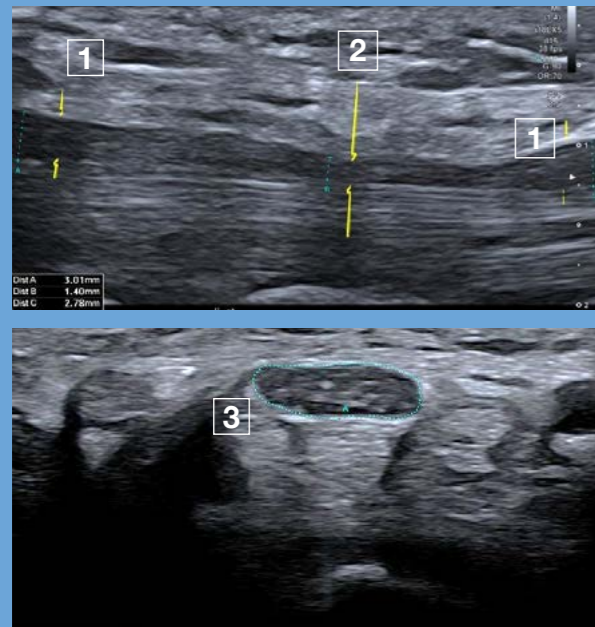
Hoge definitie echografie van perifere zenuwen

De voortdurende technologische verbeteringen van de high-end echografietoestellen en in het bijzonder de hoogfrequente echosondes (18-24 MHz) laten toe om de interne structuur van de perifere zenuwen van het bovenste en onderste lidmaat in beeld te brengen. Het echografisch onderzoek kan kleine distale zenuwtakjes van < 1 mm evalueren.

Zenuwen zijn opgebouwd uit pakketjes van neurofibrillen die zich in het dwarse vlak voordoen als donkere (echoarme) bolletjes (0,2 tot 0,6 mm) welke zich bevinden in het witte (echorijke) bindweefsel. Dit bindweefsel bevat ook de haarfijne bloedvaten van de zenuw. In de lengte zien we deze pakketjes van neurofibrillen als longitudinale zwarte strengen (fasciculi), in tegenstelling tot de pezen die opgebouwd worden door witte parallel verlopende bundels van collageen.

1: Zenuw
 2: Pees



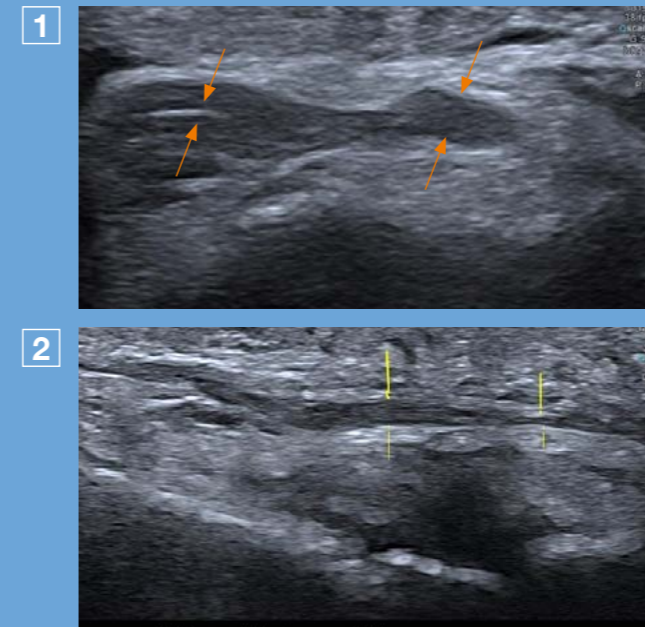
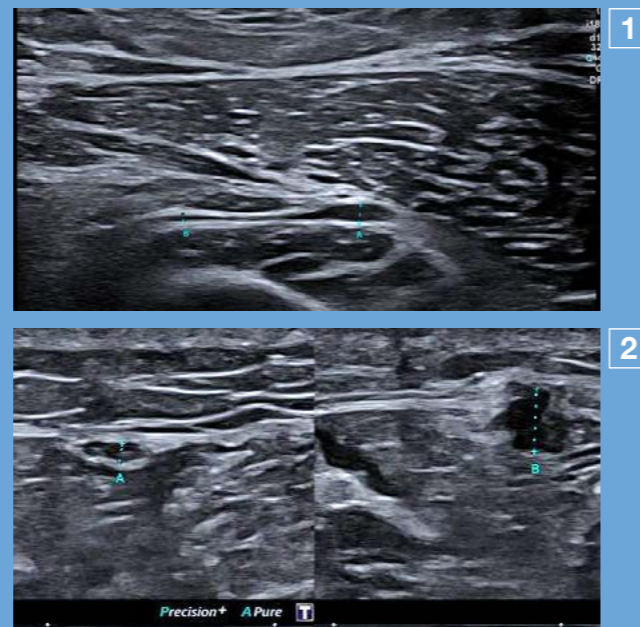


Een zenuw kan gekneld worden in de carpale (pols), cubitale (elleboog) of tarsale (enkel/achtervoet) tunnel, zal verdikken net vóór en achter de zone van compressie en komt door het oedeem globaal donker (hypoechoogeen) voor. Een zwelling met toename in oppervlakte van > 2 mm² van de nervus medianus (nl. 6-9 mm²) is een echografisch teken van carpaal tunnelsyndroom.

- 1: Zwelling
- 2: Compressie
- 3: Zwelling n. medianus

Onderliggende afwijkingen zoals tenosynovitis, tumor, kristalneerslag of anatomische varianten kunnen ook tijdens het echografisch onderzoek opgemerkt worden en een impact hebben op de behandeling. Daarnaast werden criteria vastgelegd voor echografische evaluatie na heelkunde en bij recidief klachten. Zenuwen kunnen op talrijke plaatsen in het lichaam ook gekneld worden in hun traject doorheen de spieren, soms uitgelokt door spierhypertrofie (arbeid, sport), torsie of elongatie.

- 1: Knelling PIN in supinator spier
- 2: N. Fibularis superficialis in onderbeen A: nl. B: verdikt



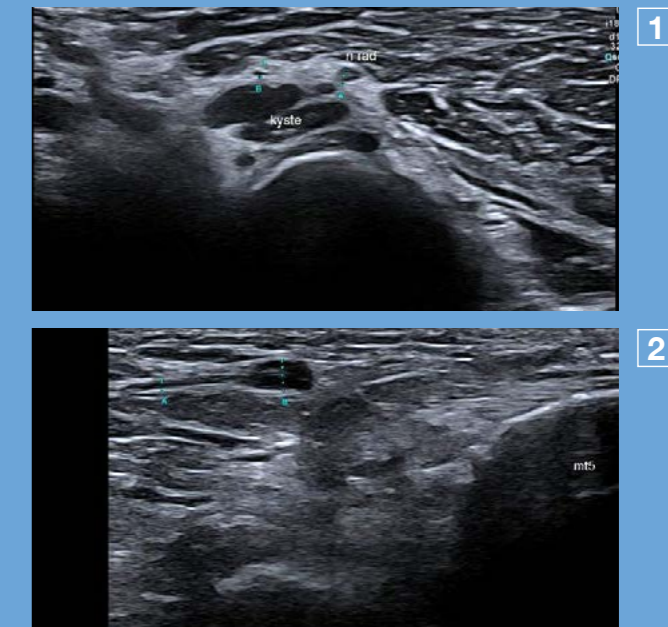
Dynamische echografische evaluatie toont de beweeglijkheid, instabiliteit of compressie van de zenuw.

Posttraumatische evaluatie toont afwijkingen zoals segmentaire hypoechoogene verdikking, welke ook gezien wordt bij repetitief microtrauma (wrijving of drukkpunten bv. zenuwen in de voet).

- 1: Compressie n. ulnaris door ligamenten bij maximale flexie van de elleboog
- 2: Zwelling med. hallucale zenuw teen 1: frictie

Het echografisch onderzoek maakt het onderscheid tussen extrinsieke compressie door tumoren in de omgeving (o.a. cyste of andere vochtcollecties, lipomen, bot, vasculaire of kwaadaardige tumoren) en tumoren van de zenuw zelf welke een verschillend beleid vereisen.

- 1: Cyste met druk op nervus radialis
- 2: Neuroma nervus suralis (voet)



Besluit

Hoge definitie echografie is actueel de beste beeldvormende techniek voor de evaluatie van perifere zenuwen.

Auteur: dr. Stefaan Marcelis, radioloog
stefaan.marcelis@sintandriestiel.be



Bibliografie:

1. S. Bianchi, C. Martinoli: *Ultrasound of the musculoskeletal system*, Springer 2016
2. AS. Klauser et al.: *Carpal tunnel syndrome assessment with US*, *Radiology* 2009;250(1):171-177
3. J-L. Brasseur et al.: *Echographie de l'appareil locomoteur, tome 18*, Sauramps Medical, 2022

RUGHERNIA

Rughernia verwijderen via kijkoperatie: Innovatie op de dienst neurochirurgie

Het Sint-Andriesziekenhuis investeerde recent in peperduur materiaal nodig om hernia's in de rug via een kijkoperatie te verwijderen. Een "lumbale hernia" is een uitstulping van de tussenwervelschijf. Zoals de naam het zegt bevindt deze structuur – een soort schijfvormig stootkussentje – zich tussen twee wervels. Wanneer zo'n uitstulping tegen een zenuwwortel drukt, kan dit bijzonder veel last veroorzaken. Pijn in het been, maar soms ook gevoelsuitval en zelfs verlamming van de spieren welke door de zenuwwortel aangestuurd worden. Zeer vaak verdwijnen de klachten spontaan in de loop van meerdere weken, eventueel ondersteund door een ontstekingsremmende injectie tegenaan de zenuwwortel, de zogenaamde "epidurale infiltratie". Deze wordt uitgevoerd door specifiek hiervoor opgeleide anesthesisten in de pijnkliniek. Echter, een klein deel van de patiënten zal uiteindelijk pas van de klachten verlost kunnen geraken met een operatie. In de voorbije tientallen jaren veranderde de techniek om een hernia te verwijderen weinig. De grootste innovatie was het opereren onder microscoop, in plaats van via het blote oog. Om de hernia te bereiken wordt klassiek een spreidertje geplaatst in de rug, na beperkt losmaken van de aanhechting op de wervels van een deeltje van de rugspieren.

Kleiner litteken, sneller herstel

Het aangekochte materiaal zal toelaten om lumbale hernia's via een kijkoperatie uit te voeren: endoscopische hernia resectie. Daartoe wordt een buisje ("de endoscoop") ingebracht tot op de wervels. Het buisje bevat vier gangetjes: om instrumenten (vb. paktangetjes) ter plaatse te kunnen brengen, voor aanvoer van spoelwater, een kanaal voor het camerakabeltje en een doorgang voor het lichtkabeltje. De diameter van de buis is in de grootteorde van een flinke vulpen. De endoscoop wordt ter plaatse gebracht met behulp van realtime röntgenopnames, uitgevoerd in de operatiezaal. De verdere operatie wordt door de chirurg gevolgd op het 4K scherm, en niet meer via de microscoop. Spieren moeten niet meer losgemaakt worden en het sneetje in de huid is minimaal. Daarin ligt ook het belangrijkste voordeel van de nieuwe techniek: een aanzienlijk kleiner litteken en veel smallere toegangsweg, dus minder weefselschade en wondpijn met kortere herstelperiode na de operatie. Niet iedereen zal voor deze operatie in aanmerking komen. De ligging, grootte e.a. van de hernia spelen hierin een doorslaggevende rol. Deze nieuwe techniek in het Sint-Andriesziekenhuis werd grondig voorbereid door neurochirurg dr. Bart Regaert. Van het bestuderen van vergaarde wetenschappelijke kennis over observatie van collega-chirurgen (in Duitsland en België) tot praktisch oefenen op mensen die hun lichaam aan de wetenschap schonken (in Essen, Duitsland en Davos, Zwitserland).

Auteur: dr. Bart Regaert, neurochirurg
bart.regaert@sintandriestielt.be



LBBAP

Een nieuwe manier van pacemakerimplantatie

Hartritme- en geleidingsstoornissen treffen 3% van de algemene bevolking. Het is dus een veelvoorkomende oorzaak van morbiditeit en mortaliteit binnen de hartpatiëntenpopulatie. Bij een te trage hartslag of andere geleidingsstoornissen is het vaak noodzakelijk een pacemaker te implanteren. Sinds 1958 wordt de pacemaker lead conventioneel in de punt van de rechter hartboezem (RV-apex) gepositioneerd. De lead is de elektrode waarlangs een extra prikkel kan gegeven worden aan de hartspier om samen te trekken. Ondanks dat deze pacing strategie een goede oplossing biedt voor het behoud van een adequaat hartritme, heeft deze implantatietechniek ook een aantal nadelen. Enkele hiervan zijn de mogelijke ontwikkeling van rechter- en linker hartfalen en klepinsufficiënties.

Hartfalen ontstaat door de 'onnatuurlijke' plaats van activatie voor het samentrekken van de hartkamers, namelijk vanuit de RV-apex, waardoor de linkerhartkamer na de rechterhartkamer wordt gestimuleerd (i.p.v. gelijktijdige contractie van de kamers bij normale impulsgeleiding). Deze abnormale elektromechanische koppeling tussen de twee hartkamers induceert metabolische en structurele veranderingen en kan resulteren in hart remodelling, cardiomyopathie en uiteindelijk hartfalen. De incidentie van dit iatrogeen geïnduceerde hartfalen wordt geschat op ongeveer 20% onder patiënten die een standaard RV-stimulatiemodaliteit krijgen. Vooral patiënten met hoge pacing nood (> 20%) zijn een belangrijke risicogroep.

Er zijn meer ontwikkelde, nieuwe pacing strategieën nodig om deze tekortkomingen van de huidige pacing modaliteiten te overwinnen. Een van deze strategieën bestaat uit geleidingssysteem pacing (CSP), waarbij de pacing lead rechtstreeks op het hartgeleidingssysteem wordt geschroefd en dus niet op de hartspier zelf. Hierbij brengt men de elektrische impuls van de pacemaker rechtstreeks over op het eigen geleidingssysteem van het hart, wat op zijn beurt dan weer toelaat om de hartspier meer homogeen en fysiologisch te activeren zoals in normale omstandigheden. De laatste jaren is de techniek van linkerbundeltak area pacing (LBBAP) in opmars. Deze techniek werd mede ontwikkeld in het Universitair Ziekenhuis te Gent.

Bij deze techniek wordt de lead niet in de RV-apex maar door het interventriculair septum (het tussenschot tussen linker- en rechterhartkamer) geschroefd vanuit de rechterkamer naar de linkerkamer toe. De schroef wordt in de richting van de linker bundeltak van het geleidingsweefsel gebracht met stimulatie van het eigen hartgeleidingssysteem tot gevolg. Door deze activatie leidt dit tot een snellere en meer gelijktijdige activatie van de linkerhartkamer. Niet alleen zal hierdoor de ontwikkeling van pacing-geïnduceerd hartfalen worden tegengegaan, maar kunnen we ook nadelige effecten van bepaalde geleidingsziekten, die conventioneel niet in aanmerking komen voor pacemakerimplantatie (zoals bijvoorbeeld linkerbundeltakblok) corrigeren. Dit geeft belangrijke therapeutische perspectieven gezien deze

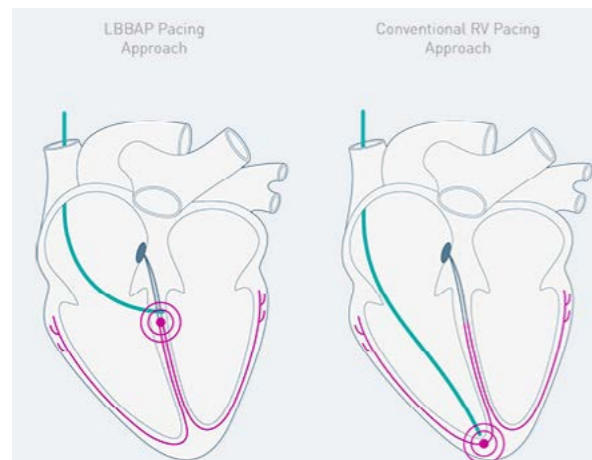


Fig. 1: LBBAP- vs RV-apex leadimplantatie

geleidingsstoornissen on gecorrigeerd eveneens kunnen leiden tot linkerventrikel remodelling, cardiomyopathie en hartfalen. Studies zijn lopende om na te gaan of LBBAP met enkel een eenkamerelektrode een alternatief kan zijn voor de huidige gekende resynchronisatiedevices waarbij zowel in het linker- als in het rechterhart een elektrode moet aangebracht worden. Deze nieuwe implantatietechniek geeft weinig kans op complicaties (8%), vergelijkbaar met het percentage bij RV-apex-implantatie (7%). De meest voorkomende complicaties bestaan uit acute perforatie van de lead in het linkerventrikel (3,7%) en loskomen van de lead (1,5%). Geen enkele van de complicaties van deze techniek gaf aanleiding tot permanente schade van het hart of noodzaak tot verder invasief ingrijpen en in de meeste gevallen kon de lead, na herpositionering



Fig. 3: Voorbeeld van pacemakerbatterij en leads (tweekamersysteem)

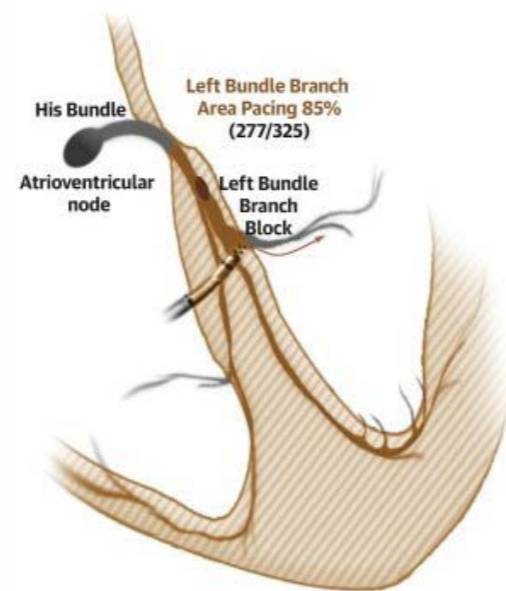


Fig. 2: Positie van de schroef en plaats van activatie van het geleidingssysteem

van de lead of terugtrekking vanuit het linkerventrikel, op een correcte manier in het septum worden geschroefd.

Sinds het voorjaar 2023 wordt ook in ons ziekenhuis de LBBAP-techniek geïmplementeerd door de artsen van de dienst vaatheelkunde (dr. Vuylsteke, dr. Van den Bussche), in nauwe samenwerking met Dr. Kris Gillis, elektrofysioloog vanuit AZ Delta Roeselare. Net zoals andere patiënten met een pacemaker worden deze patiënten nadien verder voor controles opgevolgd door de cardiologen.

Auteur: dr. Margot De Coster
margot.de.coster@sintandriestelt.be



Nieuwe artsen

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



Dr. Marie De Groote, arts-specialist in de geriatrie

Dr. De Groote behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2016 en specialiseerde zich daarna in de geriatrie. Ze liep stage in AZ Sint-Jan, AZ

Delta en UZ Gent. Dr. De Groote is gepassioneerd door de zorg voor de geriatrische patiënt in al zijn facetten met o.a. een scherpe neus voor internistische problemen en aandacht voor het psychosociaal welzijn van patiënt en familie.

Ze heeft ook een bijzondere interesse in oncogeriatric en palliatieve zorg. Hiervoor volgde ze nog bijkomende opleidingen (SIOG Advanced Course in Geriatric Oncology, LEIF- en PALM-opleiding). Dr. De Groote zal samen met dr. Dekoninck de dienst geriatrie verder uitbouwen.



Dr. Delphine Dinneweth, arts-specialist in de kindergeneeskunde

Dr. Dinneweth behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2016 en promoveerde tot

arts-specialist in de kindergeneeskunde in 2021. Tijdens haar opleiding deed zij ervaring op in het AZ Sint-Lucas Gent, AZ Delta Roeselare, UZ Gent en ging ook een jaar op uitwisseling naar het Sophia kindziekenhuis in het Erasmus MC te Rotterdam, Nederland.

Gezien haar bijzondere interesse in kinderlongziekten volgde ze bijkomend een 1-jarig fellowship in de kinderpneumologie/luchtwegallergie/basisimmunologie te UZ Gent onder leiding van prof. dr. Petra Schelstraete. Dr. Dinneweth oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie kindergeneeskunde van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Soetkin Vantghem, arts-specialist in de neurologie

Dr. Vantghem behaalde haar diploma geneeskunde in 2018 aan de Universiteit Gent. Nadien specialiseerde zij zich verder in de neurologie en behaalde

haar erkenning als arts-specialist in 2023. Haar opleiding volgde zij in AZ Maria-Middelares, AZ Groeninge en UZ Gent. Naast algemene neurologie heeft zij een bijzondere interesse in de cognitieve stoornissen.

Dr. Vantghem oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie neuropsychiatrie van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Laure Van Breda, neus-, keel- en oorarts

Op 1 augustus heeft dr. Laure Van Breda, arts-specialist in de neus-, keel- en oorziekten ons team vervoegd.

Dr. Van Breda behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2018 en promoveerde tot arts-specialist in de Otorhinolaryngologie in 2023.

Haar opleiding volgde zij in het AZ Sint-Jan Brugge en het UZ Leuven, met bijzondere interesse voor hoofd-halschirurgie, rhinologie en pediatrie neus-keel-ooraandoeningen. Dr. Van Breda werkt in associatie met haar NKO-collega's, dr. P. Ingelaere en dr. B. De Wilde.

NIEUWS

Erkend als regionaal traumacentrum voor zwaargewonde slachtoffers van ongevallen

Het Sint-Andriesziekenhuis heeft in augustus een internationale erkenning als regionaal traumacentrum behaald. In het traumacentrum zijn een urgentieteam en meerdere specialisten 24/7 beschikbaar voor de opvang, behandeling, ondersteuning en revalidatie van patiënten na een ernstig ongeval. Het Sint-Andriesziekenhuis is als eerste in West- en Oost-Vlaanderen erkend als regionaal traumacentrum en voldoet hiermee aan strenge internationale standaarden. De erkenning bestaat op drie niveaus: supraregionaal, regionaal en lokaal.

Dr. Sophie Vandeplassche, diensthoofd spoedgevallen: “Na het intensieve voorbereidingstraject zijn we bijzonder tevreden met de ontvangen erkenning dat het Sint-Andriesziekenhuis beschikt over een multidisciplinair traumacentrum voor ernstig gewonde slachtoffers. De patiënten komen, al dan niet via dringend ziekenvervoer, op de spoedgevallendienst van ons ziekenhuis terecht.

internationale kwaliteitscriteria. Daarbij werd onder meer nagegaan welke opleidingen, procedures, apparatuur, kennis en ervaring er aanwezig zijn. De erkenning als regionaal traumacentrum garandeert dat traumapatiënten in en rond Tielt snel de juiste verzorging krijgen. In specifieke gevallen, zoals craniocerebrale traumata, worden de zwaargewonde patiënten getransfereerd naar AZ Delta, het supraregionaal traumacentrum van ons ziekenhuis- en traumanetwerk, of naar UZ Gent. Op de spoeddienst van het Sint-Andriesziekenhuis werden vorig jaar 80 zwaargewonde traumapatiënten binnengebracht.

“ **We bijzonder tevreden met de ontvangen erkenning**”

Dankzij de samenwerking van heel wat artsen en verpleegkundigen worden traumaslachtoffers 24/7 op een strikt georganiseerde manier opgevangen door een team van medische specialisten die elk hun eigen taak hebben. Zo zijn ze op elk moment zeker van de best passende zorg.”

De Duitse organisatie Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) kwam op 19 juni langs voor een uitgebreide audit in het Sint-Andriesziekenhuis. Om de erkenning te behalen evalueerde de DGU het traject van een traumapatiënt van bij de aankomst op de spoeddienst van het Sint-Andriesziekenhuis tot aan de revalidatie en dit volgens



Foto: dhr. Peter Lauwyck (gedelegeerd bestuurder Sint-Andriesziekenhuis), dr. Sophie Vandeplassche en dr. Nelleke Walgers (urgentieartsen), en enkele verpleegkundigen van het traumacentrum



Sint-Andriesziekenhuis Movember't

In november wordt er traditioneel aandacht geschonken aan mannelijke gezondheidsproblemen. De internationale Movember-stichting focust op mentale gezondheid, preventie van zelfmoord, prostaatkanker en teelbalkanker, en roept daarom mannen op om deze maand hun snor te laten groeien of mannen en vrouwen om een 'Move'-actie te ondernemen.

Het Sint-Andriesziekenhuis nam hier dit jaar aan deel. Dagelijks komen immers verschillende disciplines in aanraking met mannelijke gezondheidsproblemen, en in het bijzonder met prostaat- en teelbalkanker. Met deze ludieke bewustwordingscampagne wou men iedereen de mogelijkheid geven om hun snorren en/of sportieve prestaties te sponsoren. Heel wat collega's lieten hun snor groeien, anderen zetten hun sportiefste beentje voor en gingen lopen of fietsen voor het goeie doel. Mét resultaat, want de uiteindelijke opbrengst werd afgeklopt op 2060 euro! De opbrengst gaat integraal naar levensveranderende gezondheidsprojecten voor mannen wereldwijd.

Viering 100 jaar Sint-Andriesziekenhuis

Het Sint-Andriesziekenhuis bestaat dit jaar 100 jaar. Naar aanleiding van deze bijzondere gebeurtenis werd er een boek gemaakt over de geschiedenis van het ziekenhuis: 100 jaar Sint-Andriesziekenhuis Tielt. Het boek geeft een mooi, historisch onderbouwd overzicht van het Sint-Andriesziekenhuis van 1923 tot op vandaag.

Aan het boek ging enorm veel opzoekingswerk vooraf waar heel wat mensen en organisaties in bijdroegen. Het 180 pagina's tellende boek bevat tal van oude en nieuwe foto's die het geheel een unieke uitstraling geven. Het boek kan aangekocht worden voor 30 euro in het Sint-Andriesziekenhuis en in Standaard Boekhandel Tielt.



100 jaar Sint-Andriesziekenhuis Tielt 1923-2023



Ook in het kader van het 100-jarig bestaan vond op 30 november - naamdag van Sint-Andreas, patroonheilige van het Sint-Andriesziekenhuis - een eucharistieviering plaats in de Sint-Pieterskerk van Tielt. De mis werd voorgegaan door bisschop Mgr. Lode Aerts. De viering werd muzikaal opgeluisterd door het Tieltse koor Cantiga samen met medewerkers van het ziekenhuis en tenor dr. Julien Dekoninck. Aansluitend was er een receptie voor de bestuurders, de artsen, het personeel en de vrijwilligers.



Artsen Sint-Andriesziekenhuis op buitenlandse missie

Dr. Servaes met 'Together we're strong' naar Uganda

Dr. Sophie Servaes, gynaecoloog in het Sint-Andriesziekenhuis, trok in september 2023 met een grote groep vrijwilligers van de VZW Together we're strong op medische missie naar Noord-Uganda om daar de lokale bevolking te steunen in hun gezondheidszorgen.

Dr. Servaes: "We werkten er in drie groepen. De eerste groep ging dagelijks naar de scholen om info te geven over vruchtbaarheid, de menstruele cyclus, preventie van SOA's en om het belang van studeren te benadrukken. Het motiveren van meisjes om een job te leren was een grote opgave.



Een tweede groep ging elke dag naar de kleine dorpjes om aldaar een mobiele polikliniek te houden waar heel wat mensen naartoe kwamen om allerlei kleine en grote kwalen te laten behandelen: van pasgeborenen tot hoogbejaarde mensen werden door huisartsen, pediaters, verpleegkundigen, tandartsen en oogartsen behandeld. De polikliniek werd dagelijks opgebouwd en onze mobiele apotheek was daarbij van onschatbare waarde.

De derde groep was het ziekenhuisteam. We reden dagelijks met een klein busje naar het ziekenhuis. Daar hebben we patiënten behandeld die de kosten voor een ingreep niet konden betalen. Wij betaalden het ziekenhuis om de lokale infrastructuur te gebruiken en financierden de ingrepen die we uitvoerden. Voor mij waren dat voornamelijk baarmoederoperaties wegens forse myomen en baarmoederhalskankers. Uiteraard kwamen daar ook veel keizersnedes bij. De neonatale

mortaliteit ter plaatse bedroeg vorig jaar nog meer dan 10 procent. Gelukkig hadden we veel operatiemateriaal mee en konden we zo naar behoren werken. De samenwerking met de medici ter plaatse was bijzonder interessant.

Het was een straffe ervaring, er waren goede vibes en de schitterende groep vrijwilligers heeft deze missie doen slagen."

Auteur: dr. Sophie Servaes, gynaecoloog



Dr. Laporte trok in het najaar op missie naar Mutoyi, Burundi

Van kindsbeen af had ik, via mijn ouders, een voorliefde voor Afrika. Als assistent-anesthesie bezocht ik landen als Senegal, Mali, Togo en Benin met hun lokale ziekenhuizen maar verder dan dat kwam het niet. Via via kwam ik later in contact met de Gentse vzw H.E.L.P. en polste of ze toevallig een anesthesist nodig hadden voor een Afrikaanse missie, aangezien ik daar toch al jaren stilletjes van droomde. Toen ik in september plots de vraag kreeg of ik vrij was om 2 weken mee te gaan naar Mutoyi, een afgelegen bergdorp in Burundi, heb ik dan ook niet lang getwijfeld, en ben ik in een toch wat blind avontuur, namelijk mijn allereerste missie, gestapt. Na een korte bijeenkomst werden medische materialen en medicatie verzameld, valiezen gevuld en officiële lijsten opgestuurd naar de Burundese douane voor 'vlotte' passage. Alles wat ik nodig had van anesthesie moest immers mee ... niet wetende welke populatie (oud-jong) en welk soort operaties we zouden doen.

Op 8 november kwamen we toe in het mooie rustgevende bergdorp Mutoyi, met honderden kinderen die ons verwelkomden. Het in de jaren '50 door een Italiaanse kloosterorde gebouwde ziekenhuis oogde wel relatief net maar was zeer druk bezet met zo'n 300 volle bedden, en met 400 bevallingen per maand. Op dag 1 vlogen we in het werk met de triage van ellenlange rijen wachtende patiënten, uitsorteren van materialen, testen van bestaande anesthesietoestellen (museumstukken volgens onze

Europese norm), en maakte ik kennis met de technici-anesthesie die met hun beperkte kennis de verdoving op zich nemen, gezien er geen 'echte' anesthesisten zijn. We werkten 6/7 dagen, in twee operatiezalen, waar we maxillo-faciale operaties deden, jonge kinderen met uitgebreide brandwonden en orthopedische ingrepen. Osteomyelitis, moeilijke fracturen, pseudo-artrose, klompvoetjes en helaas veel amputaties van onderste ledematen bij jonge mensen, door verwaarloosde (brand)wonden, kwamen uitgebreid aan bod. Dagelijks werkten we zwaar buiten onze comfortzone. De frequente elektriciteitspannes, het ontbreken van een postop recovery-room met monitoring, moeilijke tot geen communicatie met de patiënten, en een broeiende warmte in de operatiezalen, zorgden ervoor dat we vaak heel creatieve oplossingen vonden, en leerden roeien met de riemen die we hadden.

Twee weken vakantie opofferen, je vertrouwde omgeving en je gezin achterlaten om hard én volledig gratis te werken in een zeer arm land zonder toekomst, om dan doodmoe thuis te komen ... waarom doet een mens dat? De enorme dankbaarheid en warmte die ik gevoeld heb is onbeschrijfelijk en blijft in mijn geheugen gegrift. Het waren onvergetelijke ervaringen. Ik ontdekte een andere cultuur met zijn achtergronden. We leerden heel positieve mensen kennen, die gelukkig zijn in hun situatie, en zagen een wondermooie natuur. Een mentale reset doen naar de basis was voor mij zeer verrijkend en dus een grote meerwaarde in deze twee 'opgeofferde' weken. Eens thuisgekomen, besef ik nog maar eens hoe blij ik mag zijn om hier geboren te zijn. Maar zo een missie helpt absoluut bij het relativeren van onze dagelijkse kommer en sleur. Een aanrader van formaat voor velen onder ons ...

Auteur: dr. Patricia Laporte, anesthesist



Open Bedrijvendag: een bijzonder geslaagde dag!

3150 keer bedankt aan alle aanwezigen tijdens Open Bedrijvendag op zondag 1 oktober. We kijken fier en tevreden terug op een bijzonder geslaagde dag. De bezoekers werden verwelkomd op meer dan 30 info- en demostands, er was heel wat kindersanimatie en het bezoek kon afgerond worden in de tent met live muziek, drinks en foodbars. In het bijzonder ook een warme dankjewel aan het team dat zich met hart en ziel ingezet heeft om deze dag in goeie banen te leiden!

Samenwerking lokale besturen, Rode Kruis Tielt en Sint-Andriesziekenhuis

Deze zomer werd de bestaande samenwerking vernieuwd tussen het Rode Kruis Tielt, stad Tielt en de gemeenten Meulebeke, Aalter, Dentergem, Pittem, Wingene, Ardooie, Ingelmunster, Oostrozebeke, Ruiselede en Wielsbeke voor de uitbating van de PIT (paramedisch interventieteam). Een PIT kan patiënten vervoeren en bevat iets uitgebreider, gespecialiseerder materiaal dan een gewone ziekenwagen. Het



grootste verschil met de MUG, is dat de PIT geen urgentiearts aan boord heeft. De PIT wordt bemand door een ambulancier en een spoedverpleegkundige met een beroepstitel. Vaak werkt de MUG al samen met een ziekenwagen, maar het gebeurt ook dat de MUG en de PIT samenwerken. Al probeert de noodcentrale meestal een MUG te vermijden door een PIT te sturen. Zo kan de MUG worden ontlast.

AFDELING IN DE KIJKER

ICT-dienst

Tijdens de dagelijkse activiteiten in het ziekenhuis zijn computers en bijhorende software niet meer weg te denken. Heel wat applicaties zijn nodig om een vlotte werking aan te bieden: resultaten, onderzoeksaanvragen, transportaanvragen en afspraken ... het is maar een greep uit wat dagelijks nodig is. Om deze operationele werking te ondersteunen staat er een team 24/7 klaar om dit te garanderen. Ja, zelfs tijdens de teambuilding ;-)



Zo hebben we het **servicedesk team** bestaande uit 3 collega's. Zij behandelen in eerste instantie de oproepen die binnenkomen van de afdelingen, diensten, medewerkers en zorgen dat de aanwezige apparatuur en software optimaal functioneert. Op hun

beurt worden zij intern ondersteund door ons **team van applicatiebeheerders** en **team van systeem en netwerk**.

De **applicatiebeheerders** zorgen ervoor dat applicaties goed ingericht staan voor eindgebruikers en de communicatie met andere applicaties vlot verloopt. De meesten kennen wel Primuz, Oxygen, Axis maar daarnaast ondersteunen ze veel meer. Weet dat er een paar honderd applicaties draaien in het ziekenhuis.

Bijgevolg werken ze ook nauw samen met **systeem en netwerkbeheer**. Wellicht is dit team van 3 collega's minder goed gekend, maar hun uitdagingen zijn enorm. Niet enkel moet alles snel over het netwerk gaan maar zij beveiligen ook het ziekenhuis tegen onrechtmatige toegangen. Dagelijks is er phishing of poging tot hacking die zij met hun werkmiddelen tegenhouden. Ook richten zij nieuwe servers in, toegangen voor leveranciers en de toegang van toestellen op het netwerk zodat artsen, verpleegkundigen en ziekenhuismedewerkers vlot kunnen werken. Momenteel loopt de implementatie van Primuz in het ziekenhuis. Hiervoor worden we bijkomend ondersteund door een **team van systeemverpleegkundigen**. Met hun ervaring als verpleegkundige voeren zij ook de nodige configuraties uit in het elektronisch verpleegdossier.

Wat hierboven beschreven staat is slechts een beperkt deel van onze dagelijkse activiteiten. Ikzelf heb het geluk sinds anderhalf jaar met deze 15 collega's samen te werken om de diverse uitdagingen het hoofd te bieden.

Auteur: Stijn Ingelbrecht, diensthoofd ICT



Een nieuw pijncentrum

In november opende de gloednieuwe pijnkliniek zijn deuren. Verbouwingen op de vroegere locatie van het internistisch dagziekenhuis zorgden voor een volledig nieuwe pijnkliniek met twee ruime behandelzalen, een eigen dagziekenhuis, consultatieruimtes voor de artsen en pijnpsychologe, en een secretariaat. Met de ingebruikname van deze nieuwe afdeling verandert naast het interieur ook een en ander aan de werking van de afdeling. Op deze nieuwe locatie kan namelijk zowel de voorbereiding als de nazorg op één plaats gebeuren en hoeft de patiënt niet meer naar het operatiekwartier te worden vervoerd.



Patiëntenflow

De patiënt komt toe aan de balie van het secretariaat waarna in het aanpriklokaal de nodige voorbereidingen kunnen worden uitgevoerd. Vlakbij bevinden zich de behandelzalen die zijn uitgerust met apparatuur voor medische beeldvorming. Er is één grote zaal waar pijntherapeutische behandelingen onder fluoroscopie kunnen uitgevoerd worden. Aanpalend is er een kleinere zaal voor infiltraties onder echogeleide. Na de infiltratie kan de patiënt terecht in de recovery ruimte waar ook de nodige monitoringsapparaten aanwezig zijn. Nadien kan de patiënt nog even bekomen in de patiëntenkeuken vooraleer terug huiswaarts te keren. Alles is dicht bij elkaar, zo wordt een optimale patiëntenflow gecreëerd. Er werd daarnaast veel aandacht besteed aan ruimte en lichtgevende, natuurlijke kleuren.

Zorgaanbod

In ons pijncentrum kunnen patiënten terecht voor de behandeling van zowel acute als chronische pijnklachten. Soms kan de pijnarts reeds met medicatie of minimaal invasieve behandeltechnieken de patiënt helpen. In andere gevallen zal men, in samenspraak met de patiënt, moeten overgaan tot een multidisciplinaire aanpak. Dat betekent dat naast de pijnarts ook een pijnverpleegkundige en een psycholoog kunnen worden ingeschakeld.

Auteur: dr. Virginie Cuypers, anesthesist
virginie.cuypers@sintandriestielt.be



Publicaties en symposia

Publicaties

Prof. dr. Marc Vuylsteke

- **Marc Vuylsteke** MD PhD. Book Chapter: "Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency" in "VAS European Book of Angiology/Vascular medicine: An International Expert Guide" Springer Nature, Meteor 2023
- Tan M, **Vuylsteke ME**, Blebea J, Parsi K, Davies A. Management of the patient with the swollen leg. *Phlebology* 2023, 153 .R1. ahead of print
- Houthoofd S, Schueremans Th, **Vuylsteke M**, Mordon S, Fourneau I. Delivery of Indocyanine green, a photosensitizer, into balloon-injured atherosclerotic plaque of hyperlipidemic New Zealand rabbits. *Annals of Medicinal Chemistry and Research*. 2023;6:1025, 1-10

Dr. Frederik Van Hoecke

- Laetitia Missiaen, Dirk Vogelaers, Pieter-Jan De Roo, **Frederik Van Hoecke**, Bert Vanmierlo, Tine Ravelingien, Jodie Langbeen. Retrospective evaluation of an intervention bundle on OPAT implementation in a large non-university hospital. *Acta Clin Belg* 2023 Nov 6:1-7
- B. Massa, M. Boret, D. Vogelaers, **F. Van Hoecke**. Toxigene Corynebacterium diphtheriae-surinfectie van een chronisch ulcus. *TVGG* 2023;10 DOI: 10.47671/TVG.78.22.146
- Lize Cuypers, Els Keyaerts, Samuel Leandro Hong, Sarah Gorissen, Soraya Maria Menezes, Marick Starick, Jan Van Elslande, Matthias Weemaes, Tony Wawina-Bokalanga, Joan Marti-Carreras, Bert Vanmechelen Bram Van Holm, Frederik Van Hoecke, Mandy Bloemen, Jean-Michel Dogne, François Dufresne, Keith Durkin, Jean Ruelle, Ricardo De Mendonca, Elke Wollants, Pieter Vermeersch, COVID-19 Genomics Belgium Consortium, Caroline Boulouffe, Achille Djiena, Caroline Broucke, Boudewijn Catry, Katrien Lagrou, Marc Van Ranst, Johan Neyts, Guy Baele, Piet Maes, Emmanuel André, Simon Dellicour & Johan Van Weyenbergh. Immunovirological and environmental screening reveals actionable risk factors for fatal COVID-19 during post-vaccination nursing home outbreaks. *Nature aging* 2023;3:722-733

Symposia

Dr. Christ Declerck

- 1st musculoskeletal ultrasound, interventional spine & orthobiologics conference, Royal College Of Physicians, London- Faculty and speaker, Friday, 14-Jul-2023 to Saturday, 15-Jul-2023, European Accreditation Council for Continuing Medical Education, Royal College Of Physicians, London, England, NW1 4LE
- CIPS teacher and examiner CIPSexam, Teacher CIPS, www.interventionalpainistanbul.org

Dr. Griet Hoste

- M. De Laurentiis, **G. Hoste**, X. Gonzalez Farre, O. Romano, A. Cano Jimenez, F. Beghdad, O. Dialla, M. Zivanov, T. Silovski – Patient profiles treated with extended adjuvant neratinib in the NEAR study. Poster op ESMO congres Madrid
- Presentatie "borstkankerscreening" (met Dr. De Wilde): 03-10-2023: Zwevezele
04-10-2023: Meulebeke
05-10-2023: Beernem
12-10-2023: Ingelmunster
21-11-2023: Ruiselede
- Presentatie "menstruatie-armoede" op netwerkvond Huis van het Kind (De Magneet Pittem).

Dr. Jan Bresseleers

- Opleiding verpleegkundigen IZ 'update hartfalen', 17/10 en 24/10/2023
- Opleiding verpleegkundigen interne en geriatrie 'ritmestoomissen en telemetrie', 9/11/2023
- 'Als het hart wat anders klopt: hartfalen' lezing voor Markant Nazareth (niet-medisch publiek), 28/11/2023

Dr. Rajkumar Lucas

- **Raj S. Lucas**, MD; Koen Vermorgen, MD; Greet Coppens, MD; Katrien Brouwers, MD; François H Haustrate, MD; Marnix Claeyns MD, on behalf of SOOS/BBO Sustainability in Eye Care working group: Results of the Belgian survey on sustainability in eye care; current measures and future opportunities. Rapid fire poster; Ophthalmologica Belgica Congress, 22/11/2023. Winner: best rapid fire presentation.
- **Raj S. Lucas**, MD, Sint-Andries Ziekenhuis, Tielt; Greet Coppens, MD, Ooginstituut Aalst; BSCRS Session: Sustainability In The Operating Room. Presentation. SOOS Working Group For Sustainability in Eye Care. Ophthalmologica Belgica Congress 22/11/2023
- **Raj S. Lucas**, MD, Eye Office Meulebeke/Oogcentrum Aalter/Sint-Andries Ziekenhuis Tielt; BBO-UPBMO Session: Introduction and The Future of Sustainability in Eye Care. Presentations. Chair, SOOS Working Group for Sustainability in Eye Care. Ophthalmologica Belgica Congress 24/11/2023

Dr. Loran Defruyt

- Bijscholingsavond HAVRA – Sportcardiologie, 15-06-2023
- LOK Cardiologie - AZ Delta Roeselare, 24-10-2023

Dr. Stefaan Marcelis

- **S. Marcelis**, T. Jager, K. Vanderdood. Advanced musculoskeletal ultrasound course, Sint-Andriesziekenhuis Tielt. 6-7/05/2023
- **S. Marcelis**, T. Jager, K. Vanderdood. Advanced musculoskeletal ultrasound course, Podgora Croatia. 13-17/09/2023

Prof. Dr. Marc Vuylsteke

- Round Table, Boston Scientific, vascular surgeons Belgium, presentation of Angiojet in arterial indications. Sharing of clinical cases. Zaventem, H Van der Valk. 28 sept 2023
- Thermal versus non-thermal ablation. Open views on Phlebology. XXII Congresso Nazionale Collegio Italiano Di Flebologia "Sergio Mancini". Siena 27 okt 2023
- Round Table, European training in Phlebology. Open views on Phlebology. XXII Congresso Nazionale Collegio Italiano Di Flebologia "Sergio Mancini". Siena 28 okt 2023
- Workshop: Vessel preparation in infrapopliteal disease. Vascular symposium UZ Leuven. 2 December 2023

Dr. Julien Dekoninck

- **Dr. Julien Dekoninck** (Tielt), Dr. Camille Nicolay. 3rd Belgian Young Geriatricians Congress, 23/11/2023, An unforgettable presentation. Bruxelles. Time : 18h30-22h, location: Heremans Auditorium, CHU UCL Namur-Godinne

Dr. Antonio Gazziano

- Voordracht Burn-out en depressie, Ontmoetingscentrum Avondvreugd Lotenhulle, 13/06/2023
- Voordracht Burn-out en depressie, Markant Tielt, 19/10/2023

Dr. Steven De Coninck

- Dr. Chantal Baertsoen. Wetenschappelijk programma: Casus HCC; Nieuwe richtlijnen hepatobiliaire tumoren; Nieuws uit ASCO i.v.m. hepatobiliaire tumoren. Bijscholingsavond Supraregionale MOC digestieve oncologie Zuid-Mid-West Vlaanderen. Mede-organisatie gastro-enterologie Sint-Andriesziekenhuis Tielt. Roeselare, 21/06/2023
- Wetenschappelijk programma: Nomenclatuurhervorming; Sedatie in gastro-enterologische praktijk. LOK meeting voor beide gastro-enterologische LOK-groepen West-Vlaanderen. Organisatie diensten gastro-enterologie St. Andriesziekenhuis Tielt, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Delta en St.-Jozef Izegem. Mede-organisatie **Dr. Steven De Coninck**, gastro-enterologie Sint-Andriesziekenhuis Tielt. 14/06/2023
- Sprekers: **Dr. Steven De Coninck**, Dr. Chantal Baertsoen, Dr. Astrid De Zutter. Infoavond colonkanker incl. screening in de praktijk. Organisatie gastro-enterologie Sint-Andriesziekenhuis Tielt. Pittem, 7/11/2023

Dr. Katrien Devolder

- Voordracht Info anticonceptie, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 20-09-2023

Dr. Cara Ghysbrecht

- Voordracht Info anticonceptie, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 20-09-2023

Dr. Frederik Van Hoecke

- Ventilator-associated pneumoniae: preventie, diagnose en therapie. opleiding IZ verpleegkundigen TRIAZ ziekenhuizen, november 2023.
- Specifieke infecties in het WZC. WZC verpleegkundigen opleiding infectiepreventie HOST TRIAZ, 16-18 november.

Dr. Michèle Tack

- Sprekers: **Dr. Michèle Tack**, Dr. Frank Goes JR., Dr. Sophie Berteloot. What's new in intraocular lenses: seeing the wood for the trees. An extensive, didactic and clinically oriented overview of different types of monofocal and multifocal implant lenses. Voordracht op het OB congres in Brussel, 22/11/2023

Advertenties

KidCool
Cool kids. Cool parents!

NEW

Vanaf 3 jaar **Eenvoudig: 1 inname/dag** **100% natuurlijk**

In de apotheek

* Saffraanextract draagt bij tot het behoud van ontspanning en relaxatie.

NEW

Voorafgegoedgekeurd: KidCool® op basis van 2/176 -
Cephalon PA 2181 5/1709/01/2023/11

90 *Open up your family health* **Trenker** laboratoires

Made in Belgium | www.trenker.be

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

WE CARE FOR EVERY HEARTBEAT.

MESI
Simplifying Diagnostics

MESI mTABLET ECG

DIGITALISEER UW PRAKTIJK

- 100% draadloos!
- makkelijk te gebruiken.
- wachten op een ECG print is niet meer nodig.
- meting in real time op de mTABLET, alsook op de PC van de arts of specialist.
- raadpleging en registratie van de metingen altijd en overall mogelijk via GSM, tablet of computer.

Optionele draadloze uitbreidingen voor uw MESI mTABLET platform:

- spirometrie
- bloeddruk
- ABI
- TBI
- 24u ABPM

BARTHEL'S

T. 011 87 24 60
info@barthels.be
www.barthels.be

Veinofytol®
maagsapresistente tabletten

De voordeligste prijs voor de patiënt
0,57 € / dag*

Een geneesmiddel net zo effectief als steunkousen¹
na 12 weken

42 tabletten : 14,90 €
CNK 4122-214

98 tabletten : 27,80 €
CNK 4122-222

BEHANDELING VAN CHRONISCHE VENEUZE INSUFFICIËNTIE

- Verhoogt de veneuze tonus
- Vermindert oedeem en pijn

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL : VEINOFYTOL maagsapresistente tabletten • **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING :** Iedere tablet bevat 192 mg - 258 mg droogextract van *Aesculus hippocastanum* L., semen (paardekastanje) wat overeenkomt met een hoeveelheid van 21 mg triterpeen- glycosiden, uitgedrukt in protoaescigenine. • **FARMACEUTISCHE VORM :** Maagsapresistente tablet. Rode, biconvexe, langwerpige tabletten. • **KLINISCHE GEGEVENS :** **Therapeutische indicaties :** Kruidengeneesmiddel dat wordt bij volwassenen gebruikt bij de behandeling van chronische veneuze insufficiëntie, die gekenmerkt wordt door gezwollen benen, spataders, een gevoel van zwaarte, pijn, vermoeidheid, jeuk, spanning en krampen in de kuiten. • **Dosering en wijze van toediening :** **Eén tablet twee maal per dag.** Er zijn geen relevante indicaties bij kinderen onder de 12 jaar. Gebruik bij adolescenten jonger dan 18 jaar wordt niet aanbevolen. Een behandelings- duur van minstens 4 weken is nodig vooraleer een positief effect kan waargenomen worden. Bij verlengd gebruik moet de behandeling met tussenpozen geëvalueerd worden door een arts. De tabletten dienen in hun geheel, zonder stuk te bijten, met een glas water te worden ingenomen. • **Contra-indicaties :** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. • **Bijwerkingen :** Gastro-intestinale stoornissen, hoofdpijn, duizeligheid, jeuk en allergische reacties werden beschreven. De frequentie is niet bekend. • **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN :** Tilman n.v., Zoning Industriel Sud 15, 5377 Bailionville, België. • **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN :** BE545342 • **AFLEVERINGSWIJZE :** Geneesmiddel niet op medisch voorschrift. • **DATUM VAN GOEDKEURING VAN DE TEKST :** 03/2021.

¹Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. LANCET. 1996;347(8997):292-4. • *Berekend op basis van de indicatieve prijs van 27,80 € voor een doos van 98 tabletten

VEINO/23/PR/001 NL Feb 2023

Bijscholingen huisartsenkring

16.01.24	ESWT en OLK	dr. Gretel Descheemaker en dr. Isabelle Vanneuville
03.02.24	Nieuwjaarsfeest	
20.02.24	Motivationale gespreksvoering	
08.03.24	Quiz op een vrijdagavond	Giovanni Samaey
19.03.24	Paraproteïnes en abnormaal verhoogde bloedwaarden	dr. Dries Deeren en dr. Lien Deleu
23.04.24	Reanimatie	dr. Sophie Vandeplassche en dr. Kristien Evens
01.05.24	Gezinsuitstap Het Verdrongen Land van Saeftinghe	dr. Valérie Van Damme
21.05.24	ABRYSVO vaccin (rsv)	dr. Evens (of andere pediater) – eveline.demeyer@pfizer.com
04.06.24	AV HAOWWL	
18.06.24	Statutaire AKOWWL zonder partner	
17.09.24	Keuze antidepressiva versus neuroleptica bij gedragstoornissen	dr. Ward Vandewalle en dr. Soetkin Vantuyghem
01.10.24	Kwesties rond het levenseinde: intervisie	dr. Tom Denolf en dr. Heidi Denolf
15.10.24	Verloskunde/gynaeco: cmv e.a.	dr. Katrien Devolder en 3 collega's
oktober 24	Malpertuis	
19.11.24	Flash	
17.12.24	Statutaire zonder partner	

Aso's/haio's

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

Heelkunde



Heleen Cool



Andreas Decock



Hanne Mylle

Interne



Leander Cornelis



Jasdeep Dhillon

Pediatrie



Rik Muskens

Haio's (huisarts-in-opleiding)

Spoed



Laura Van Dorpe

Interne



Giles Gerard



Michiel D'hooghe

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. 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

Werkten verder mee aan dit nummer

Dr. Margot De Coster
Dr. Laure Van Breda
Dr. Virginie Cuypers
Dr. Stefaan Marcelis
Dr. Belphine De Wilde
Dr. Kristien De Jaeger
Dr. Delphine Dinneweth
Dr. Patricia Laporte
Dr. Sophie Servaes
Dr. Bart Regaert
Dr. Griet Hoste
Stijn Ingelbrecht
Oona Jonckheere
Mieke Denolf
Maaïke Stevens

Drukkerij

Kopie Service Tielt

Sponsors



daflon[®] 500mg

Gemicroniseerde gezuiverde flavonoïdefractie



- ✔ Complex van 5 flavonoïden
- ✔ Gemicroniseerd
- ✔ Gezuiverd



Het enige flebotroop met een aanbeveling Graad 1B voor de verlichting van de symptomen bij de chronische veneuze ziekte¹

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Daflon 500 mg filmomhulde tabletten. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING: Gemicroniseerde gezuiverde flavonoïdefractie (500 mg), die 450 mg diosmine en 50 mg in hesperidine uitgedrukte flavonoïden bevat. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie SPK. FARMACEUTISCHE VORM: Ovale, zalmkleurige filmomhulde tabletten. THERAPEUTISCHE INDICATIES: - Behandeling van verschijnselen van functionele of organische chronische veneuze insufficiëntie van de onderste ledematen: zwaartegevoel, pijn, nachtelijke krampen, oedeem, trofische stoornissen. Behandeling van de acute crisis van de hemorroïdale ziekte, voorgesteld als onderhoudsbehandeling van functionele en objectieve verschijnselen van hemorroïdaal lijden. DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING: Dosering: Veneuze ziekte: Gebruikelijke dosis: 2 tabletten per dag in één inname of 2 verschillende innames, bij de maaltijd. Hemorroïdale ziekte: Acute crisis: 6 tabletten per dag gedurende de 4 eerste dagen, dan 4 tabletten per dag gedurende 3 dagen. Onderhoudsbehandeling: 2 tabletten per dag. Wijze van toediening: Oraal gebruik. CONTRA-INDICATIES: Overgevoeligheid voor het actieve bestanddeel of voor één van de hulpstoffen in het product. BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK**: De behandeling met venotropica mag niet langer dan 3 maanden duren zonder een herevaluatie van de symptomatologie. De toediening van dit product als symptomatische behandeling van een hemorroïdale crisis sluit een specifieke behandeling van andere anale ziekten niet uit. Indien de symptomen niet vlug verdwijnen, moet er een proctologisch onderzoek worden uitgevoerd en de behandeling worden herzien. Daflon 500 mg bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per tablet en is dus in wezen 'natriumvrij'. INTERACTIES: Tot nu toe zijn er geen interacties met andere geneesmiddelen gemeld. ZWANGERSCHAP EN BORSTVOEDING**: Uit voorzorg heeft het de voorkeur het gebruik van Daflon 500 mg te vermijden tijdens de zwangerschap, Het is niet bekend of het actief bestanddeel/metabolieten in de moedermelk wordt uitgescheiden. Risico voor pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. Er moet worden besloten of borstvoeding moet worden gestaakt of er moet worden gestopt met/afgezien van de behandeling met Daflon 500 mg, rekening houdend met het voordeel van borstvoeding voor het kind en met het voordeel van de behandeling voor de vrouw. VRUCHTBAARHEID** BEÏNVOEDING VAN DE RIJVAARDIGHEID EN VAN HET VERMOGEN OM MACHINES TE BEDIENEN** BIJWERKINGEN: Samenvatting van het veiligheidsprofiel: de bijwerkingen gemeld met Daflon tijdens de klinische studies zijn gematigd. Het zijn voornamelijk gastro-intestinale stoornissen (diarree, dyspepsie, misselijkheid, braken). De volgende bijwerkingen kunnen worden waargenomen en zijn geklasseerd volgens de volgende frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10); soms (≥1/1000, <1/100); zelden (≥1/10000, <1/1000); zeer zelden (<1/10000); niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Zenuwstelselaandoeningen: Zelden: duizeligheid, cefalea, ongemak. Maagdarmsstelselaandoeningen: Vaak: diarree, dyspepsie, misselijkheid, braken - Soms: colitis. - Niet bekend*: buikpijn. Huid- en onderhuidaandoeningen: Zelden: pruritus, rash, urticaria. - Niet bekend*: geïsoleerd oedeem van het gezicht, de lippen, de oogleden. Uitzonderlijk een Quincke-oedeem *Post-marketing ervaring De melding van vermoedelijke bijwerkingen: Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden opgevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via: België: Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten - Afdeling Vigilantie - Postbus 97 - B-1000 Brussel Madou - Website: www.eenbijwerkingmelden.be E-mail: adr@fagg.be Luxemburg: Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB) CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois Rue du Morvan 54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX Tél : (+33) 3 83 65 60 85 / 87 E-mail : crpv@chru-nancy.fr of Direction de la Santé Division de la Pharmacie et des Médicaments 20, rue de Bitbourg L-1273 Luxembourg-Hamm Tél : (+352) 2478 5592 E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu Lien pour le formulaire : <https://guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html>. OVERDOSERING** Er is een beperkte ervaring met overdosering van Daflon. De meest frequent gemelde bijwerkingen in gevallen van overdosering zijn gastro-intestinale klachten (zoals diarree, misselijkheid, buikpijn) en huidafwijkingen (zoals jeuk, huiduitslag). De behandeling van een overdosis moet bestaan uit het behandelen van de klinische symptomen. FARMACODYNAMISCHE EIGENSCHAPPEN**: Venotonicum en vasculoprotector. Daflon 500 mg werkt in op het vasculaire terugstromingssysteem: ter hoogte van de venen vermindert het de veneuze uitzetbaarheid en verlaagt het de veneuze stase, ter hoogte van de microcirculatie normaliseert het de capillaire doorlaatbaarheid en verhoogt het de capillaire weerstand, ter hoogte van de lymfe verhoogt het het lymfedebiet. VERPAKKING: Dozen van 30, 36, 60, 90, 120 en 180 filmomhulde tabletten. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: SERVIER BENELUX N.V., Internationalelaan 57 - 1070 Brussel, België. NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: België: BE145153; G.H. Luxemburg: 2008079860. AFLEVERINGSWIJZE: vrij. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST: Goedkeuringsdatum: 11/2022 **Voor de volledige informatie, zie SPK. BN DN NA 11 22 - Goedkeuringsdatum van de verkorte SPK: 02/12/2022.

Publieke prijs (= ten laste van de patiënt)

180 tabletten	€ 48,87
120 tabletten	€ 35,98
90 tabletten	€ 30,72
60 tabletten	€ 22,75
30 tabletten	€ 14,23

1. Aangepast van Nicolaïdes et al. Int Angiology. 2018;37(3): chapter 8 (2014 guideline recommendations according to the GRADE system).
BN DN BI 23 C2 PR 01 - Goedkeuringsdatum van de medische informatie: 13/02/2023