



// Dossier pneumologie

WAT WEET JIJ OVER
LEGIONELLA?

OP WEG NAAR EEN
DOORDACHT BEHANDEL-
DUUR VOOR PNEUMONIE

VENTILATIE-GEASSOCIEERDE
PNEUMONIE OP
INTENSIEVE ZORGEN





Orthomonte

ORTHOPEDISCHE BENODIGDHEDEN

Bij OrthoMonte geloven we in de kracht van persoonlijke zorg, waarbij de focus ligt op uw comfort en welzijn. Of het nu gaat om orthopedische schoenen, braces of andere hulpmiddelen, wij zorgen ervoor dat u de beste zorg krijgt die perfect bij u past.



► ORTHOPEDIE



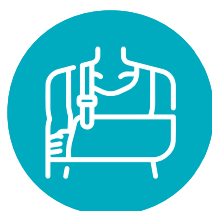
► PROTHESEN



► MOBILITEIT



► STEUNZOLEN



► BANDAGISTERIE



► STEUNKOUSEN

GALGENVELDSTRAAT 6 • 8700 TIELT

INFO@ORTHOMONTE.BE • 051 15 19 51 • WWW.ORTHOMONTE.BE

Inhoud

WELKOM

- 4 VOORWOORD
- 5 NIEUWE ARTSEN
- 6 ARTSEN OP PENSIOEN
- 7 ASO'S EN HAIO'S
- 8 SINT-ANDRIESZIEKENHUIS IS SPORTBEDRIJF

DOSSIER PNEUMOLOGIE

- 11 WAT WEET JIJ OVER LEGIONELLA?
- 13 DE ANTIBIOTICAKUUR
Op weg naar een doordachte behandelduur voor pneumonie
- 15 INFECTIES
van de neusholte en sinussen
- 18 UPDATES
in het vaccinatielandschap
- 20 DE KRACHT VAN HET GERIATRISCH SUPPORT TEAM:
tijdige zorg op maat voor elke oudere patiënt
- 24 VENTILATIE-GEASSOCIEERDE PNEUMONIE
op intensieve zorgen

VARIA

- 26 PERIOPERATIEVE HYPOTHERMIE
Klein temperatuurverlies met groot effect
- 28 SINT-ANDRIESZIEKENHUIS VERSTERKT ZIJN PALLIATIEVE WERKING
- 29 VAN SATELLIET NAAR GEAFFILIEERDE BORSTKLINIEK IN 2026
- 30 SAMEN VLAMMEN VOOR MENSEN DIE ONZICHTBAAR ZIEK ZIJN
- 31 SPORTSYMPOSIUM
Move to Improve
- 32 SYMPOSIUM EERSTE LIJN
- 33 SYMPOSIA
- 34 PUBLICATIES

Voorwoord

Beste lezers

Enkele jaren geleden vulden mondmaskers, teststraten en videoconsulten onze dagen. COVID-19 maakte van respiratoire infecties plots een collectieve ervaring. Wat vroeger routine was – een verkouden kind, een hoestende oudere – kreeg een nieuwe lading.

Vol ongeloof keken we toe hoe onze ziekenhuizen volstroonden met zwaar zieke patiënten. Opname op intensieve zorgen ging gepaard met een hoge mortaliteit. Nooit eerder werden zoveel jonge mensen geïntubeerd en geventileerd.

Vandaag zitten we terug in een 'normaal' waarin die ervaring van toen nog altijd doorwerkt. We herkennen symptomen sneller, communiceren gerichter en weten beter waar onze grenzen liggen.

Dit themanummer is een uitnodiging om die opgedane kennis te behouden en toe te passen: bij influenza, bij RSV, bij elke patiënt die met dyspnee of koorts onze praktijk binnenstapt.

De pandemie ligt achter ons, maar haar lessen ademen voort – in onze waakzaamheid, onze empathie en onze zorg voor de ademhaling van onze patiënten.

Laten we blijven luisteren.
Naar longen. Naar verhalen. Naar elkaar.

Veel leesplezier!

Dr. Sandra Huysentruyt
Hoofdredacteur Infosat

Nieuwe artsen

DR. CHARLOTTE DE CREM, ARTS-SPECIALIST IN DE PEDIATRIE

Dr. Charlotte De Crem ging begin oktober 2025 van start als arts-specialist in kindergeneeskunde in het Sint-Andriesziekenhuis. Dr. De Crem behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent (2019) en voltooide haar specialisatie tot kinderarts in 2024. Tijdens haar opleiding deed ze ervaring op in het OLV Ziekenhuis Aalst, AZ Sint-Jan Brugge, UZ Gent en in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in Nederland. Met een bijzondere interesse in kinderlongziekten volgde ze een bijkomend fellowship in kinderpneumologie, allergie en basisimmunologie aan het UZ Brussel onder leiding van prof. dr. Elke De Wachter. Momenteel verdiept ze zich verder in allergie, onder supervisie van prof. dr. Bullens (UZ Leuven). Dr. De Crem heeft het team van de associatie kindergeneeskunde van het Sint-Andriesziekenhuis vervoegd, waar ze jonge patiënten met de grootste zorg begeleidt. Ze houdt consultaties in het ziekenhuis in Tielt en in de groepspraktijk Come Va in Aalter.

3 nieuwe artsen vervoegen het team



Dr. Charlotte De Crem



Dr. Charlotte Versaevel



Dr. Jan Brijs

DR. CHARLOTTE VERSAEVEL, ARTS-SPECIALIST IN DE ANESTHESIE

Dr. Charlotte Versaevel heeft op 1 november 2025 het team vervoegd als arts-specialist in anesthesie. Dr. Charlotte Versaevel behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2019 en voltooide daar in 2024 haar specialisatie als arts-specialist in de anesthesie en reanimatie. Tijdens haar opleiding liep dr. Versaevel stage in Jan Ypermanziekenhuis Ieper, AZ Groeninge Kortrijk en UZ Gent, waar zij uitgebreide ervaring opdeed in diverse facetten van de anesthesie en reanimatie. Dr. Versaevel heeft een bijzondere interesse in pijntherapie en heeft hiervoor een bijkomende opleiding tot pijnarts gevolgd in AZ Delta Roeselare. Naast haar werkzaamheden in het operatiekwartier zal zij ook het team van pijnartsen versterken.

DR. JAN BRIJS, ARTS-SPECIALIST IN DE HEMATOLOGIE

Dr. Jan Brijs ging op 1 september van start als hematoloog. Dr. Brijs behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2018. Hij behaalde zijn erkenning als algemeen internist in 2023 en als klinisch hematoloog in 2024. Tijdens zijn opleiding deed hij stages in AZ Delta Roeselare en UZ Leuven. Nadien deed hij nog een fellowship in acute leukemie en myeloïde pathologie in het universitair ziekenhuis van Rijsel (CHU Lille).

Dr. Jan Brijs werkt als hematoloog in AZ Delta en is consulent-hematologie in het Sint-Andriesziekenhuis. Hij is wekelijks op dinsdagnamiddag aanwezig en doet raadplegingen, dagzaal, consulten en beenmergpuncties. De focus van zijn activiteit in het Sint-Andriesziekenhuis is de algemene hematologie. Samen met collega hematoloog dr. Deeren wordt bijgevolg één volledige dag per week de aanwezigheid van een hematoloog voorzien in het Sint-Andriesziekenhuis. Dr. Brijs werkt samen met de collega-artsen van de dienst medische oncologie.



Dr. Linda Seynaeve

Artsen op pensioen

DR. LINDA SEYNAEVE, OFTALMOLOOG

Dr. Linda Seynaeve beëindigde op 30 september 2025, na een carrière van 34 jaar in ons ziekenhuis, haar activiteiten als arts-specialist in de oftalmologie. Het ziekenhuis bedankt dr. Seynaeve voor haar jarenlange inzet voor de patiënten van de regio en van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Danny Deros

DR. DANNY DEROUS, OFTALMOLOOG

Dr. Danny Deros heeft op 31 augustus 2025, na een carrière van 37 jaar in ons ziekenhuis, zijn activiteiten als arts-specialist in de oftalmologie beëindigd. Dr. Deros startte zijn loopbaan in augustus 1988 in ons ziekenhuis en was diensthoofd oftalmologie van 01/11/2022 tot 31/08/2024. Het ziekenhuis bedankt dr. Deros voor zijn jarenlange inzet voor de patiënten van de regio en van het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Rik Raes

DR. RIK RAES, ORTHOPEDIST

Dr. Rik Raes heeft op 30 september 2025, na een carrière van 30 jaar in ons ziekenhuis, zijn activiteiten als arts-specialist in de orthopedie beëindigd. Dr. Raes startte zijn loopbaan in mei 1995 in ons ziekenhuis. Hij was lid van de medische raad van 2000 t.e.m. 2005, adjunct-diensthoofd heilkunde van 01/05/2017 t.e.m. 31/10/2022 en diensthoofd orthopedie sedert 01/11/2022. Het ziekenhuis bedankt dr. Raes voor zijn jarenlange inzet voor zowel de patiënten van de regio als voor het Sint-Andriesziekenhuis.



Dr. Lieve Van Eeckhoutte

DR. LIEVE VAN EECKHOUTTE, OFTALMOLOOG

Dr. Lieve Van Eeckhoutte beëindigde op 30 juni 2025, na een carrière van 29 jaar in ons ziekenhuis, haar activiteiten als arts-specialist in de oftalmologie. Het ziekenhuis is dr. Van Eeckhoutte dan ook bijzonder dankbaar voor haar jarenlange inzet voor zowel de patiënten van de regio als voor het Sint-Andriesziekenhuis.

We wensen deze artsen nog vele gelukkige en gezonde jaren toe met hun familie en vrienden nu een nieuwe periode voor hen aangebroken is.

Gewrichten¹ & Pezen

98% Bewezen doeltreffendheid²



Natuurlijk

Max

Hoog gedoseerd



1 tablet per dag

NIEUW

NIEUWE TABLET
DEZELFDE DOELTREFFENDHEID



¹ Kurkuma-extract draagt bij tot het behoud van de gewrichtsflexibiliteit. ² Amalraj A. et al., 2019. Evaluatie op basis van een daling van de CRP's.

Made in
Belgium



www.mobilitylmax.com

+ In de apotheek

Passion for
family health

Trenker
laboratoires

Voedingsupplement • Mobilityl Max: NUTPL 2184 ©Trenker 2024-03

Aso's en Haio's

Aso's

(assistenten-in-opleiding)

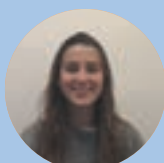
HEELKUNDE



Dr. Maxime Bossuyt



Dr. Mathias Sioen



Dr. Jacqueline Bultiau

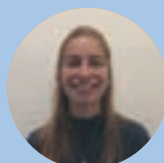
PEDIATRIE



Dr. Wout Fonck



Dr. Jules Van de Walle



Dr. Laurence Levrau

INTERNE

Haio's

(huisartsen-in-opleiding)

SPOEDGEVALLEN



Dr. Laura Van Maele



Dr. Romanie Naessens



Dr. Charlotte Roussel

INTERNE

Sint-Andriesziekenhuis ontvangt het Label Sportbedrijf 2025-2026

We zijn supertrots dat ons ziekenhuis het Label Sportbedrijf 2025-2026 van Sport Vlaanderen heeft gekregen. Deze erkenning bevestigt dat we de afgelopen periode heel wat inspanningen geleverd hebben om sport en beweging op de werkvloer te stimuleren.

Een greep uit onze acties van de voorbije maanden:

- Trappers zonder grenzen (fietsevent)
- Samen lopen op regionale loopwedstrijden
- Sportieve initiaties zoals basket, judo, voetbal, dans en badminton

Speciale dank aan Jelle Debouver van Sport Vlaanderen om het label persoonlijk te komen overhandigen! Samen zetten we verder in op een gezonde en actieve werkcultuur voor al onze medewerkers. Meer info over dit label vind je via www.sport.vlaanderen/bedrijven/word-sportbedrijf.



Veinofytol®

maagsapresistente tabletten

Een geneesmiddel net zo
effectief als steunkousen¹

na 12 weken

De voordeligste
prijs voor de patiënt
0,57 € / dag²



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 van 18 x 8 mm. • **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 kuit. • **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 Baillonville, België. • **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN :** België : BE545342 • Luxemburg : 2024030079 • 0958111 : 42 tab • 0958125 : 98 tab • **AFLEVERINGSWIJZE :** Geneesmiddel niet op medisch voorschrift. • **DATUM VAN GOEDKEURING VAN DE TEKST :** 09/2024.



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. • ²Berekend op basis van de indicatieve prijs van 27,80 € voor een doos van 98 tabletten

VEINO/25/PR/001 NL April 2025

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



WE CARE FOR EVERY HEARTBEAT.





“
**3 tot 5% van alle
pneumonieën wordt
veroorzaakt door
Legionella.**

**LEGIONELLA REAGEERT NIET OP DE
KLASSIEK GEBRUIKTE ANTIBIOTICA
VOOR EEN PNEUMONIE**

DOSSIER

pneumologie

Wat weet jij over Legionella?

Een pneumonie is een longontsteking veroorzaakt door een ziektekiem. Het is een veelvoorkomende infectie, wereldwijd geschat op 600 miljoen episodes per jaar, met geschat 2,5 miljoen overlijdens in 2019 (1). In 2014 was 80% van de overlijdens door een infectie veroorzaakt door een pneumonie (2). Een goede kennis en aanpak hiervan is dus essentieel.

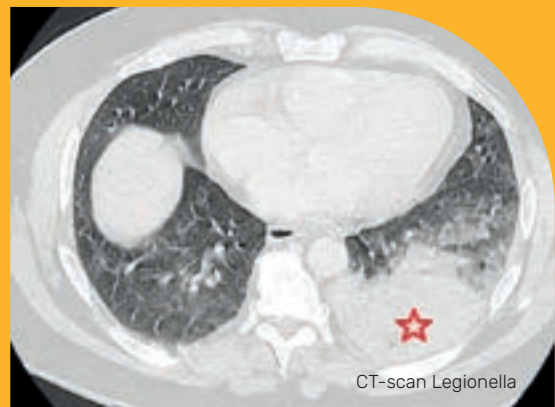
TYPISCHE EN ATYPISCHE ZIEKTEVERWEKKERS

Meestal wordt een pneumonie veroorzaakt door klassieke verwekkers zoals de pneumokok (*Streptococcus pneumoniae*). Er zijn echter ook de zogenaamde 'atypische' verwekkers van een pneumonie, die niet reageren op de klassieke bèta-lactamantibiotica (bv. amoxicilline). Deze atypische ziekteverwekkers verschillen van de klassieke omdat ze zich in de cel nestelen, waar de bèta-lactamantibiotica geen effect hebben.

Hoewel er geen eenduidige cijfers beschikbaar zijn, lijkt binnen de groep van atypische verwekkers *Mycoplasma pneumoniae* de meest frequente (5-8% van alle pneumonieën) te zijn, gevolgd door *Legionella* (3-5%). In totaal is deze groep, hoewel een minderheid, niet te verwaarlozen (4). Binnen de atypische groep veroorzaakt *Legionella* de ernstigste ziektevorm (5).

Legionella pneumophila werd voor het eerst in 1977 geïdentificeerd, naar aanleiding van een uitbraak tijdens een bijeenkomst van Amerikaanse veteranen of legionnaires, vandaar de naam 'veteranen ziekte', 'Legionnaires' disease' of legionellose. Er zijn 90 soorten, waarvan *L. pneumophila* de frequentste is, gevolgd door *L. longbeachae*. 20 soorten kunnen mensen ziek maken, voornamelijk onder de vorm van een longontsteking, de zogenaamde legionellose. *Legionella* kan ook zelfbeperkende episodes van koorts geven, zoals eerst vastgesteld in de Amerikaanse stad Pontiac in 1968, de zogenaamde 'Pontiac fever'. Deze wordt gekenmerkt door een griepaal beeld, met spontane genezing binnen een week. Zelden geeft *Legionella* infecties aan huid en wekedelen, gewricht, hartkleppen, hersenvliezen, hersenen of nog andere plaatsen.

Legionella is een gramnegatieve bacterie, levend



in parasieten en amoeben enerzijds, en in biofilms anderzijds. *L. pneumophila* kan dus aanwezig zijn in rivieren en meren, maar ook in kunstmatige waterreservoirs en -leidingen (zoals koeltorens, fontein, bubbelbaden, leidingen o.a. in ziekenhuizen). *L. pneumophila* is verantwoordelijk voor 80-90% van de infecties in Europa en Noord-Amerika (6), in 90% van de gevallen veroorzaakt door serogroep 1, gevolgd door serogroep 3. Infecties komen meestal voor in de zomer en herfst. *L. longbeachae*, vooral in Nieuw-Zeeland en Australië aanwezig, maar ook in Europa, is vooral aanwezig in potaarde en compost. Infecties met deze kiem worden dan ook in verband gebracht met tuinieren, vooral in lente en zomer. *Legionella* is niet besmettelijk van mens tot mens. Infectie van de longen gebeurt via inademing van druppeltjes besmet water. Verdedigingscellen in de longblaasjes nemen *Legionella* op. In de cel onderdrukt *Legionella* zijn eigen afbraak en vermenigvuldigt zich. Uiteindelijk sterft de cel af, met vrijstelling van opnieuw *Legionella*, en de cyclus van infectie herbegint. Risicofactoren voor legionellose zijn ouderdom, roken, chronische longziekte en verminderde afweer.



ZIEKTEBEELD LEGIONELLOSE

De ziekte presenteert zich meestal na een incubatietijd van 2 tot 10 dagen met algemeen ziek zijn en hoge koorts, vaak maagdarmklachten en neurologische klachten zoals verwardheid. Meer dan bij een klassieke longontsteking zien we een verlaagd natrium in het bloed en gestegen levertesten, eventueel ook tekenen van spieraftbraak met plotse nierfunctieachteruitgang. Legionella veroorzaakt zowel mild als ernstig verlopende pneumonieën, met vermoedelijk een gelijkaardige of iets lagere mortaliteit dan een klassieke pneumonie, met name 1-10%. Bij verminderde afweer of bij nood aan opname op intensieve zorgen stijgt de mortaliteit tot meer dan 30%. Het klinisch verloop kan gekenmerkt worden door verlengde koorts. Hoewel pleuravocht wel regelmatig voorkomt, zijn empyemen en longabscessen weinig frequent. Op basis van klachten, bloedresultaten of beeldvorming kan dikwijls niet met zekerheid een duidelijk verschil gemaakt worden tussen typische en atypische ziekteverwekkers (3).

DE DIAGNOSE

De belangrijkste tool bij de diagnose van legionellose is een urinetest die wijdverspreid beschikbaar is, gemakkelijk in gebruik en een snel resultaat geeft. In deze test wordt het Legionella antigen opgespoord. Het antigen tekent vanaf dag 1 tot 3 na start van klachten. De specificiteit van de test is goed. De gevoeligheid varieert echter van 50 tot 90%. Hoe ernstiger ziek, hoe groter de gevoeligheid. Het antigen detecteert enkel *L. pneumophila* serogroep 1, de frequentste verwekker. Het antigen kan nog enkele maanden positief blijven na de ziekte. Kweek van een fluïdum is in principe de gouden

standaard, maar duurt lang (tot een week) en vraagt een aparte bodem. Bij vermoeden van legionellose is een goede communicatie met de klinisch bioloog bijgevolg belangrijk. Kweek is van belang om de bron correct te herkennen. PCR of polymerase chain reaction kan ook gebruikt worden om Legionella op te sporen. Deze techniek kennen we van het opsporen van COVID in het labo. PCR op een luchtwegstaal heeft een goede gevoeligheid en specificiteit, een staal dat in de luchtweg genomen is met een bronchoscoop, is beter dan een fluïdum. Op neuskeelwisser is PCR ook mogelijk, echter met lagere gevoeligheid. Deze PCR zit in het uitgebreidere respiratoire panel van ons ziekenhuis. Het opsporen van antistoffen (serologie) is vooral interessant voor epidemiologische studies gezien het verschijnen van antistoffen tot 2 maanden op zich kan laten wachten, maar wel jaren positief kan blijven.

Welke patiënten met een pneumonie moeten we testen:

- **Matig tot ernstige pneumonieën (dus alle opgenomen patiënten)**
- **Potentieel of bevestigde blootstelling aan Legionella**
- **Patiënten met verminderde afweer**
- **Patiënten niet reagerend op bèta-lactamantibiotica**

DE BEHANDELING

Behandeling bestaat uit antibiotica, naast klassieke ondersteunende maatregelen. Klassieke bèta-lactamantibiotica werken niet gezien Legionella zich in de cel nestelt. Neomacroliden en quinolones bereiken wel een goede concentratie in de cel (bij voorkeur azithromycine en levofloxacin respectievelijk). In de BAPCOC-richtlijnen (update 2024) wordt ook bij gebrek aan klinische verbetering van een pneumonie onder amoxicilline-clavulaanzuur associatie van azithromycine geadviseerd. Azithromycine en levofloxacin blijken even werkzaam. Soms is combinatietherapie nodig. Optimale duur van behandeling is onduidelijk, vermoedelijk even lang als een klassieke pneumonie, mits goede evolutie. Resistentie lijkt geen groot probleem. Gezien de diagnose dikwijls

op urinair antigeen of PCR berust, is een antibiogram dikwijls niet beschikbaar. Bij contra-indicaties voor voorgaande middelen is doxycycline een optie, in Europa ten minste, waar *L. longbeachae* weinig voorkomt. Deze kiem heeft immers meer resistentie tegen doxycycline.

De meeste gevallen zijn sporadisch, soms zijn er uitbraken. Legionellose is een aangifteplichtige ziekte, om tijdig uitbraken op te sporen en te monitoren, en om broncontrole mogelijk te maken.

Dr. Evan Deschuyteneer, pneumoloog,
evan.deschuyteneer@sintandriestiebt.be

Bronnen:

(1) Kyu HH, Vongpradith A, Sirota SB, Novotney A, Troeger CE, Doxey MC, e.a. Age-sex differences in the global burden of lower respiratory infections and risk factors, 1990–2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Infect Dis.* november 2022;22(11):1626–47. (2) El Boheraoui C, Mokdad AH, Dwyer-Lindgren L, Bertozzi-Villa A, Stubbs RW, Morozoff C, e.a. Trends and Patterns of Differences in Infectious Disease Mortality Among US Counties, 1980–2014. *JAMA.* 27 maart 2018;319(12):1248. (3) Sopana N, Sabrià-Leal M, Pedro-Botet ML, Padilla E, Dominguez J, Morera J, e.a. Comparative Study of the Clinical Presentation of Legionella Pneumonia and Other Community-Acquired Pneumonias. *Chest.* mei 1998;113(5):1195–200. (4) Garin N, Marti C, Skali Lami A, Prendki V. Atypical Pathogens in Adult Community-Acquired Pneumonia and Implications for Empiric Antibiotic Treatment: A Narrative Review. *Microorganisms.* 24 november 2022;10(12):2326. (5) Fraser DW, Tsai TR, Orenstein W, Parkin WE, Beecham HJ, Sharrar RG, e.a. Legionnaires' Disease: Description of an Epidemic of Pneumonia. *N Engl J Med.* januari 1977;297(22):1189–97. (6) Cunha BA, Burillo A, Bouza E. Legionnaires' disease. *The Lancet.* januari 2016;387(10016):376–85.

De antibioticakuur

Op weg naar een doordachte behandel-duur voor pneumonie

Waarom worden veel antibiotische kuren voor 7 dagen gegeven of voor 10 dagen? Het antwoord is omdat er 7 dagen in een week zijn of omdat we 10 vingers hebben. Veel evidentie voor deze klassieke therapieduren is er niet te vinden. Steevast werd bij de start van een antibioticatherapie ook het advies gegeven om de verpakking volledig uit te nemen. Anders dreigt herhal van de infectie en/of wordt resistentie uitgelokt. Maar is dat wel zo?



Er is weinig rationale voor de klassieke 7- of 10-daagse antibioticakuur. Er zijn nu eenmaal 7 dagen in een week en we hebben nu eenmaal 10 vingers. In de laatste decennia verschenen voortdurend publicaties die deze klassieke duurtijden met succes in vraag stellen.

We zien in de medische wereld van vandaag steeds meer wetenschappelijke studies opduiken die de lange duurtijden van een antibioticatherapie

onder de loep houden en vergelijken met kortere antibiotische behandelingen. Dit gebeurde de laatste jaren ook voor de behandeling van meerdere types van longontsteking.



Het idee dat het snel stoppen van een antibioticakuur, nog voor het doosje leeg is, leidt tot meer resistentie is achterhaald en was nooit echt aangetoond. Integendeel, net het (te) lang aanhouden van een antibioticakuur veroorzaakt resistentie.

In een meta-analyse van 21 studies met in totaal meer dan 10.000 patiënten met een milde tot matige COPD-exacerbatie werd overtuigend aangetoond dat een antibioticakuur van 5 dagen even effectief is als een conventionele langere kuur, typisch 7 dagen. Dit zowel bij vroege follow-up (OR 0.99 CI 0.90-1.08) maar ook bij een late (>25 dagen) follow-up (OR 1.0 CI 0.91-1.10). Dit statement hield stand voor alle gebruikte types van antibiotica. In een ambulante setting is een perorale kuur van 5 dagen amoxicilline-clavulaanzuur dus voldoende. Bij de meer ernstige infecties, en dan vooral bij de patiënten met COPD GOLD III of IV, moeten we bedacht zijn op *Pseudomonas aeruginosa* en is een intraveneuze therapie te verkiezen.

Voor de behandeling van een niet-gecompliceerde community-acquired pneumonia (CAP) wordt tot 40% van de patiënten langer dan 10 dagen behandeld met antibiotica. Een meta-analyse van 21 gerandomiseerde studies uit 2018 toonde overtuigend aan dat een korte antibioticakuur (≤ 6 dagen) een even goede kans op genezing heeft (OR 0.99 CI 0.97-1.01). Dit was zowel geldig voor behandeling in de ambulante zorg als voor behandeling bij opgenomen patiënten en ook voor zowel milde tot matige pneumonie als voor ernstige pneumonie. Bovendien was er een duidelijk lagere kans op ongewenste effecten in de korte kuur groep (OR 0.73 CI 0.55-0.97) waardoor zelfs de mortaliteit lager was in de korte kuur groep (RR 0.52 CI 0.33-0.82). Bij de ongewenste effecten werd immers niet zozeer een verschil gezien in antibiotica-gerelateerde bijwerkingen zoals gastro-intestinale symptomen, rash, hoofdpijn en transaminase stijging, maar wel in ernstige

ongewenste effecten zoals cardiovasculaire events (aritmie, hartstilstand), acuut nierfalen en *Clostridium difficile* diarree. Deze studie toonde dus niet enkel een 'evenwaardigheid' aan maar ook duidelijk de verhoogde risico's van een onnodig lange antibioticatherapie. Bij dat laatste wordt nog steeds te weinig stilgestaan.

Een mooie multicenter studie uit Nederland integreerde in een interventiegroep het systematisch bepalen van een biomarker zoals CRP op dag 1 én op dag 4 van een antibioticakuur voor CAP mét noodzaak tot hospitalisatie. Als op dag 4 de CRP gedaald was ten opzichte van dag 1 met minstens 50% én onder de 100 mg/L was, dan werd de antibioticakuur gestopt. Als dat niet zo was, dan werd de CRP dagelijks bepaald en werd de kuur gestopt zodra aan deze criteria werd voldaan. In de controlegroep werd standard-of-care toegepast en was elke behandelende arts dus vrij om zelf de noodzaak tot CRP-dosages te bepalen en de duurtijd van de antibioticakuur te beslissen. In de CRP-groep werd 30% minder antibiotica gebruikt (mediaan 4 dagen versus 7 dagen; $p < 0.001$). Er was geen verschil in tijd tot klinische stabilisatie, opnameduur of mortaliteit. Het is dus in veel gevallen absoluut mogelijk, ook bij meer ernstige pneumonie, om hetzelfde klinische effect te bereiken met minder antibiotica.

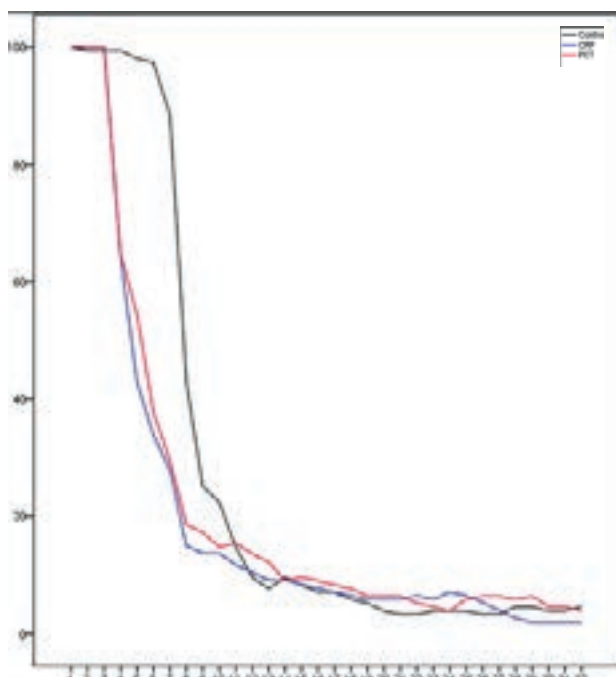


Een lange antibioticakuur verhoogt het risico op ernstige nevenwerkingen waardoor de kans op overlijden door een ernstige nevenwerking significant toeneemt. Te lang antibiotica geven (en zeker het onnodig starten) kan dus wel degelijk kwaad. Het 'better-safe-than-sorry' principe gaat niet zomaar op.

Apr. biol Frederik Van Hoecke, medische microbiologie, laboratoriumgeneeskunde
frederik.van.hoecke@sintandriestielt.be

Bronnen:
BMJ 2017;358:j3418 doi: 10.1136/bmj.j3418 (Published 2017 July 26)
El Moussaoui R et al. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax*. 2008 May;63(5):415-22. doi: 10.1136/thx.2007.090613. Tansarli GS et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Efficacy of Short-Course Antibiotic Treatments for Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Antimicrob Agents Chemother*. 2018 Aug 27;62(9):e00635-18. doi: 10.1128/AAC.00635-18. Duijkers R, Prins HJ, Kross M, Snijders D, van den Berg JWK, Werkman GM, et al. (2024) Biomarker guided antibiotic stewardship in community acquired pneumonia: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* 19(8): e0307193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307193>

Figuur: X-as: percentage van patiënten onder antibiotica. Y-as: aantal dagen na opstart antibiotica. Antibioticaduur kon duidelijk ingekort worden als systematisch gebruik werd gemaakt van een biomarker zoals CRP of PCT (procalcitonine). (uit: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307193>)"



Infecties van de neusholte en sinussen

Neus-, sinus- en oorinfecties komen vaak voor en vragen om een accurate differentiële diagnose. Hoewel het meestal om goedaardige aandoeningen gaat, kunnen ze bij uitblijvende behandeling ernstig verlopen. Dit overzicht schetst de belangrijkste vormen en hun therapeutische aanpak.



ACUTE RHINOSINUSITIS (ARS)

Acute ontsteking van de slijmvliezen van de bovenste luchtwegen gaat steeds gepaard met neusobstructie en overmatige slijmproductie. Doorgaans is deze infectie viraal van aard (bv. rhinovirussen, coronavirussen, ...). Bij aanslepende klachten en hierdoor blokkage van de afvoergangen van de sinussen, kan bacteriële surinfectie optreden met aanhoudende lokale symptomen en ontstaan van systemische klachten.

Bij initiële klachten is voornamelijk lokale behandeling aangewezen met nasale spoelingen, intranasaal corticoïd en kortdurende symptoomverlichting met alfa-adrenerge neusspray, eventueel aan te vullen met systemische decongestieve therapie type vasoconstrictoren.

Bij onvoldoende effect van lokale therapie, kan systemische therapie middels antibioticatherapie in combinatie met orale corticoïden dan genoodzaakt zijn, steeds in combinatie met doorgedreven lokale therapie.

Opgepast! Gecompliceerde acute rhinosinusitis

(voornamelijk bij kinderen) met ontstaan van doorbraak intra-orbitaal. Urgente drainage kan noodzakelijk zijn om het zicht te vrijwaren!

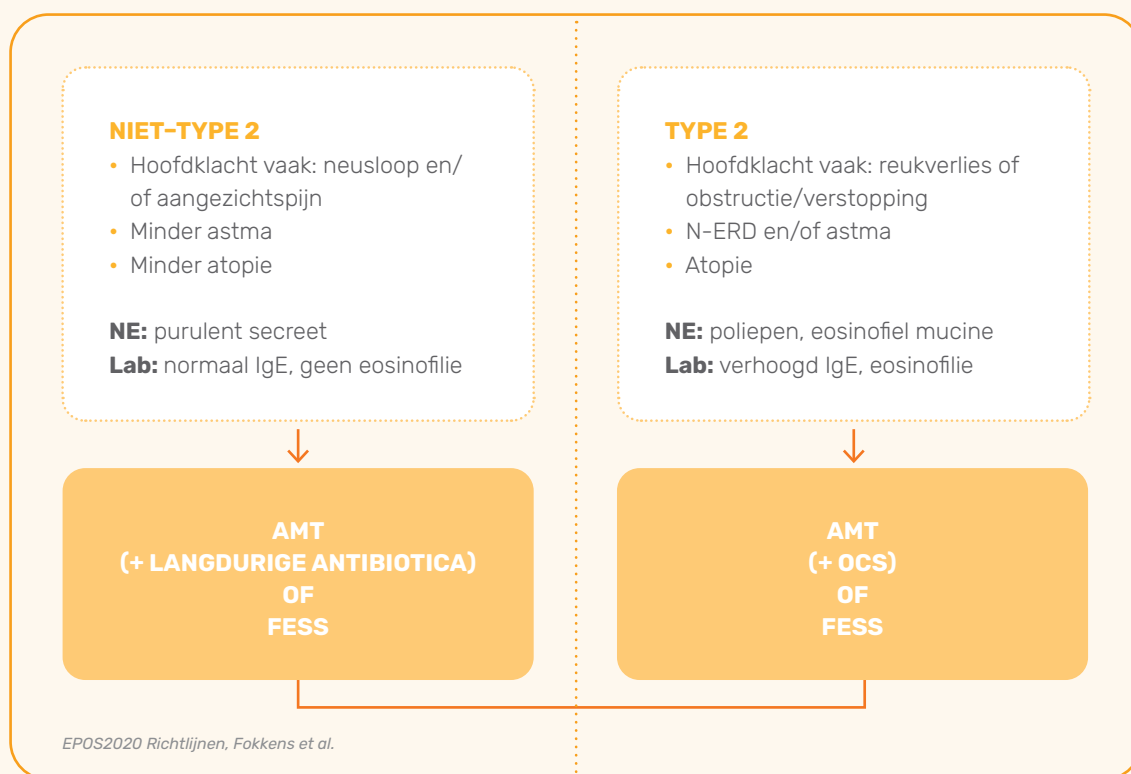
CHRONISCHE RHINOSINUSITIS (CRS)

Chronische rhinosinusitis (CRS) met aanhoudende symptomen (>12 weken) van neusobstructie en/of rhinorhea met faciale drukklachten en/of hyposmie, kan opgedeeld worden in 2 grote groepen: met nasale polyposis (wNP) en zonder nasale polyposis (sNP). CRSsNP wordt veroorzaakt door chronisch geïnfiammeerde slijmvliezen met nasale congestie en rhinorhea tot gevolg. Bij neusendoscopisch nazicht zijn geen nasale poliepen te weerhouden, enkel zwelling en secreten. Onderhoudsbehandeling met intranasale steroïden en nasale spoelingen is eerstelijnsbehandeling. Bij aanhoudende klachten of recidiverende acute opstoten, kan chirurgie middels functionele endonasale sinuschirurgie (FESS) aangewezen zijn zodanig dat lokale therapie meer werkzaam is.

CRSwNP (typisch type 2 inflammatie) wordt ook veroorzaakt door chronisch geïnfiammeerde slijmvliezen, vaak geassocieerd met onderliggende allergische constitutie en astma. Bij neusendoscopisch onderzoek worden nasale poliepen vastgesteld. Lokale onderhoudstherapie met intranasale steroïden en nasale spoelingen is ook hier eerstelijnsbehandeling doch vaker is chirurgie nodig om symptoomcontrole te bekomen. Bij recidiverende klachten en recidief polyposis nasi na chirurgie kan mogelijks ook bijkomende systeemtherapie middels biologicals aangewezen zijn.

OTITIS EXTERNA OF BUITENoorinfectie

Een buitenoorontsteking is een ontsteking van de gehoorgang, meestal als gevolg van een



bacteriële infectie (*Pseudomonas aeruginosa* en *Staphylococcus aureus* zijn hierbij de meest voorkomende). Soms spelen schimmels (*Aspergillus* spp. en *Candida albicans*) of eczeem hier ook een rol. Typische klachten zijn jeuk, pijn (vooral bij aanraking van de oorschelp), een vol gevoel, gehoorvermindering, al dan niet gepaard met oorloop.

De behandeling bestaat uit het reinigen van de gehoorgang en in eerste instantie het gebruik van lokale druppeltherapie. Bij ernstige zwelling van de gehoorgang waarbij het trommelmvies niet meer zichtbaar is, kan het nodig zijn om een wiek of oortampon te plaatsen.

Mogelijke complicaties van otitis externa zijn verspreiding van de infectie naar omliggende structuren, zoals het kraakbeen (perichondritis), of bij risicogroepen (zoals diabetespatiënten) het ontstaan van een maligne otitis externa.

OTITIS MEDIA OF MIDDENOORINFECTIE

Een middenoorinfectie omvat een ontsteking van het cavum tympani, de ruimte achter het trommelmvies die bekleed is met mucosa. Dergelijke infectie kan acuut of chronisch zijn. Een acute

otitis media wordt meestal veroorzaakt door een virale infectie die gevolgd kan worden door een bacteriële surinfectie. Veelvoorkomende bacteriën zijn *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* en *Moraxella catarrhalis*. Symptomen van dergelijke acute episode zijn oorpijn, koorts, een drukkend gevoel in het oor, en bij kinderen vaak prikkelbaarheid of slecht slapen. Soms treedt een loopoor op na spontane trommelmviesperforatie, wat vervolgens verlichting van de pijnklachten geeft.

De behandeling van een acute otitis media is meestal conservatief met pijnstilling. Antibiotica per os wordt in eerste instantie enkel overwogen bij jonge kinderen (<6 maanden), kind (6 maand - 2 jaar met bilaterale otitis media), ernstige klachten (hoge koorts, suf, braken) of verhoogd risico op complicaties (verminderde immuniteit, syndroom van Down, schisis, anatomische afwijkingen van gehoorgang of het oor). Wanneer men na drie dagen geen verbetering van de acute oorontsteking kan vaststellen, wordt ook geadviseerd systemische behandeling (Amoxicilline als eerste keus) op te starten. Complicaties van een acute otitis media zijn gelukkig zeldzaam, maar kunnen wel een ernstig verloop hebben. Voorbeelden zijn een acute mastoïditis, alsook meningitis. Frequent recidiverende acute



Bron: MayoClinic

middenoorontstekingen kunnen ook leiden tot chronische middenoorontsteking.

Een chronische otitis media is een langdurige ontsteking van het middenoor, vaak gepaard met een aanhoudend of recidiverend loopoor. Dit kan gepaard gaan met gehoorverlies en komt meestal voort uit herhaalde acute otitiden, mogelijk in combinatie met een trommelvliesperforatie, alsook een slecht werkende buis van Eustachius. Dit kan gecompliceerd zijn met gehoorsdaling, cholesteatoomvorming en in zeldzame gevallen meningitis en hersenabcedatie.

Bij frequent recidiverende otitiden, wordt geadviseerd om trommelvliesbuisjes of diabolos te plaatsen. Deze zorgen ervoor dat het middenoor beter verlucht wordt, waardoor de frequentie van otitiden doorgaans daalt. Diabolo's zijn verder ook geïndiceerd bij aanhoudende glue ears met gehoorsdaling of bij een atelectase van het trommelvlies.



Bron: Prof. Dr. P. Delaere

Dr. Laure Van Breda, neus-, keel- en oorarts
laure.van.breda@sintandriestielt.be

Dr. Belphe De Wilde, neus-, keel- en oorarts
belphe.de.wilde@sintandriestielt.be

Updates

in het vaccinatielandschap

Het voorbije jaar vonden er twee belangrijke wijzigingen plaats in het vaccinatielandschap. Er wordt een vervroegde vaccinatie tegen mazelen geadviseerd op 24 maanden leeftijd in plaats van op 9-jarige leeftijd en de hoge gezondheidsraad adviseert om Prevenar13 in het basisvaccinatieschema te vervangen door Prevenar20. De dienst kindergeneeskunde van het Sint-Andriesziekenhuis Tielt volgt deze adviezen van nabij op en informeert zo de patiënt en zijn ouders steeds volgens de meest recente richtlijnen. Bij uitbreiding informeren we ook graag de lezers van Infosat.

VERVROEGDE MAZELENVACCINATIE

Mazelen is een ernstige en zeer besmettelijke infectieziekte die zich presenteert met hoge koorts, coryza (neusloop, niezen, rode ogen), koplik spots en hoesten met na 3 tot 7 dagen een morbilliforme huiduitslag die start ter hoogte van de oren en zich nadien over het hele lichaam verspreidt. Patiënten zijn besmettelijk van 4 dagen voor tot 4 dagen na het begin van het exantheem. Complicaties zijn frequent en variëren van dehydratie, valse kroep, gastro-enteritis en otitis media acuta tot pneumonie en meningitis en/of encefalitis. Naar aanleiding van een toename van het aantal mazelengevallen sinds 2024 bij een onvoldoende vaccinatiegraad voor de twee dosissen, wordt een vervroegde vaccinatie geadviseerd op de leeftijd van 24 maanden met het doel om zo snel mogelijk zo veel mogelijk kinderen te beschermen tegen mazelen.

Doorgaans ligt het laatste decennium het aantal jaarlijkse gevallen onder of net boven de 100, met uitzondering van 2017 (n=367) en 2019 (n=481) (gebaseerd op cijfers van het WHO Regional Office for Europe) waarna op advies van de Hoge Gezondheidsraad het tijdstip van het tweede vaccin van 10-12 jaar naar 7-9 jaar werd gebracht. Hoewel de incidentie alsnog ver boven het vooropgestelde aantal ligt (i.e. <1 geval per miljoen inwoners), werd de keten van besmettingen op Belgisch grondgebied steeds spoedig en succesvol verbroken (<12 maanden) en was er een laag aantal niet-geïmporteerde gevallen. België heeft zo van het European Regional Verification Committee (ERVC) van de WHO de status 'mazelen geëlimineerd' gekregen

van 2020-2023. Het ERVC valideert op heden nog de data van 2024.

De vaccinatiegraad is echter een van de belangrijkste voorwaarden voor het verkrijgen van de status 'mazelen geëlimineerd', meer bepaald moet deze minstens 95% zijn voor de twee (schriftelijk gedocumenteerde) dosissen. Volgens de laatste data is er een voldoende vaccinatiegraad in België voor de eerste dosis, maar niet voor de twee dosissen (75% in Wallonië en Brussel en 89% in Vlaanderen). Daarnaast werden er in 2024 527 gevallen gemeld en in 2025 reeds 377 gevallen, met name in Antwerpen en in Brussel. Zo wijzigde de Vlaamse overheid het tijdstip van de tweede vaccinatie in het basisvaccinatieschema naar 24 maanden. Dit ligt in lijn met de meest recente richtlijn van de WHO in 2017, dewelke adviseert het tweede vaccin voor mazelen in het tweede levensjaar of bij start van school te geven (minimum 4 weken interval).

Praktisch

Kind en Gezin integreert deze wijziging in het basisvaccinatieschema vanaf 13/10/2025. De Franse Gemeenschap volgt deze wijziging niet. Kinderen geboren vanaf 2023 worden gevaccineerd op 24 maanden of 30 maanden bij Kind en Gezin of, indien deze consulten reeds hebben plaatsgevonden, worden zij doorverwezen naar de huisarts of kinderarts voor de tweede vaccinatie. Een kind geboren in 2018 tot en met 2022 wordt gevaccineerd via het CLB in het tweede leerjaar of via de huisarts of kinderarts.

UITGEBREIDERE BESCHERMING MET PREVENAR20

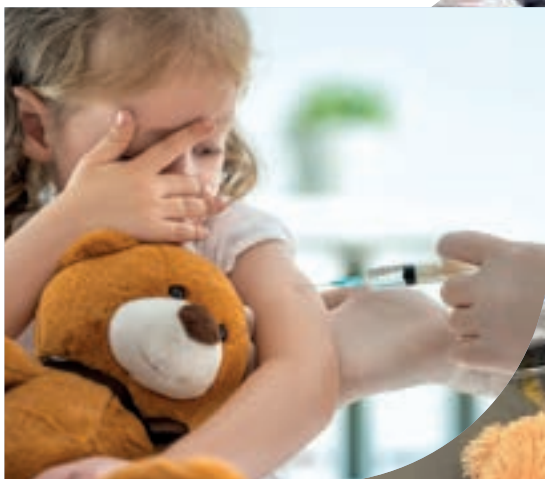
Streptococcus pneumoniae is verantwoordelijk voor een groot aantal ziektebeelden variërend van otitis media acuta, sinusitis tot pneumonie, meningitis, encefalitis en sepsis. Er bestaan meer dan 100 verschillende serotypes, echter geeft maar een deel aanleiding tot invasieve pneumococcal infectieziekten (IPI).

Na jaren van daling van het aantal IPI door de introductie van het geconjugerd pneumococcal vaccin tegen 13 serotypes (PCV13, Prevenar13), ziet men nu een plateau van aantal IPI in de landen met een hoge PCV-vaccinatiegraad. Dit valt deels te verklaren door het uitsélectioneren van serotypes die niet in het vaccin zitten, alsook door persisterende vaccinsertotypes. Het laatste jaar wordt er zelfs een toename in IPI gezien in België in alle leeftijdscategorieën met uitzondering van kinderen onder één jaar. De Hoge Gezondheidsraad adviseert daarom

sinds april 2025 om Prevenar13 te vervangen in het basisvaccinatieschema door het uitgebreidere geconjugeerde pneumococcal vaccin tegen 20 serotypes (PCV20, Prevenar20) met als doel een bredere bescherming tegen de IPI te bekomen. Prevenar13 dekt 14% van alle invasieve serotypes die in België circuleren bij kinderen jonger dan 2 jaar en 19% van alle invasieve serotypes bij kinderen jonger dan 16 jaar. Daarentegen dekt PCV20 59% van deze invasieve serotypes in beide voorge-noemde leeftijdsgroepen. Aangezien PCV ook een effect heeft op het pneumococcal dragerschap in de nasofarynx en dus de transmissie, kan men over 2 à 4 jaar een reductie van circulatie van vaccin serotypes verwachten in de hele populatie. Zo omvat PCV20 meer dan 70% van de serotypes die IPI veroorzaken bij volwassenen en kan er door vaccinatie ook een indirect effect op de volwassen populatie worden gezien.

Praktisch

Er wordt een 3+1 schema (op 8, 16 en 24 weken met booster op 12 maanden) geadviseerd bij Prevenar20 in plaats van het 2+1 schema (op 8 en 16 weken met booster op 12 maanden) bij Prevenar13. Een studie weerhield namelijk een afname in immunogeniciteit voor enkele serotypes in PCV20 bij een 2+1 schema ten opzichte van Prevenar13. Zo hoeft er uiteindelijk geen onderscheid meer gemaakt te worden met prematuren en patiënten at risk waarbij er op heden een extra PCV13-vaccin werd geplaatst op 12 weken. Voor incompleet



gevaccineerde gezonde kinderen onder 5 jaar (fig. 1) en kinderen at risk (fig. 2) wordt er door de Hoge Gezondheidsraad een catch-up schema voorgesteld. Voor gezonde kinderen die reeds volledig gevaccineerd werden met PCV13 of onvolledig of niet gevaccineerd werden maar reeds ouder zijn dan 5 jaar, wordt er geen systematische catch-up voorzien met PCV20. Een eenmalige dosis van 0,5 ml kan wel overwogen worden op individuele basis vanaf 15 maanden oud om het kind ook te beschermen tegen de additionele serotypes. Aangezien Prevenar20 nog niet in het basisvaccinatieschema zit, betekent dit echter dat er nog geen terugbetaling werd voorzien en de patiënt de volledige kost van 67,51 euro moet dragen.

Dr. Charlotte De Crem, kinderarts
charlotte.de.crem@sintandries.be

Kinderen at risk voor IPI zijn kinderen met anatomische of functionele asplenie (homozygote sikkelcelziekte, status na miltinfarct, miltbestraling of bij ernstige coeliakie), immuungecompromitteerde kinderen (elke primaire immuunaandoening, verworven immuniteitsprobleem t.g.v. immunosuppressieve therapie behalve niet-immunosuppressieve dosis van orale corticoïden, lage dosis azathioprine ($\leq 0,3 \text{ mg/kg/d}$, of lage dosis methotrexaat ($\leq 0,4 \text{ mg/kg/week}$) ...) of andere verworven immunosuppressieve condities zoals leukemie, neoplasie, lymfoom, solideorgaantransplantatie, stamceltransplantatie), HIV-infecties met immunosuppressieve status (aids), dragers van een cochleair implantaat, lek van cerebrospinaal vocht (na trauma of majeure schedelchirurgie), chronische hartziekte (voornamelijk congenitale cyanogene hartaandoeningen, hartfalen, hypertensie met cardiale complicaties), chronische longziekten (bronchiëctasieën, mucoviscidose, bronchopulmonaire dysplasie, interstiële pulmonale fibrose, neuromusculaire ziekte met risico op aspiratie, ernstig astma dat systemische steroïden in immunosuppressieve dosis vergt), ernstige nierziekten (nefrotisch syndroom, chronisch nierfalen, dialyse patiënten), chronische leverziekten (cirrose, galatresie, chronische hepatitis).

CATCH-UP SCHEMA:

Gezonde kinderen (<5 jaar) met onvolledige vaccinatie met PCV13/PCV10

LEEFTIJD	AANTAL GEGEVEN PCV13 DOSISSEN (leeftijd)	AANTAL BENODIGDE PCV20 DOSISSEN (8 weken interval tussen 2 zuigelingen dosissen)
2-6 maanden	0	4 dosissen
	1	3 dosissen: laatste tussen 12-15 maanden
	2	2 dosissen: laatste tussen 12-15 maanden
7-11 maanden	0	3 dosissen: twee initiële dosissen, derde dosis niet voor 12 maanden
	1 (eender welke leeftijd) of 2 (<7 m)	2 dosissen: tweede dosis niet voor 12 maanden
	2 ($\geq 7 \text{ m}$)	1 extra dosis op 12-15 maanden , minstens 8 weken tussen meest recente dosis
12-23 maanden	0	2 dosissen: minstens 8 weken tussen deze dosissen en de meest recente dosis
	1 (<12 m)	
	2 (<12 m)	
	1 ($\geq 12 \text{ m}$)	1 extra dosis met minstens 8 weken interval
24-59 maanden	0	
	1 of 2 (<12 m)	1 extra dosis met minstens 8 weken interval
	1 (12-24 m)	
	1 (>24 m)	Geen extra dosissen

Minimaal tijdsinterval tussen vaccinatie dosissen: tot 12 maanden leeftijd – 8 weken tussen zuigelingen dosissen en 8 weken tussen laatste zuigelingen dosis en de booster dosis (gegeven vanaf 12 maanden; vanaf 12 maanden is het minimum interval tussen 2 dosissen 8 weken).



Fig. 1. Catch-up schema voor gezonde kinderen met een onvolledige vaccinatie voor PCV13/PCV10, aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad. Fig. 2. Catch-up schema voor kinderen at risk onder de 5 jaar met reeds een volledige of onvolledige vaccinatie status voor PCV13/PCV10, aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad.

Bronnen

1. Cornelissen L., Roukaerts I. Epidemiologische surveillance van mazelen Morbillivirus 2024. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/mazelen-epidemiologie-rapport_2024_nl.pdf. 2. Grammens T., Cornelissen L. Vaccinatiegraad 2020-2021. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_nl_final.pdf. 3. Cornelissen L., Dambre C., Hansford K., Jacquinet S., Peeters I. Epidemiology of vaccine-preventable infectious diseases, Annual summary report 2023. Brussels, Belgium: Sciensano ; 2024. Report number: D/2024.14.440/83 Available online : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladies-a-prevention-vaccinale>. 4. Vlaamse overheid – Departement Zorg. <https://www.laatjevaccineren.be/vervroeging-van-de-tweede-dosis-van-het-mazelen-bof-rubellavaccin#:~:text=Waarom%20is%20deze%20verandering%20nodig,vroeger%20te%20vaccineren%20tegen%20mazelen>. 5. Twelfth meeting of the European

Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination: 8–11 September 2023 Copenhagen, Denmark: meeting report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 6. Cornelissen L, Grammens T, Leenen S, Schirvel C, Hutse V, Demeester R, Swennen B, Asikainen T, Wyndham-Thomas C (2020). High number of hospitalisations and non-classical presentations: lessons learned from a measles outbreak in 2017, Belgium. *Epidemiology and Infection* 148, e35, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0950268820000278> 7. S Gerkens, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performance of the Belgian health system: Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators – domains. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2024. KCE Reports 376S. D/2024/10.273/47. 8. KCE Report 376 Performance of the Belgian health system – report 2024. 9. Superior Health Council (of Belgium). Pneumococcal vaccination for children. Brussels: SHC; 2025. Report No. 9836. 10. WHO. Vaccine preventable diseases immunization. Monthly surveillance data from 2015 for Measles and Rubella. <https://www.who.int/europe/teams/vaccine-preventable-diseases-immunization/vaccine-preventable-disease-surveillance-data>

CATCH-UP SCHEMA:

At risk kinderen (<5 jaar) met volledige of onvolledige vaccinatie met PCV13

LEEFTIJD	AANTAL GEGEVEN PCV13 DOSISSEN (leeftijd)	AANTAL BENODIGDE PCV20 DOSISSEN (8 weken interval tussen 2 zuigelingen dosissen en minstens 8 weken voor booster)
2-6 maanden	0	4 dosissen (3 + 1)
	1	3 dosissen: laatste na 12 maanden
	2	2 dosissen: tweede dosis tussen 12-15 maanden
	3	1 extra dosis: tussen 12-15 maanden*
7-11 maanden	0	3 dosissen: twee initiële dosissen, derde dosis niet voor 12 maanden
	1 of 2 (<7 m)	2 dosissen: tweede dosis niet voor 12 maanden
	1 (>7 m)	
	2 (>7 m)	1 extra dosis op 12-15 maanden
12-23 maanden	3 (<7 m)	
	0	2 dosissen: minstens 8 weken tussen deze dosissen en de meest recente dosis
	1 (<12 m)	
	2 of 3 (<12 m)	1 extra dosis met minstens 8 weken interval
24-71 maanden	1 of 2 (≥12 m)	
	Onvolledig primair vaccinatieschema op 24 maanden	2 dosissen: minstens 8 weken tussen deze dosissen en de meest recente dosis
	Primovaccinatie voor de leeftijd van 12 maanden zonder booster	1 extra dosis met minstens 8 weken interval
	Volledig PCV13 vaccinatieschema	
6-18 jaar	Elk onvolledig of volledig schema met andere PCV	1 extra dosis met minstens 8 weken interval (of 2 jaar na PPV23)

Figuur 2 *enkel voor prematuren

De kracht van het Geriatrisch Support Team: tijdige zorg op maat voor elke oudere patiënt

Hoe het interne liaisonteam waakt over kwetsbare 65-plussers op alle hospitalisatiediensten

Oudere patiënten hebben vaak specifieke noden die niet altijd zichtbaar zijn bij opname. Het Geriatrisch Support Team (GST) – ook wel de interne liaison genoemd – vormt daarom een essentiële schakel binnen het zorgprogramma geriatrie. Het team ondersteunt oudere patiënten die op niet-geriatrische diensten verblijven en zorgt ervoor dat geriatrische problemen tijdig herkend en aangepakt worden. Dankzij nauwe samenwerking met geriatrische artsen en verpleegkundigen worden diagnoses verfijnd en behandelingen op maat uitgewerkt.

Een complementaire geriatrische blik in het hele ziekenhuis

Het GST biedt een bijkomende, gespecialiseerde beoordeling voor elke gehospitaliseerde geriatrische patiënt buiten de geriatrische afdeling. Zo worden problemen vroeg opgespoord en kan de geriater sneller en gericht bijsturen. Het doel: kwetsbare ouderen zo goed mogelijk laten herstellen en complicaties vermijden.

Eerste screening via het Geriatrisch Risicoprofiel

Elke 65-plusser die wordt opgenomen, doorloopt een eerste screening door de verpleegafdeling via het Geriatrisch Risicoprofiel (GRP). Hierbij worden vijf criteria beoordeeld:

- Cognitie
- Alleen wonen
- Mobiliteitsproblemen of recente val
- Recente hospitalisatie (binnen 3 maanden)
- Polyfarmacie (vijf of meer soorten medicatie)

Scoort een patiënt twee of meer risicofactoren? Dan wordt deze automatisch gemeld aan het GST.

Diepgaande geriatrische beoordeling aan het bed

Na een positieve screening bezoekt een verpleegkundige of ergotherapeut van het GST de patiënt voor een uitgebreid geriatrisch assessment. Hierbij wordt onder meer gekeken naar:

- Thuissituatie en bestaande hulp
- Mobiliteit en valrisico
- Cognitieve functies
- Voeding en slikproblemen
- Medicatietrouw
- Emotioneel en sociaal functioneren

Alle bevindingen worden nauwkeurig geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier.

Multidisciplinair overleg voor optimale zorg

Patiënten die wél beantwoorden aan het geriatrisch profiel worden wekelijks besproken met de geriater in een multidisciplinair overleg. Elk teamlid brengt daarbij zijn specifieke expertise in. Op die manier krijgt elke oudere patiënt een doordacht zorgplan en gerichte begeleiding vanaf het begin van de opname.

Extra aandacht voor valpreventie, cognitie en welzijn

Het GST houdt een bijzonder oog op veelvoorkomende geriatrische problemen zoals:

- Cognitieve achteruitgang
- Mobiliteits- en evenwichtsstoornissen
- Voedings- en slikproblemen
- Emotionele moeilijkheden
- Sociale kwetsbaarheid

Vooral valrisico krijgt veel aandacht. Patiënten ontvangen adviezen en praktische tips om valincidenten te vermijden.

Van advies tot doorverwijzing

Het GST heeft vooral een adviesfunctie. Mogelijke aanbevelingen zijn:

- Opstart van kinesitherapie
- Psychologische ondersteuning
- Aanpassen van medicatie
- Preventie van osteoporose
- Bespreken van DNR-code
- Doorverwijzing naar het geriatriesch dagziekenhuis (valkliniek of uitgebreide cognitieve screening)

Alle adviezen worden zorgvuldig toegevoegd aan het elektronisch dossier.

Continuïteit van zorg – ook bij ontslag

Bij ontslag ontvangt de huisarts een duidelijke ontslagbrief, zodat alle adviezen van het GST en de geriater verder opgevolgd kunnen worden. Wanneer een patiënt wordt overgenomen naar geriatrie, zorgt het vooraf afgenomen geriatriesch assessment voor een vlotte overgang en een meer volledige kennis van de patiënt. Ook als er een vraag komt voor overname naar geriatrie of SPG bij een niet-geregistreerde patiënt, gaat het GST langs om de noden en haalbaarheid mee in te schatten. Dit gebeurt steeds in samenspraak met de geriater.



Oncogeriatrisch bilan en interne vorming

Soms voert het team ook een onco-geriatriesch bilan uit, zodat oncologen hun behandeling kunnen afstemmen op de functionele toestand van de patiënt. Hoe beter iemand functioneert bij diagnose, hoe groter de kans op slagen van de oncologische behandeling. Daarnaast helpt het GST om het geriatriesch gedachtegoed te verspreiden binnen het ziekenhuis. Via referentieverpleegkundigen geriatrie worden opleidingen en bijscholingen georganiseerd, zodat geriatrische expertise breed gedeeld wordt.

*Trui Lambrecht, Geriatriesch Support Team
trui.lambrecht@sintandriestielt.be*

HERLAADBARE HOORTOESTELLEN Een simpele manier om beter te horen.

Boek nu een gratis hoortest



- Gebruiksvriendelijk
- Licht en compact
- Opgeladen in 30 min.
- 24u energie
- Ecologisch

  Meer informatie op **0476/89.89.92** of amplifon.be

AMPLIFON HOORCENTRUM VEERLE SPRUYTTE

Kortrijkstraat 112 • 8700 Tielt
0476/89.89.92
veerle.spruytte@telenet.be



amplifon
Hoorcentra

DB705285C1

Ventilatie-geassocieerde pneumonie

op intensieve zorgen

Ventilatie-geassocieerde pneumonie (VAP of ventilator-associated pneumonia) is een van de meest voorkomende nosocomiale infecties op Intensieve Zorgen (IZ). Het is een infectie die na enkele dagen kunstmatige ventilatie ontstaat, en dus specifiek verbonden is aan de kritiek zieke patiënten. Dit zorgt voor een verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij kunstmatig geventileerde patiënten op IZ en leidt rechtstreeks tot een stijging van het aantal ligdagen, wat resulteert in een aanzienlijke meerkost.



**HALFZITTENDE
HOUDING**



**DAGELIJKS
SEDATIEDOEL**



**MOND-
HYGIËNE**



**CUFFDRUK-
METING**



**SUBGLOTTIS-
ASPIRATIE**

DALING VAP-INCIDENTIE

Uit studies en richtlijnen blijkt dat het uitvoeren van eenvoudige acties, in combinatie met een correcte handhygiëne, zorgt voor een daling van de VAP-incidentie. De diagnose is gebaseerd op de verandering van het radiologisch longbeeld (nieuw infiltraat), de aanwezigheid van inflammatoire parameters (koorts, leukocyten en verhoogd CRP), de verandering van expectoratie (overvloediger en purulent) en de verandering van oxygenatie (gedaalde zuurstofsaturatie). De resultaten van de endotracheale kweken, afgenomen voor de start of verandering van de therapie, kunnen zorgen voor bacteriologische bevestiging. VAP wordt gereduceerd door het correct toepassen van de elementen van de zorgbundel. Hierbij wordt gewerkt volgens het alles-of-nietsprincipe. Als één van de interventies niet wordt uitgevoerd, wordt de bundel in zijn geheel als niet uitgevoerd beschouwd. De checklist 'VAP-bundel' wordt geregistreerd in het verpleegkundig dossier.

ELEMENTEN VAN VAP-BUNDEL

De VAP-bundel bevat 5 verplichte elementen: halfzittende houding, dagelijks herzien van het sedatiedoel, mondhygiëne, cuffdrukmeting en subglottisaspiratie.

1. Halfzittende houding

De patiënt moet minstens 30° rechtop zitten (anti-Trendelenburg). Platte ruglig moet vermeden worden omwille van risico op reflux (door enterale voeding) en tracheale aspiratie. Uitzondering hierop is hemodynamische instabiliteit van de patiënt of bij een instabiel bekken- of wervelzuiltrauma.

2. Dagelijks sedatiedoel herzien

Het sedatiedoel moet dagelijks bepaald worden door de anesthesist (dagelijkse evaluatie van extubatiemogelijkheid). Om de diepte van sedatie te weten, wordt er gebruik gemaakt van de sedatie-agitatie-score (SAS). (zie bijlage 1)

3. Mondhygiëne

Er wordt gebruikgemaakt van chloorhexidinevrije mondzorg en de frequentie wordt opgedreven van 3x/dag naar 6x/dag. Micro-organismen koloniseren het mondslijmvlies en het tandplaque van kunstmatig geventileerde patiënten. Goede mondhygiëne helpt hier om het aantal koloniserende bacteriën in de mond te verminderen. Ook voorkomt het de verspreiding van infecties van de mond naar de onderste adembalingswegen. Een goede mondhygiëne bestaat uit het zorgvuldig poetsen van de tanden, het aspireren van secreties in de mond en het schoonvegen van de wangzakken.

4. Cuffdruk tussen 20-30cm H2O

Controleer de cuffdruk 1x/shift. Deze moet tussen 20-30 cm H₂O zijn.

5. Subglottis aspiratie

Subglottis aspiratie zorgt voor het verminderen van de opgestapelde secreties boven de cuff. Dit kan door het aspireren van secreties die zich boven de cuff opstapelen, via een opening die zich net boven de cuff op de achterzijde van de endotracheale tube bevindt. Om dit te kunnen toepassen, moet er gebruikgemaakt worden van intermitterende aspiratiepompen.

RESULTATEN SINT-ANDRIES 2025, 2DE KWARTAAL

De compliantie op de zorgbundel is 100% zoals in de voorgaande kwartalen van 2023 en 2024. Er waren tot nu toe in het tweede kwartaal van dit jaar 4 episodes bij patiënten die meer dan 3 dagen beademd werden, met een totaal van 44 ventilatiedagen. Er waren geen gevallen van VAE (ventilator-geassocieerde events) en dus ook niet van mogelijke VAP.

Besluit

In 2025 toont de VAP-surveillance aan dat de VAP-incidentie perfect onder controle is.

Score	Beschrijving	Klinische kenmerken
7	Gevaarlijk geagiteerd	Trekt katheters of tube uit, probeert personeel te slaan of te bijten, niet te kalmeren.
6	Ernstig geagiteerd	Vecht tegen beademing, vereist fysieke fixatie, angstig, probeert te ontsnappen.
5	Geagiteerd	Onrustig, kalmeert bij geruststelling, beweegt veel, niet gevaarlijk.
4	Rustig en coöperatief	Rustig, volgt bevelen, kalm gedrag, goed wakker.
3	Gesedeerd	Slaapt maar reageert op aanspreken (met of zonder lichte aanraking).
2	Sterk gesedeerd	Reageert alleen op fysieke stimulatie (schudden, pijn prikkel).
1	Niet wekbaar	Geen reactie op pijn of verbale prikkel, volledig bewusteloos.

Bijlage 1: sedatie-agitatie score (SAS)





Perioperatieve hypothermie, klein temperatuurverlies met groot effect

Perioperatieve hypothermie, gedefinieerd als een kerntemperatuur $<36^{\circ}\text{C}$ tijdens of kort na anesthesie, is een veelvoorkomende maar grotendeels voorkombare complicatie. Ze treedt op bij tot 70% van de chirurgische patiënten en kan leiden tot infecties, bloedverlies, vertraagd herstel en hogere zorgkosten.

FYSIOLOGIE

De normale lichaamstemperatuur wordt gereguleerd door de hypothalamus via autonome en gedragsmatige responsen. Anesthetica (zoals propofol en sevofluraan) verlagen de drempel voor vasoconstrictie en rillen, waardoor het lichaam minder goed reageert op temperaturodaling. Tijdens anesthesie zakt de kerntemperatuur typisch in drie fasen (fig. 1):

1. **Snelle daling** door warmteverschuiving van de kern naar de perifere weefsels;
2. **Langzame daling** door warmteverlies aan de omgeving;
3. **Plateaufase** waarin warmteproductie en -verlies in evenwicht komen.

Bij regionale anesthesie (zoals epidurale verdoving) speelt een vergelijkbaar mechanisme door blokkade van autonome zenuwen. Patiënten voelen zich vaak subjectief 'warm', ondanks daadwerkelijke hypothermie.

RISICOFACTOREN

- Leeftijd >60 jaar
- Lage BMI of slechte perifere circulatie
- Lage omgevingstemperatuur
- Combinatie van algemene en regionale anesthesie
- Onverwarmede infusen of irrigatievloeistoffen (>500 ml/u)
- Lange operatieduur

Kinderen zijn extra kwetsbaar vanwege hun groter lichaamsoppervlak per gewichtseenheid en beperkte isolatie door vetweefsel.

COMPLICATIES

- **Postoperatieve infecties:** verhoogde kans bij $T <35,5^{\circ}\text{C}$.
- **Coagulopathie:** hypothermie remt stollingsfactoren en trombocytenfunctie, met meer bloedverlies tot gevolg.
- **Hartcomplicaties:** ernstige ($<35^{\circ}\text{C}$) hypothermie verhoogt het risico op myocardiale schade.
- **Rillen en ongemak bij ontwaken:** verhoogd zuurstofverbruik, vooral belastend voor cardiale patiënten.
- **Langere hospitalisatie en hogere kosten.**

MONITORING

Kern- in plaats van perifere temperatuurmeting is essentieel. Betrouwbare methoden zijn:

- **Nasofaryngeaal of oesofageaal** (bij algemene anesthesie);
- **Tympan- of blaas thermometer** (bij wakkere patiënten).

Nieuwe technieken zoals SpotOn™ (zero-heat-flux) bieden een niet-invasief, accuraat alternatief.

PREVENTIE EN BEHANDELING (fig. 2)

- **Actieve verwarming:**
geforceerde-luchtdekens (zoals Mistral-Air) zijn de gouden standaard.
- **Prewarming:**
15–30 minuten opwarming vóór inductie verlaagt de kans op hypothermie aanzienlijk.
- **Opwarming van infusie- en irrigatievloeistoffen.**
- **Omgevingstemperatuur**
>21°C bij risicopatiënten.

CONCLUSIE

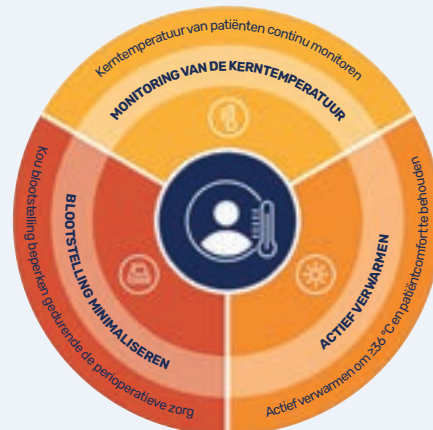
Perioperatieve hypothermie is frequent, maar eenvoudig te voorkomen door **systematische temperatuurmonitoring en actieve verwarming**.

Het toepassen van gestandaardiseerde opwarmprotocollen verbetert niet alleen de patiëntveiligheid, maar reduceert ook infecties, bloedverlies en zorgkosten.

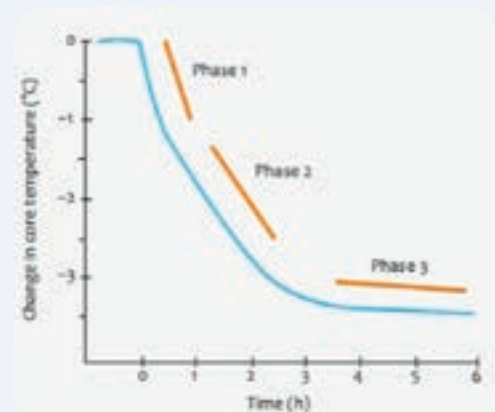
In het Sint-Andriesziekenhuis hebben we onlangs een aankoop gedaan van verschillende Mistral-verwarmingssystemen, zodat we in elke operatiezaal onze patiënten actief kunnen opwarmen. Deze verwarmdekens bestaan in verschillende maten en vormen zodat we bij zowel kindjes als bij volwassen patiënten het niet geopereerde deel van het lichaam kunnen afdekken en opwarmen.

Bronnen:

D. Tijssens, E. van Gerven; Review on hypothermia during anesthesia; Acta Anaesthesiologica Belgica; 2025 March ; 76(1): 65 Simon Rauch 1,2,* , Clemens Miller 3 , Anselm Bräuer, Bernd Wallner, Matthias Bock and Peter Paal, Review: Perioperative Hypothermia- a narrative review; International Journal of Environmental Research and Public Health; 2021 Aug 19; 18(16): 8749. Judy Munday1,2, Jed Duff1,3, Fiona M Wood4,5, Nicholas Ralph8, Mary-Anne Ramis1,9, Perioperative hypothermia prevention: development of simple principles and practice recommendations using a multidisciplinary consensus-based approach; BMJ; 2023;vol 13



Figuur 2: preventie en behandeling



Figuur 1: verandering van de kerntemperatuur

Sint-Andriesziekenhuis versterkt zijn palliatieve werking

In het Sint-Andriesziekenhuis kijken we verder dan medische zorg alleen. We willen er zijn voor onze patiënten in álle facetten van hun zorg, ook in de laatste, meest kwetsbare momenten van het leven. Daarom zetten we sterk in op een warme, mensgerichte benadering van palliatieve zorg.

Onlangs werd een nieuwe palliatieve kamer in gebruik genomen. Deze bestaat uit een slaapkamer uitgerust met twee bedden, met aansluitend een living met een grote tafel en voldoende zitgelegenheid en een extra slaapbank. Zo creëren we een huiselijke omgeving waar patiënten en hun naasten in alle rust en samenzijn afscheid kunnen nemen.

Daarnaast hebben we sinds kort een huisdierenlokaal waar terminale patiënten hun trouwe viervoeter nog één keer kunnen zien. Dit gebeurt onder strikte voorwaarden, in een aparte ruimte vlak bij een personeelsingang, zodat de dieren niet door het ziekenhuis hoeven te gaan. Voor veel patiënten en hun familie betekent dit laatste afscheid met hun huisdier ontzettend veel.

Het idee voor de huisdierenkamer kwam van het Oncologisch Support Team (OST), dat ook instaat voor de reservatie ervan.



Van satelliet naar geaffilieerde borstkliniek in 2026

Naar aanleiding van het koninklijk besluit van 28 maart 2024 zijn er enkele belangrijke wijzigingen in het zorgprogramma borstkanker van kracht vanaf 1 januari 2026. Deze hervorming betekent dat onze huidige satellietborstkliniek in het Sint-Andriesziekenhuis van Tielt voortaan een geaffilieerde borstkliniek zal worden. Hierbij behouden we ons huidig sterk samenwerkingsverband met de coördinerende borstkliniek van AZ Delta.

De chirurgische ingrepen bij borstkanker zullen op termijn door dr. Hoste en dr. Strypstein, beiden stafartsen in het Sint-Andriesziekenhuis, in AZ Delta uitgevoerd worden. De diagnostiek, pre- en postoperatieve zorgen, chemotherapie en opvolging kunnen ongewijzigd verder blijven uitgevoerd worden in het Sint-Andriesziekenhuis van Tielt.

CONTACTGEGEVENS BORSTKLINIEK:

- **Borstverpleegkundige:**
Mevr. Corinna Ooghe:
051 42 57 43
- **Secretariaat Radiologie:**
051 42 50 30
- **Secretariaat Oncologie:**
051 42 51 60
- **Secretariaat Gynaecologie (dr. Hoste):**
051 42 52 58
- **Secretariaat Heelkunde (dr. Strypstein):**
051 42 50 60



Samen vlammen voor mensen die onzichtbaar ziek zijn

BENEFIETEVEN TEN VOORDELE VAN DE WARMSTE WEEK 2025 TIELT

Op zondag 28 september 2025 organiseerde IBD-verpleegkundige Ann Bommerez, met de steun van de IBD-kliniek Tiel, een benefietavond in de Europahal Tiel. De volledige opbrengst gaat integraal naar De Warmste Week 2025, waarvan het thema dit jaar luidt: 'Samen vlammen voor mensen die onzichtbaar ziek zijn.'

"Bij de consultaties merk ik telkens weer hoe weinig begrip er vaak is in de sociale of professionele omgeving van mijn patiënten. Ze lijken gezond, maar kampen toch met pijn, vermoeidheid en andere ongemakken. Omdat dit niet zichtbaar is, botsen ze op ongeloof of onbegrip. Met dit event wou ik meer bekendheid creëren rond IBD en andere onzichtbare ziektes en tegelijk een steentje bijdragen aan De Warmste Week", zegt Ann Bommerez.

Stand-up comedian 'de Mugge van Brugge' verzorgde het voorprogramma en Coco Junior & TAS sloot de avond af. De opkomst was een succes en een grote groep enthousiaste vrijwilligers maakte dat alles van een leien dakje liep.

Bijzondere dank aan alle sponsors, artsen, familie, vrienden en alle collega's die er zelfs voor kozen er hun teambuilding van te maken. Een zeer warme en geslaagde dag op alle vlakken dus.



Bijscholing huisartsenkring 2026

13/01/2026	Anale pijn, Dr. Peter Lissens
07/02/2026	Nieuwjaarsfeest
24/02/2026	De perverse geest: forensische psychiatrie, Dr. Nils Verbeeck
13/03/2026	Quiz
24/03/2026	Wondzorg en brandwonden, Dr. Daphné Van den Bussche
21/04/2026	Spirometrie: theorie en praktijk, Dr. Valerie Vandamme, Dr. Gerlinde Serry, Dr. Evan Deschuyteneer
01/05/2026	Gezinsuitstap

Sportsymposium Move to Improve

Zaterdag 27 september verzamelden artsen, sportprofessionals en -liefhebbers in het Sint-Andriesziekenhuis voor het eerste sportsymposium van het Sportmedisch Centrum Tielt: Move to Improve.

Dankzij het enthousiasme van de gastsprekers en deelnemers werd het een inspirerende voormiddag, boordevol inzichten over revalidatie na kniechirurgie, chronische peesproblemen, voeding voor topprestaties, een live inspanningstest door atleet Wies Vanden Berghe én het persoonlijke verhaal van voormalig profwielrenner Nathan Van Hooydonck.

Move to Improve sloeg zo de brug tussen wetenschap en praktijk voor een gezonde, duurzame sportbeleving. Op naar een volgende editie!



Succesvolle 4de editie Symposium Eerste Lijn

Donderdagavond 9 oktober verwelkomden we meer dan 120 zorgprofessionals uit Tielt en omgeving in het Sint-Andriesziekenhuis voor een nieuwe editie van ons Symposium voor de Eerste Lijn. Het programma bood een inspirerende mix van actuele medische onderwerpen:

- **Prof. dr. Danny De Looze**
UZ Gent:
Darmkankerscreening – Doe ik mee?
- **Prof. dr. Marc Vuylsteke**
Sint-Andriesziekenhuis:
Nieuwe evoluties in de vaatheelkunde
- **Dr. Steven De Coninck**
Sint-Andriesziekenhuis:
MAFLD–MASLD–MASH–cirrose: praktische update voor de huisarts
- **Apr. Biol. An-Sofie Decavele**
Sint-Andriesziekenhuis:
High of hype? Trends in drugsgebruik

We sloten de avond af met een dessertbuffet en een waardevol uitwisselingsmoment tussen collega's uit de eerste lijn. Dank aan alle sprekers en deelnemers voor hun enthousiasme en betrokkenheid! Samen versterken we de band tussen ziekenhuis en eerstelijnszorg.

**Save
the date!**
**Volgende editie:
2 april 2026**



Symposia

SYMPOSIA

Dr. Jan Bresseleers

'Cardiologie speeddate: 5 cardiologen – 5 procedures': lezing voor AKOWVL met uitleg VKF-ablatie; 09/09/2025
'Update hartfalen': Lezing voor huisartsen (online); 02/10/2025

Dr. Steven De Coninck

MAFLD-MASLD-MASH-cirrose: praktische update voor de huisarts, Symposium Eerste Lijn, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 09/10/2025

Dr. Margot De Coster

Hartstilstand en reanimatie, infomoment voor de bevolking, Ruiselede, 25/06/2025

Dr. Belphe De Wilde

'Tinnitus: stop de piep, het begint met begrijpen', infoavond voor de bevolking, Tielt, 4/11/2025

Dr. An-Sofie Decavele

High of hype? Trends in drugsgebruik, Symposium Eerste Lijn, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 09/10/2025

Dr. Julien Dekoninck

Dementiebeurs, OC Vondel, Tielt, 15/09/2025

Dr. Gretel Descheemaeker

Aanpak van chronische peesproblemen, Sportsymposium Move to Improve, Sint-Andriesziekenhuis, Tielt, 27/09/2025

Dr. Delphine Dinneweth

Workshops 'NLS', Spoedsymposium, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 21/10/2025

Dr. Eline Gabriëls

Workshops 'Bevalling pre-hospitaal', Spoedsymposium, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 21/10/2025

Dr. Antonio Gazziano

'Burn-out en depressie', infomoment voor de bevolking, Den Tap Ruiselede, 07/10/2025

Dr. Cara Ghysbrecht

Workshops 'Bevalling pre-hospitaal', Spoedsymposium, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 21/10/2025

Dr. Peter Lissens

Posterpresentatie ESCP, Tripartite, september 2025, Parijs
Perioperative risk factors for disease recurrence after ileocecal resection in Crohn's disease: implications for early immunosuppressive therapy; Martijn DEPUYDT, Filip BAERT, Esther BOSSUYT, Anna GHESKIERE, Peter LISSENS, Hans DE LOOF, Paul PATTYN General, abdominal and thoracic Surgery/Gastroenterology; AZ Delta/SAT, Belgium, Side-to-Side Versus End-to-End Anastomosis in Ileocecal Resection for Crohn's Disease: A Retrospective Study; Martijn DEPUYDT, Filip BAERT, Esther BOSSUYT, Anna GHESKIERE, Peter LISSENS, Hans DE LOOF, Paul PATTYN General, abdominal and thoracic Surgery/Gastroenterology; AZ Delta/SAT, Belgium, 'Anale pijn'; infomoment voor de huisartsen; Miloma, Nieuwpoortlaan 105, 8434 Middelkerke; 13/03/2025, 'Anale pijn'; infomoment voor de huisartsen; Le Bridon, Westerlaan 56, 8790 Waregem; 22/10/2025

Dr. Rajkumar Lucas

An Introduction and Overview of Non-Monofocal IOLs; 5th Annual Knokke Rebel Meeting; Knokke, 27/09/2025

Dr. Stefaan Marcelis

Musculoskeletal ultrasound course, Marcelis S; Jager T; Salapura V; Ljubljana; 12-13/09/2025

Dr. Chris Martens

Return to sport na kniechirurgie, Sportsymposium Move to Improve, Sint-Andriesziekenhuis, Tielt, 27/09/2025

Dr. Heleen Parmentier

'Bijscholing hoofdpijn binnen de eerste lijn', lezing huisartsen LOK, 26/02/2025, 'Herken een beroerte, red een leven.', Infomoment voor de bevolking, lokaal dienstencentrum Den Tap Ruiselede, 12/03/2025

Dr. Louise Schotte

Eten om te presteren: de rol van voeding en supplementen, Sportsymposium Move to Improve, Sint-Andriesziekenhuis, Tielt, 27/09/2025

Dr. Sébastien Strypstein

'Ventral hernia repair with Hugo RAS' op de National meeting for robot-assisted GI surgery; Tromsø, Noorwegen; 22/05/2025
'Ventral hernia repair: clinical approaches and evolution of surgical experience with Medtronic's RAS platform'; 3CVD congres; Parijs; 17/09/2025

Dr. Fien Trenson

Aanpak van chronische peesproblemen, Sportsymposium Move to Improve, Sint-Andriesziekenhuis, Tielt, 27/09/2025

Dr. Philippe Vanderheeren

Onzichtbare risico's van prestatie: nut van screening, Sportsymposium Move to Improve, Sint-Andriesziekenhuis, Tielt, 27/09/2025

Dr. Sophie Vandeplassche

Workshop BLS en AED voor (hulp)trainers en bestuur van en in Judoclub Tielt; 06/05/2025, Workshop BLS en AED op avond van Oikonomos in Sint-Andriesziekenhuis Tielt; 20/05/2025

Dr. Frederik Van Hoecke

'Aanvragen en interpreteren van microbiologische analyses. BVVS navormingstraject', online, 12/06/2025
'Update antibioticaprofylaxe' voor Krans chirurgen Sint-Andriesziekenhuis; Tielt, 17/10/2025

Dr. Soetkin Vantuyghem

Dementiebeurs, OC Vondel, Tielt, 15/09/2025

Dr. Celine Vertriest

Workshops 'Trauma kind', Spoedsymposium, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 21/10/2025

Prof. dr. Marc Vuylsteke

Gezwellen been, infoavond voor de bevolking, Lotenhulle, 24/06/2025, Nieuwe evoluties in de vaatheelkunde, Symposium Eerste Lijn, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 09/10/2025

Dr. Simon Walgrave

'Does LET in ACLR affect lateral compartment cartilage thickness? A machine learning approach'; ISAKOS congress; 11/05/2025, Return to sport na kniechirurgie, Sportsymposium Move to Improve, Sint-Andriesziekenhuis, Tielt, 27/09/2025

Dr. Nelleke Walgers

Workshops 'Trauma kind', Spoedsymposium, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 21/10/2025

Publicaties

PUBLICATIES

Dr. An-Sofie Decavele

Synthetic cathinones in Belgium: a cluster of poly-drug intoxications involving α -pyrrolidinoisohexiophenone (α -PIHP)
Margot Balcaen, Nik De Brabanter, Nick Verougstraete, An-Sofie Decavele, Olivier Heylen, Cathelijne Lyphout, Kathleen Croes & Maarten Degreef.

Clinical Toxicology 2025, VOL. 63, NO. 9, 626–632

Dr. Bresseleers Jan

Publicatie "How hyperventilation might kill you – A case report
Denys Marie-Astrid, Vertriest Céline, Lamont Bart, Bresseleers Jan, Vandeplassche Sophie", ISBN 9782832551288, DOI 10.3389/978-2-8325-5128-8, Citation Belgian Society of Emergency & Disaster Medicine BESEDIM. (2025)

Dr. Denys Marie-Astrid

Publicatie "How hyperventilation might kill you – A case report
Denys Marie-Astrid, Vertriest Céline, Lamont Bart, Bresseleers Jan, Vandeplassche Sophie", ISBN 9782832551288, DOI 10.3389/978-2-8325-5128-8, Citation Belgian Society of Emergency & Disaster Medicine BESEDIM. (2025)

Dr. Francesca Dedeurwaerdere

Development of circulating cell-free DNA reduced representation bisulfite sequencing for clinical methylomics diagnostics
Andries De Koker, Lennart Raman, Ruben Van Paemel, Malaika Van der Linden, Sofie Van de Velde, Paul Van der Leest, Bram Van Gaever, Anxhela Zaka, Karim Vermaelen, Ingel Demedts, Veerle Surmont, Ulrike Himpe, Francesca Dedeurwaerdere, Liesbeth Ferdinande, Kathleen Claes, Jilke De Wilde, Wim Timens, Vincent D. de Jager, T. Jeroen N. Hiltermann, Bram De Wilde, Björn Menten, Kathleen De Preter, Ed Schuurin, Jo Van Dorpe, Nico Callewaert.

bioRxiv 663195; <https://doi.org/10.1101/663195>

Sinonasal glomangiopericytoma, a diagnostic challenge for the clinician: case report and review of the literature
Oscé Hanne, Dedeurwaerdere Francesca, Serry Paul, Van Robaey Fr  d  rique, De Medts Joris
DOI: 10.5152/B-ENT.2023.

Dr. Frederik Van Hoecke

Preventie, diagnostiek en behandeling van urineweginfecties bij bewoners in woonzorgcentra: een interdisciplinaire consensus vanuit de Vlaamse Hospital Outbreak Support Teams
Langbeen Jodie, Saegeman Veroniek, Heireman Laura, Magerman Koen, Jansens Hilde, Van Kerkhoven Dana, Dhaeze Wouter, De Lepeleire Jan, Latour Katrien, Coenen Indira, Ho Erwin, Vereecke Dieter, Jouck Door, Van Hoecke Frederik, Vogelaers Dirk
DOI: 10.47671/TVG.81.25.015; Tvvg 2025;9

Tracking down the origin and subsequent spread of SARS-CoV-2 lineage B.1.619

Nena Bollen, Samuel L Hong, Barney I Potter, Reto Lienhard, Marie-Lise Tritten, Nicolas Sierro, Emmanuel Guedj, R  mi Dulize, David Bornand, Mehdi Auberson, Maxime Berthouzoz, Pauline Duvoisin, Nikolai V Ivanov, Manuel C Peitsch, Verity Hill, Belgium Consortium COVID-19 Genomics (Frederik Van Hoecke), ... Guy Baele

Virus Evolution, Volume 11, Issue 1, 2025, veaf017
<https://doi.org/10.1093/ve/veaf017>

Dr. Griet Hoste

A Retrospective Observational Study of Extended Adjuvant Neratinib for HER2-Positive Early-Stage Breast Cancer in a European Early Access Program
Marija Kri  i  , Tajana Silovski, Griet Hoste, Natalija Dedi   Plaveti  , Olivier Romano, Xavier Gonz  lez Farre, Alicia Cano Jimenez, Angel Guerrero Zotano, Jeanne Suissa, Farida Beghdad, Olivia Dialla, Marta Zivanov, Michelino De Laurentiis
Oncol Ther. 2025 Oct 29
doi: 10.1007/s40487-025-00392-w

Dr. Lamont Bart

Publicatie "How hyperventilation might kill you – A case report
Denys Marie-Astrid, Vertriest Céline, Lamont Bart, Bresseleers Jan, Vandeplassche Sophie", ISBN 9782832551288, DOI 10.3389/978-2-8325-5128-8, Citation Belgian Society of Emergency & Disaster Medicine BESEDIM. (2025)

Dr. Sophie Servaes

5 feiten en labels over het humaan papilloma virus
Elle Magazine Belgium, pag. 144-145, juli/augustus 2025

Dr. Vandeplassche Sophie

Publicatie "How hyperventilation might kill you – A case report
Denys Marie-Astrid, Vertriest Céline, Lamont Bart, Bresseleers Jan, Vandeplassche Sophie", ISBN 9782832551288, DOI 10.3389/978-2-8325-5128-8, Citation Belgian Society of Emergency & Disaster Medicine BESEDIM. (2025)

Dr. Vertriest Céline

Publicatie "How hyperventilation might kill you – A case report
Denys Marie-Astrid, Vertriest Céline, Lamont Bart, Bresseleers Jan, Vandeplassche Sophie", ISBN 9782832551288, DOI 10.3389/978-2-8325-5128-8, Citation Belgian Society of Emergency & Disaster Medicine BESEDIM. (2025)

Colofon

HOOFDREDACTEUR

Dr. Sandra Huysentruyt
sandra.huysentruyt@sintandriestielt.be

REDACTIERAAD

Dr. Valérie Van Damme
valerie.van.damme@sintandriestielt.be
Dr. Sophie Vandeplasseche
sophie.vandeplasseche@sintandriestielt.be
Dr. Gretel Descheemaeker
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be
Dr. Delphine Lambrecht
delphine.lambrecht@sintandriestielt.be
Dr. Laure Van Breda
laure.van.breda@sintandriestielt.be
Dr. Astrid De Zutter
astrid.de.zutter@sintandriestielt.be
David De Cleer
david.de.cleer@sintandriestielt.be
Gerdy Dezutter
gerdy.dezutter@sintandriestielt.be

COÖRDINATIE

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

WERKTEN VERDER MEE

AAN DIT NUMMER

Dr. Charlotte De Crem
Dr. Belphe De Wilde
Dr. Evan Deschuyteneer
Dr. Griet Hoste
Dr. Frederik Vanhoecke
Ann Bommerez
Trui Lambrecht

ONTWERP

D'M&S

DRUKWERK

Kopie Service Tielt

Sponsors



Mijn geheugen.* Mijn concentratie.*



90 capsules

cogniton®
focus LA

LONG ACTING

Ginkgo biloba¹ + phosphatidylserine/lecithine

contient aussi zinc² et vit B12³
bevat ook zink² en vit B12³

Soutient la mémoire et la concentration / Ondersteunt het geheugen en de concentratie

1
caps/dag

COGNITON®... NU WEET IK HET WEER!

Cogniton® focus LA is een voedingssupplement. *Ginkgo biloba ondersteunt het geheugen en de concentratie.

DEPHARM