

# actagroeninge

juni 2010 nummer 12



cognitieve **gedragstherapie**  
**to snore or not to snore?**  
**pijntherapie**



In de loop van de maand april namen we het eerste deel van de nieuwbouw aan de Kennedylaan in gebruik. Momenteel is ongeveer één derde van het uiteindelijk te realiseren gebouw klaar. Met 380 bedden is dit alvast het grootste ziekenhuisgebouw dat de stad Kortrijk ooit gekend heeft. Campus houtmarkt is ondertussen gesloten en diverse activiteiten van de drie andere campussen verhuisden naar de nieuwbouw.

De fusie van de Kortrijkse ziekenhuizen was een complexe aangelegenheid, waarbij heel veel mensen gaandeweg moesten wennen aan een nieuwe situatie. De herschikking van de diensten over de verschillende campussen in 2003 stimuleerde een mentaliteitsverandering in de medische diensten. Ze werkten versneld samen en ontwikkelden een gemeenschappelijke toekomstvisie. Er kwam subspecialisatie en voordien door kleinschaligheid niet te verantwoorden investeringen werden waargemaakt. De mooie vooruitzichten en het aantrekkelijke feit in een team opgenomen te worden, liet toe nieuwe artsen van hoog niveau aan te trekken voor stafuitbreiding en verjonging. De periode tussen de administratieve voltooiing van de fusie en de realisatie van één gebouw waarin de hele ziekenhuisactiviteit zou worden ondergebracht, kreeg intern de naam 'intermediaire fase'.

Deze eerste verhuisoperatie luidt het nakende einde in van deze fase. Een aantal diensten die tot nu toe nog verspreid waren over verschillende campussen, zijn eindelijk op één plaats samengebracht. Denken we maar aan de kindergeneeskunde, de gynaecologie, de oogziekten en de neus-, keel- en oorziekten. Het enthousiasme dat bij veel mensen in het ziekenhuis voelbaar is, biedt een unieke opportuniteit om met nog meer energie te werken aan de permanente verbetering van de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid in ons ziekenhuis.

dr. Serge Vanderschueren  
medisch directeur

## colofon

### Redactiecomité

Ludwig Cornil, dr. Kathleen Croes  
dr. Marc Decupere, Guido Demaiter  
Veerle De Wispelaere, dr. Vincent Herpels  
dr. Dirk Peeters, dr. Guy Putzeys

Dit tijdschrift is ook te raadplegen via

[www.azgroeninge.be](http://www.azgroeninge.be)

### Redactieadres

dr. Dirk Peeters  
Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Kortrijk  
t. 056 63 34 20 - f 056 63 34 29  
[dirk.peeters@azgroeninge.be](mailto:dirk.peeters@azgroeninge.be)

Uitgegeven in opdracht van het wetenschappelijk comité az groeninge door uitgeverij Groeninghe Kortrijk, isbn 978-90-77723-84-5

Dit tijdschrift verschijnt tweemaal per jaar en wil een overzicht geven van de medische, zorgverstrekende en organisatorische activiteiten binnen az groeninge.

cover: Depla Alfons door Gustave Van de Woestyne

vu: Jan Deleu, Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Kortrijk

# inhoud



**7** To snore or not to snore?



**13** Van hospitaal tot az groeninge

Voorwoord	<b>2</b>
Cognitieve gedragstherapie bij insomnie	<b>4</b>
Afdeling pijntherapie	<b>6</b>
To snore or not to snore: Is that the question?	<b>7</b>
az groeninge overschrijdt de Franse grens en kan grensoverschrijdende zorg verstrekken	<b>11</b>
Van hospitaal tot az groeninge	<b>13</b>
Nieuwe artsen	<b>14</b>
Wetenschappelijke publicaties	<b>16</b>
Aankondigingen	<b>16</b>
Wetenschappelijk kalender voor de regio Kortrijk	<b>16</b>

*Un résumé des articles en français est disponible sur simple demande.*



**dr. Koen Titeca**, psychiater, cognitief gedragstherapeut  
dienst psychiatrie, psychosomatiek en psychotherapie az groeninge

## Cognitieve gedragstherapie bij insomnie

Onder insomnie verstaat men het herhaaldelijk optreden van moeilijkheden met het initiëren van de slaap, de duur van de slaap, het volhouden van de slaap en de slaapkwaliteit. Dit gaat gepaard met gevolgen de volgende dag zoals vermoeidheid, verlies aan energie, concentratieproblemen en irritatie. Bij de behandeling van insomnie richt men zich op het wegnemen van de oorzaken. Insomnia kan veroorzaakt worden door somatische aandoeningen, psychiatrische ziektebeelden, het gebruik van geneesmiddelen, slaapproblemen of het kan worden geclassificeerd als primair. Cognitief gedragstherapeutische programma's zijn het effectiefst bij primaire insomnie.

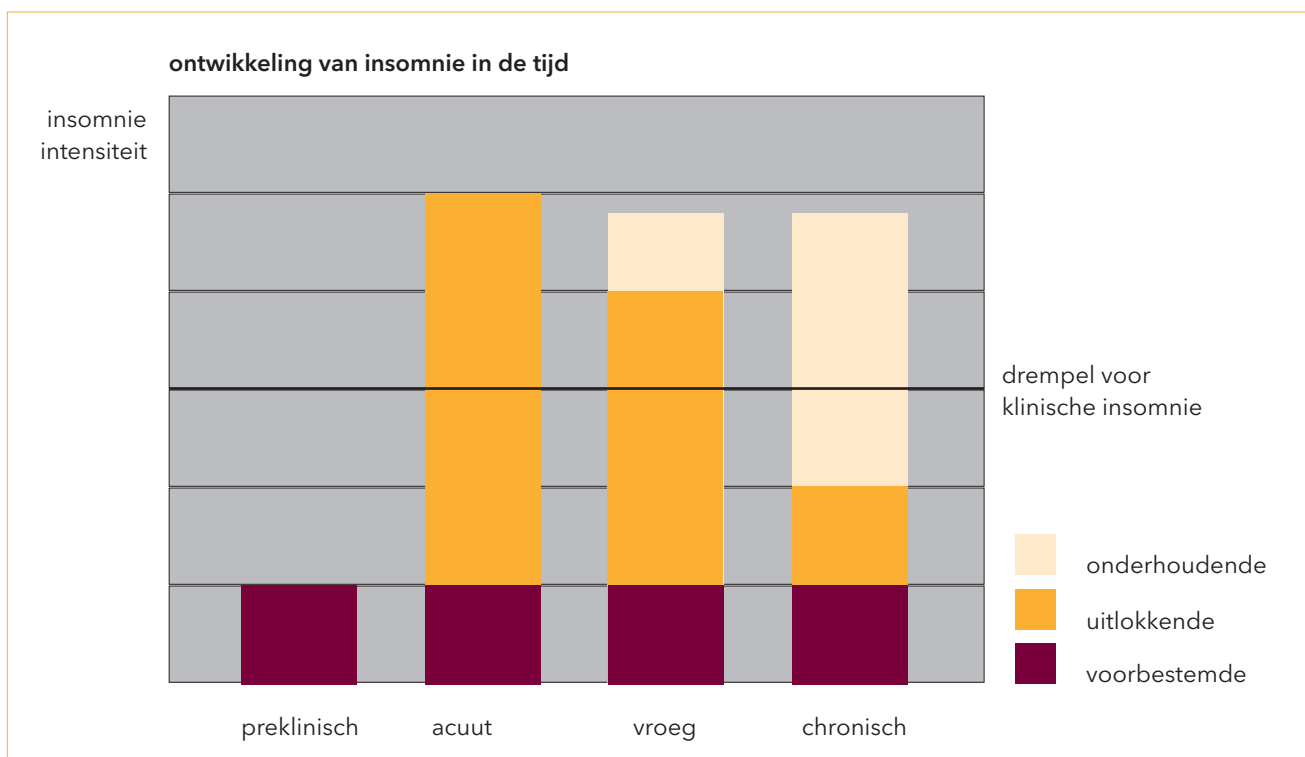
### Primaire insomnie

In de internationale classificatie van slaapproblemen onderscheidt men bij de primaire insomnie vier categorieën: de psychofysiologische insomnie, de inadequate slaaphygiëne, de idiopatische insomnie en de paradoxaal insomnie.

Bij deze slaapproblemen stelt men de psychologische en gedragsmatige factoren op de eerste plaats. Bij deze patiënten staan onder andere een geconditioneerde arousal ten aanzien van de slaapomgeving, een anticipatoire angst, een bezorgdheid en frustratie op de voorgrond. Bij de psychofysiologische insomnie is er initieel een stressor waardoor er slapeloosheid optreedt.

Na het verdwijnen van de stressor blijft de angst om niet meer te kunnen slapen bestaan. De slapeloosheid is dan de enige stressor geworden. Het resultaat is een toegenomen aandacht van de patiënt voor de slaap en het slaapgebeuren. Stimuli rondom de slaapsituatie zijn uitlokkende factoren om niet te slapen.

Bij de inadequate slaaphygiëne kan de patiënt een verkeerde slaap/waaktiming hebben, middelen gebruiken die de slaap verstoren zoals cafeïne, te veel of te weinig fysieke activiteiten uitoefenen of het bed en slaapkamer gebruiken voor andere activiteiten dan slapen (lezen, televisie kijken enzovoort).



**figuur 1** Driefactorenmodel van insomnie (gebaseerd op Spielman en Glovinsky, 1991)

Idiopatische insomnie ontstaat in de kinderjaren en wordt gekenmerkt door zowel inslaapmoeilijkheden als problemen met het doorslapen. Deze patiënten hebben vaak moeilijk aan te tonen minimale neurologische klachten en symptomen zoals aandacht- en concentratieproblemen. Deze insomnie blijft het gehele leven bestaan en verergert onder stress of spanning.

Bij de paradoxale insomnie rapporteert de patiënt een chronisch patroon van weinig of geen slaap. Het slaapdagboek toont dit ook aan. Bij het uitvoeren van een polysomnografisch onderzoek is er een mismatch met de zelfrapportage. Dit betekent dat de patiënt zijn slaap subjectief slechter inschat.

### Driefactorenmodel van insomnie

Het model waarmee wordt gewerkt bij de behandeling van insomnie is het driefactorenmodel van Spielman en Glovinsky (figuur 1). Dit model gaat er vanuit dat er bij het ontwikkelen van slapeloosheid sprake is van voorbestemde, uitlokkende en onderhoudende factoren. De voorbestemde factoren zijn de voorbeschikte kenmerken om een slaapprobleem te ontwikkelen. Dit kan biologisch (genetische aanleg) zijn, samenhangen met de persoonlijkheid (b.v. scrupuleus) of verbonden zijn met sociale factoren (b.v. wonen in een luidruchtige wijk).

De uitlokkende factoren kunnen een medische ziekte zijn, een psychiatrische aandoening of een stressvolle gebeurtenis. Onderhoudende factoren die het slaapprobleem in stand houden zijn onder andere het te lang in bed liggen, overdag dutten, negatieve conditionering ten opzichte van bed en slaapkamer en piekeren. Door deze onderhoudende factoren raakt men verstrikt in de vicieuze cirkel van slapeloosheid (figuur 2).

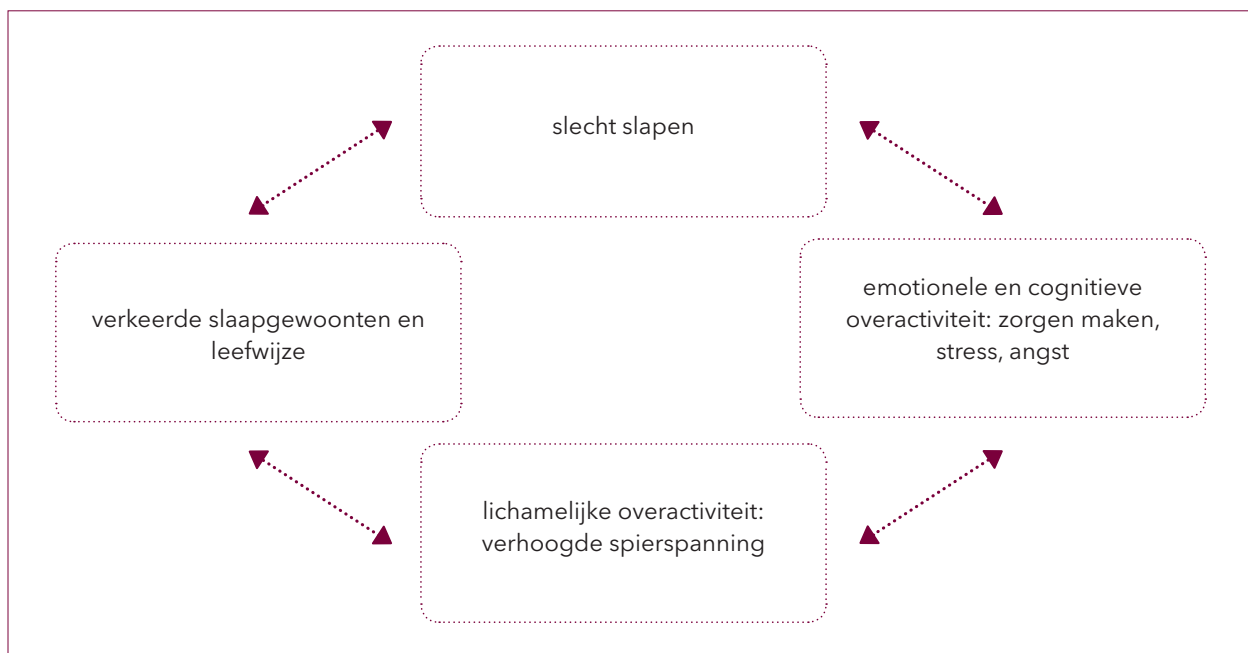
De manier waarop iemand omgaat met plotse slapeloosheid bepaalt of het slecht slapen blijft bestaan. De gedachten over het al of niet slapen en het gedrag spelen hierbij een belangrijke rol. De cognitieve overactiviteit (piekeren) zorgt voor een fysiologische (spierspanning) en emotionele (angst) overactivering. Deze factoren versterken elkaar in de vicieuze cirkel van slapeloosheid op een negatieve manier.

### Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een efficiënte en duurzame behandeling voor verschillende psychiatrische ziektebeelden en psychologische problemen. Het is een wetenschappelijk geteste en onderbouwde psychotherapie. In de CGT richt men zich op de manier waarop mensen denken en handelen met het doel ze te helpen hun emotionele en gedragsproblemen op te lossen. Het cognitieve heeft betrekking op de mentale processen en verwijst naar de gedachten. Het gedrag slaat op alles wat men doet. Therapie is de systematische aanpak van het probleem. Het kernidee van de CGT is dat de manier van denken bepaalt hoe men zich voelt.

### Cognitieve gedragstherapie voor insomnie

Bij de cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) stelt men als doel het doorbreken van de vicieuze cirkel van slapeloosheid. Dit is concreet: beter slapen, betere kwaliteit van het leven, leren omgaan met slaapproblemen en vergroten van de zelfredzaamheid. Bij de patiënt dient de zelfredzaamheid te vergroten. De basiselementen hiervoor zijn: correcte informatie over slaap, zelfinzicht in de slaap door middel van een slaapdagboek, het veranderen van slaapgedrag, het leren ontspannen, de cognitieve herstructurering of anders leren denken, de afbouw van slaapmedicatie en het opvolgen van het proces door het maken van huiswerk.



figuur 2 Algemeen model van langdurige slapeloosheid (gebaseerd op Morin, 1993)

Vooral mensen bij wie het slecht slapen op de voorgrond staat, met beperkingen in het functioneren de volgende dag, zullen baat hebben bij deze behandeling. Bij aanvang van de therapie is het belangrijk dat de patiënt weet dat er een grote eigen inzet wordt verwacht. Bij ernstige medische en psychiatrische aandoeningen is CGT-I geen optie. Er dient eerst gezocht te worden naar een effectieve behandeling voor de primaire problematiek.

### **Cognitief gedragstherapeutische interventies**

Bij de slaaprestrictie wordt de tijd in bed tijdelijk ingekort om terug beter te slapen. Daarna wordt de tijd in bed afhankelijk van de leeftijd progressief uitgebreid. Stimuluscontrole is het bed weer leren verbinden met de slaap. Men gaat hierbij maar naar bed bij slaperigheid. De tijd in bed is slaaptijd. Dit betekent dat men het bed verlaat wanneer men niet kan slapen en dat het bed voor niks anders wordt gebruikt dan voor slapen en voor sex. Relaxatie of ontspanning worden aangevuld met een cognitieve herstructurering. Bij dit laatste worden niet-realistische verwachtingen ten aanzien van de slaap besproken en worden hiervoor alternatieve gedachten en gedragingen gezocht.

### **Besluit**

Chronische slaapproblemen verdwijnen niet vanzelf. Een gedragsverandering en een andere manier van denken zijn hier op zijn plaats. De therapeut heeft een ondersteunende en inzichtgevende rol in de behandeling waar de klemtoon op zelfredzaamheid ligt. CGT-I is effectief voor zowel individuele als groepsbehandeling.

### **Regels voor een goede slaaphygiëne**

- De tijd in bed beperken.
- Een vast slaapuurrooster volgen.
- Op constante tijdstippen eten. Niet met volle of lege maag gaan slapen.
- Slaapmedicatie, koffie en alcohol vermijden.
- Fysieke inspanningen bij voorkeur tijdens de dag en niet 's avonds.
- Bed alleen gebruiken voor slaap en sex.
- Zorgen voor aangepaste kameromgeving (licht, geluid...)

### **Literatuur**

Behandeling van langdurige slapeloosheid. Ingrid Verbeek en Merijn van de Laar. Bohn Stafleu van Loghum. Houten 2010.

Principles and Practice of Sleep Medicine. Third Edition. Kryger, Roth and Dement. W.B. Saunders Company 2000.

## Afdeling **pijntherapie**



**dr. Carl Vandenbossche**

dienst anesthesie/ reanimatie  
pijnkliniek

**Sinds oktober 2008 kunnen patiënten met chronische pijn ook terecht op de afdeling pijntherapie op campus vercrus-selaan. Pijnverlichting en indien mogelijk oorzakenbestrijding staan er op het programma.**

Na een chronische ziekte, operatie of ongeval kampen patiënten regelmatig met chronische pijnklachten die niet met de oorspronkelijke therapie onder controle gebracht kunnen worden. De aanvankelijke ziekte is behandeld en toch blijven de pijnklachten bestaan. Vaak, maar niet altijd, gaat het hier om neuropathische pijnklachten: pijnklachten die veroorzaakt worden door een letsel of een disfunctioneren van het perifere of centrale zenuwstelsel zelf. Daarnaast behelst het werkterrein van de afdeling pijntherapie ook de wervelkolomgerelateerde pijnklachten tengevolge van facetgewrichtslijden, radiculare pijn tengevolge van discushernia in de hals of

de rug en pijnklachten bij kankerpatiënten. Voor chronische pijnbestrijding is er een hele batterij pijnstillers ter beschikking, gaande van paracetamol tot sterke opiaten. Daarnaast zijn er ook co-analgetica zoals bepaalde anti-epileptica en antidepressiva die voornamelijk bij neuropathische pijn hun rol bewezen hebben. De tweede pijler van de chronische pijnbestrijding omvat de verschillende mogelijkheden van de interventionele pijntherapie. De eerste groep zijn de infiltraties waarbij de epidurale infiltratie de meest gekende is. Hierbij wordt oorzakelijk gewerkt door met een corticosteroid de lokale ontsteking weg te nemen. Indien de pijnklachten geen gevolg meer zijn van een ontsteking maar van een zenuwbeschadiging, kan overgeschakeld worden naar de behandelingen met radiofrequentie stroom. Hierbij wordt getracht de geleiding van de pijn via de zenuw naar de hersenen te onderbreken, hetzij door de zenuw tijdelijk te beschadigen, hetzij door het metabolisme in de zenuw te wijzigen. Ten slotte bestaat in therapieresistente gevallen nog een mogelijkheid voor epidurale ruggenmergstimulatie. Hierbij wordt door een elektrode tegen het ruggenmerg te plaatsen de pijngeleiding naar de hersenen onderbroken en een aangename tinteling in de pijnlijke regio opgewekt.

Vooraleer over te gaan tot medicamenteuze of interventionele behandeling wordt elke patiënt eerst uitgebreid op de raadpleging gezien en wordt, zo nodig in overleg met andere specialisten, een behandelingsplan met de patiënt besproken.



**drs. Miche De Meyer**, adjunct-kliniekhoofd, centrum voor Slapen en Waken, dienst Tandheelkunde UZ Gent - consulent orofaciale disfuncties en OSAS, centrum voor bijzondere tandheelkunde, dienst mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde az groeninge

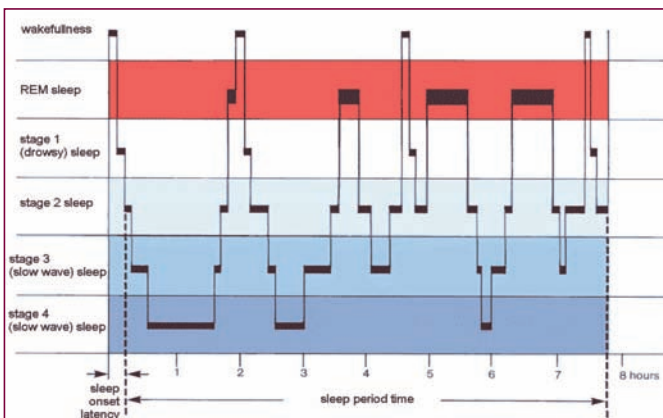
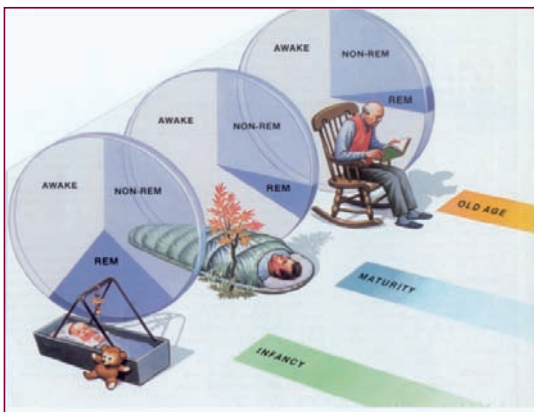
## To snore or not to snore: Is that the question?

### Uitrusten en de functie van slapen

Uit slaaponderzoek blijkt dat iedereen 5 slaapstadia doorloopt: van doezelen (fase 1) via sluimeren (fase 2) naar fase 3 en 4 (diepe of restauratieve slaap) en tot slot naar de REM-slaap, waarbij er snelle oogbewegingen kunnen worden geregistreerd.

Essentieel voor een goede nachtrust blijkt voldoende slaap in stadium 3 en 4 te zijn. Fysieke en psychische uitputting treedt onvermijdelijk op als iemand te weinig van deze diepe en restauratieve slaap doorloopt. De REM-slaap daarentegen lijkt van belang voor het goed functioneren van de hersenen zelf en is ook betrokken bij de rijping van de hersenen in de loop van iemands leven.

Kinderen tot 2 jaar hebben ongeveer 50% REM-slaap. Daarna neemt dit af en is bij de oudere mens gedaald tot ongeveer 14% van de totale slaap. De eerste vier slaapstadia noemen we non-rem slaapstadia of kortweg NREM-slaap.

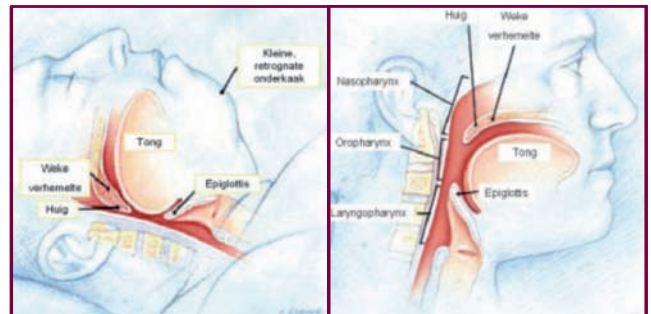


De NREM- en de REM-slaap wisselen elkaar cyclisch af tijdens de nachtrust in perioden van ongeveer 90 minuten. Gemiddeld begint de slaap met 80 minuten NREM-slaap en 10 minuten REM-slaap en herhaalt deze cyclus zich per slaap 3 tot 6 keer.

### Gestoorde ademhaling tijdens de slaap

Bij raadpleging van de 'International Classification of Sleep Disorders'(ICSD) is de groep van slaapgerelateerde ademhalingsdisfuncties één van de klinisch zeer belangrijke aandoeningen om te behandelen. Snurken (ronchopathie) en apneu (ademhalingstilstand) behoren tot deze subgroep.

Sommige mensen hebben regelmatig apneus tijdens het slapen. Deze ademstilstanden, of apneus, kunnen optreden doordat spieren tijdens de slaap ontspannen, waardoor de tong en zachte delen in de keel de ademhaling blokkeren. We noemen dit 'Obstructief Slaapapneu Syndroom', afgekort OSAS.



Ademstilstanden kunnen ook ontstaan doordat de hersenen te weinig prikkels geven om te ademen. We noemen dit het 'Centraal Slaapapneu Syndroom', afgekort CSAS.

CSAS komt weinig voor, voornamelijk bij patiënten met hartaandoeningen of neurologische aandoeningen. OSAS komt het meest voor, soms is er een combinatie van beide vormen.

### We spreken van OSAS als iemand

- 's nachts meer dan 5 keer per uur een ademstilstand heeft én
- overdag zeer slaperig of zeer vermoeid is én
- er geen andere reden is voor de ernstige slaperigheid of vermoeidheid overdag, zoals slaaptkort of slapeloosheid.

### Veel mensen met OSAS hebben ook andere klachten:

- snurken
- niet uitgerust wakker worden
- 's nachts wakker schrikken
- zich niet goed kunnen concentreren

Wordt men nu tijdens de slaap regelmatig gewekt of gestoord door bijvoorbeeld OSAS of het snurken van de partner, dan valt men bij het doorlopen van de vijf slaapstadia steeds terug in fase 1 (doezelen) en 2 (sluimeren). We spreken hier van 'micro-arousals'. Daardoor komt men onvoldoende in de juist zo belangrijke diepe of restauratieve slaap (fase 3 en 4) net zo min als in de REM-slaap. Dit zorgt ervoor dat iemand met een gebroken nachtrust niet uitgerust is, zich vermoeid voelt bij het opstaan en dit vermoeide gevoel vaak overdag ook houdt en die dag minder alert is. Men heeft dan aan het eind van de dag of vroeg in de avond vaker behoefte om even een 'uiltje' te knappen. Verder heeft deze persoon dan overdag een verminderde concentratie en verlies van het korte-termijngeheugen. Er ontstaat een verhoogde kans op fouten in het verkeer en op het werk. Men raakt ook sneller geïrriteerd en is meer futloos. Op de lange duur raakt men fysiek en psychisch uitgeput.

### Risico's van gestoorde nachtrust

Een gestoorde nachtrust kan men krijgen als partner van een flinke snurker/snurkster, maar ook als de snurker/snurkster zelf aan apneu of OSAS lijdt. De meest frequente klacht bij OSAS-patiënten is uitgesproken slaperigheid overdag. Deze slaperigheid komt het meest op bij rustige of monotone activiteiten. Hij of zij kan zich dan onmogelijk wakker houden of concentreren. Men heeft meer behoefte aan een hazenslaapje, overdag of bij het begin van de avond. Lezen en autorijden worden bemoeilijkt door ongewenste slaap. Er zijn diverse onderzoeken bekend waarin overtuigend is aangetoond dat mensen met onbehandelde apneu of OSAS meer ongelukken veroorzaken in het verkeer en op het werk! Onbehandelde OSAS kan ook leiden tot andere gezondheidsproblemen.

De gevolgen van onbehandelde OSAS staan weergegeven in tabel 1.

#### Tabel 1: Gevolgen van onbehandelde OSAS

- Concentratieverlies
- Uitgesproken slaperigheid overdag
- Hoofdpijn
- Hypertensie
- Hartritmestoornissen
- Hartinfarct
- Depressie
- Onregelmatige menstruatie bij vrouwen
- Frequent nachtelijk plassen
- Overgewicht (obesitas)
- Diabetes type 2

### Enkele epidemiologische cijfers

In Nederland snurkt ongeveer 35 % van de bevolking op middelbare leeftijd. En op 60-jarige leeftijd snurkt ongeveer 60% van de mannen en 40% van de vrouwen. Er zijn naar schatting een miljoen flinke snurkers in Nederland. Meestal zijn dit mannen. Maar ook bij vrouwen neemt het aantal stevige snurksters toe.

**Uit onderzoek bleek dat OSAS-patiënten in de tien jaar voorafgaand aan de diagnose OSAS tweemaal zo veel een beroep deden op de gezondheidszorg als niet-OSAS-patiënten!**

Er zijn gestandaardiseerde vragenlijsten om vast te stellen hoe slaperig men overdag is. De meest gebruikte lijst is de 'Epworth Sleepiness Scale' (ESS). Hierbij krijgt men een lijst met vragen over situaties overdag waarin men gemakkelijk in slaap zou kunnen vallen.

### Slaaponderzoek

**Om te bepalen of men wel of geen OSAS heeft, wordt altijd een slaaponderzoek uitgevoerd. Er zijn 2 soorten slaaponderzoek:**

- beperkt slaaponderzoek of polygrafie. Dit slaaponderzoek kan in het ziekenhuis worden uitgevoerd, maar wordt soms ook thuis gedaan
- uitgebreid slaaponderzoek of polysomnografie. Dit slaaponderzoek wordt in het ziekenhuis uitgevoerd.

**Voor het slaaponderzoek dient de patiënt een nacht te slapen in het ziekenhuis. Tijdens het slaaponderzoek worden de volgende parameters nagegaan:**

- hersenactiviteit met een electroencefalogram (EEG) dit wordt gemeten bij een polysomnografie, maar niet bij een polygrafie
- ademhaling (nasale air flow, thorax-, buikademhaling)
- zuurstofsaturatie
- hartslag
- bewegingen van de benen

Het resultaat van het slaaponderzoek wordt uitgedrukt in een hypnogram. Hierbij wordt het aantal keren dat men wakker wordt opgetekend (ook zeer korte ontwakingen of arousals) (arousal index). Ook het aantal ademstilstanden (apneus) of sterk verminderde ademhalingen (hypopneus) die men per uur slaap heeft, worden gemeten. Dit noemen we de apneu-hypopneus index of AHI-index. Bij het stellen van de diagnose OSAS wordt ook gekeken hoe ernstig de klachten zijn. We spreken over licht OSAS, matig OSAS of ernstig OSAS. Het aantal ademstilstanden per uur én de ernst van de slaperigheid overdag bepalen de ernst van OSAS.

### Slaperigheid: in slaap vallen in situaties waarbij aandacht vereist is:

- weinig aandacht (bijvoorbeeld tv kijken): licht OSAS
- nodige aandacht (bijvoorbeeld vergaderen): matig OSAS
- grote aandacht (bijvoorbeeld autorijden): ernstig OSAS

### Aantal ademstilstanden per uur (apneu-hypopneu-index of AHI)

- 5-15: licht OSAS
- 15-20: matig OSAS
- > 20-30: ernstig OSAS

De ernst van OSAS wordt bepaald door de klacht (slaperigheid overdag of aantal apneus per uur) die het ernstigst is.

### Voorbeelden

- Bij in slaap vallen tijdens tv kijken, maar niet tijdens vergaderen of autorijden (licht) en een AHI tussen 5 en 15 (licht), gaat het om licht OSAS.
- Bij in slaap vallen tijdens tv kijken, maar niet tijdens vergaderen en autorijden (licht) en een AHI tussen 15 en 30 (matig), gaat het om matig OSAS.
- Bij in slaap vallen tijdens autorijden (ernstig) en een AHI tussen 5 en 15 (licht), gaat het om ernstig OSAS.
- Bij in slaap vallen tijdens tv kijken en vergaderen, maar niet tijdens autorijden (matig) en er is een AHI van meer dan 30 (ernstig), dan gaat het ook om ernstig OSAS.

### Hoe kan OSAS behandeld worden?

De behandeling van OSAS is gericht op het helemaal wegnemen of sterk verminderen van de klachten van slaperigheid of vermoeidheid overdag en ademstilstanden tijdens het slapen. Er zijn verschillende soorten behandelingen mogelijk. Welke behandeling het meest geschikt is, hangt af van de ernst van OSAS en deels ook van de voorkeur van de patiënt (zie ook: schematisch overzicht behandeling OSAS).

### Algemene maatregelen

Voor alle patiënten met OSAS is het belangrijk om algemene maatregelen te nemen. Bij licht OSAS kunnen deze algemene maatregelen de klachten al veel verbeteren en is verdere behandeling soms niet meer nodig.

### Het gaat om de volgende algemene maatregelen:

- afvallen bij obesitas
- 's avonds geen alcohol drinken
- stoppen met roken
- geen medicijnen nemen waar u suf van wordt, zoals slaapmiddelen
- tijdens het slapen een vest dragen met een bobbel op de rug.

OSAS komt vaker voor bij mensen die te zwaar zijn dan bij mensen met een normaal gewicht. Sommige mensen hebben meer ademstilstanden wanneer zij op hun rug slapen dan wanneer zij op hun zij of buik slapen. Men kan dan

tijdens het slapen een speciale vest dragen met een bobbel op de rug, zodat rugliggig verhinderd wordt. We noemen dit positietherapie. Het nadeel van zo'n vest is dan weer dat men hierdoor regelmatig wakker kan worden telkens wanneer men tijdens het slapen op de rug wil draaien.

### Behandeling van OSAS met medicijnen

Er is heel weinig bekend over het effect van medicijnen op OSAS. Daarom wordt behandeling van OSAS met medicijnen afgeraden.

### Behandeling van OSAS met een CPAP-apparaat

Bij een ernstig OSAS is CPAP-therapie de standaardbehandeling. Bij matig OSAS is CPAP-therapie één van de mogelijkheden. De slaapgeneesheer-pneumoloog is hiervoor de te consulteren deskundige.

### Er bestaan verschillende soorten CPAP-apparaten:

- 'standaard' CPAP-apparaat
- expiratedrukverlagende CPAP
- auto-CPAP of APAP
- BilevelPAP



### Behandeling van OSAS met chirurgie

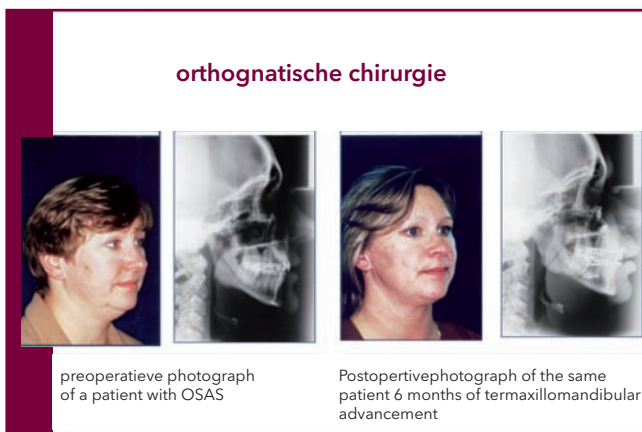
Bij licht tot matig OSAS en wanneer de NKO-arts heeft vastgesteld waar de vernauwing zit, is een operatie één van de mogelijkheden. Een operatie is soms ook mogelijk voor patiënten met ernstig OSAS die behandeling met CPAP niet verdragen of bij wie deze behandeling geen effect had. De indicaties voor het soort ingreep worden tegenwoordig meestal gesteld nadat de NKO-arts een slaapendoscopie heeft uitgevoerd.

**Er worden enkele mogelijke ingrepen vernoemd, waarop we terugkomen in één van de volgende nummers.**

- Verbeteren van de ademhaling door de neus
- Uvulo-palato-faryngo-plastiek of UPPP
- Verstijven van de achterkant van de tong
- Verplaatsen van het tongbeen
- Verplaatsen van de onderste tongspier
- Meervoudige chirurgie
- Kaakchirurgie
- Tracheotomie

### **Behandeling van OSAS met een 'Mandibulair Repositie-Apparaat' (MRA)**

Wanneer men licht of matig ernstig OSAS heeft, dan is behandeling met een Mandibulair Repositie-Apparaat (MRA) één van de mogelijkheden die de voorkeur geniet bij de meeste van de geïndiceerde patiënten, om diverse redenen zoals efficiëntie en therapietrouw en design-comfort. Een MRA is een soort beugel die over de tanden wordt geschoven en die de onderkaak (mandibula) naar voren houdt tijdens het slapen. De tong kan dan de ademhaling niet meer blokkeren en de keelholte wordt ruimer.



**De indicatie is hier bij voorkeur:**

- niet-pathologisch snurken
- AHI < 20 en eventueel via speciale verwijzing voor een AHI > 20
- wanneer de CPAP behandeling niet verdragen wordt.

Een MRA wordt op maat gemaakt door een tandarts. Van tevoren beoordeelt de tandarts of het gebit in goede conditie is en of het MRA genoeg houvast heeft in de mond. Bij sommige mensen kunnen tanden en kiezen op den duur iets van plaats veranderen, meestal zonder dat zij dit zelf merken.

Het is belangrijk dat een tandarts regelmatig het gebit controleert wanneer men een MRA gebruikt. Het gebruik van andere 'oral appliances' wordt afgeraden. Dit geldt voor 'oral appliances' die niet door een tandarts op maat gemaakt zijn of 'oral appliances' die de onderkaak niet naar voren houden. Individueel maatwerk is hier primordiaal.

### **Periodieke controle**

**Na de proefperiode komt men op de volgende momenten terug voor controle:**

- na 3 maanden en 1 jaar: controle van AHI, slaperigheid overdag, het gebruik van het MRA (aantal nachten per week, aantal uren per nacht) en eventuele bij-effecten van de behandeling
- daarna: controle van AHI en slaperigheid alleen op indicatie
- jaarlijks: controle van het gebruik van het MRA (aantal nachten per week, aantal uren per nacht)

In het Universitair Ziekenhuis te Gent in het Centrum voor Waken en Slapen, Dienst Tand-, Mond- en Kaakziekten en o.a. de dienst mond- kaak en aangezichtsheelkunde in az groeninge werkt men met de Ghent Anti Snore Device (GASS®), die 'patent pending is' en uitgevonden werd door drs. Miche De Meyer en haar team.



### Referenties

1. Sleep medicine for Dentists: A Practical Overview : by G.J. Lavigne; P.A. Cistulli, M; T .Smith (Editors) (2009)
2. Practice parameters for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea with oral appliances. Sleep 1995 Jul;18(6):511-3.
3. Practice parameters for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea with oral appliances: an update for 2005. Kushida CA, Morgenthaler TI, Littner MR, Alessi CA, Bailey D, Coleman J Jr, Friedman L, Hirshkowitz M, Kapen S, Kramer M, Lee-Chiong T, Owens J, Pancer JP. Sleep 2006 Feb 1;29(2):240-3. [8 references]
4. "Oral Appliances for Obstructive Sleep Apnea", Lim, J, Lasserson TJ, Fleetham J, Wright J; Cochrane Database Syst Rev. 2003(4).
6. "Efficacy and co-morbidity of oral appliances in the treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea: a systematic review." Hoekema A, Stegenga B, De Bont LG.; Crit Rev Oral Biol Med. 2004 Juli 04; 15(3): 137-55
7. Principles and Practice of Sleep Medicine, 4th Edition Meir H. Kryger, Thomas Roth, William Dement



Steeds in het nooit aflatende enthousiasme even mijmeren...  
De 'Prof. Jan De Boever prijs, U Gent' uitgereikt aan  
drs. Miche De Meyer in 2008



**Natalie Schutyser**  
stafmedewerker netwerking

## az groeninge overschrijdt de Franse grens en kan grensoverschrijdende zorg verstrekken

Op 14 december 2009 ondertekende az groeninge samen met de Katholieke Universiteit Leuven (K.U. Leuven) een raamovereenkomst om grensoverschrijdend samen te werken met het Universitair Ziekenhuis van Rijsel (CHRU de Lille) en de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Rijsel (Faculté de Médecine de Lille).

### Even kort de verschillende partners voorstellen.

**CHRU de Lille** is het enige universitaire ziekenhuis binnen de Noord-Franse regio Nord-Pas-de-Calais, telt zowat 3.000 bedden en steunt op de expertise en multidisciplinaire bekwaamheid van ongeveer 12.600 medewerkers. CHRU de Lille is voor een bevolking van 4 miljoen inwoners de referentiezorginstelling voor het overgrote deel van de medische, chirurgische en medisch-technische activiteiten. Tevens is CHRU de Lille het lokale ziekenhuis voor de inwoners van de Rijselse metropool. Jaarlijks worden er ongeveer 100.000 patiënten gehospitaliseerd en komen 250.000 patiënten op raadpleging. Reeds meerdere jaren kiest CHRU de Lille voor een verdere

kwaliteitsvolle ontwikkeling van zijn activiteiten met als belangrijkste doelstellingen: vernieuwing via wetenschappelijk onderzoek tot stand brengen en zware pathologie die spits technologie, een ver doorgedreven medische gespecialiseerde expertise en multidisciplinaire aanpak vereist, verzorgen.

De **Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Rijsel** staat in voor de opleiding en vorming van nieuwe artsen en specialisten en ondersteunt aldus CHRU de Lille in zijn ontwikkeling van een kwaliteitsvol zorgaanbod. Het partnerschap tussen beide instellingen versterkt tevens de mogelijkheden op vlak van wetenschappelijk onderzoek. De Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Rijsel telt een 10.000-tal studenten.

De **K.U. Leuven** mag zich de oudste universiteit van de Lage Landen noemen. Op 1 februari 2009 telde de K.U. Leuven in totaal 34.840 ingeschreven studenten. De K.U. Leuven profileert zich in Vlaanderen, Europa en de wereld als een onderzoeksintensieve universiteit die in de eerste plaats uitstekende kwaliteit van onderzoek nastreeft.

K.U. Leuven Campus Kortrijk telt een 1.200-tal studenten. K.U. Leuven Campus Kortrijk combineert haar eigen aanpak als opstapcampus met een internationale openheid die in het bijzonder gericht is op de ontwikkeling van het Eurodistrict dat zich ontvouwt rond Rijsel, Kortrijk en Doornik.

**az groeninge** telt als enige algemeen ziekenhuis van Kortrijk ruim 1.000 bedden en stelt meer dan 2.500 personeelsleden tewerk. Ongeveer 200 ziekenhuisartsen oefenen er hun medische activiteit uit. Jaarlijks worden meer dan 33.000 patiënten gehospitaliseerd. Dankzij zijn omvang kan az groeninge een integrale zorgverlening aanbieden waarbij bijzondere aandacht gaat naar steeds hogere eisen inzake kwaliteit en veiligheid. Sinds mei 2010 is het eerste deel van de nieuwe campus op de Kennedylaan met 380 bedden operationeel.

**Het doel van de samenwerking is het ontwikkelen van een duurzaam partnerschap in de grensstreek van het Eurodistrict. Daarmee beogen de partners:**

- het tot stand brengen van gezamenlijke medische projecten
- het ontwikkelen van partnerschappen inzake opleiding, onderwijs en onderzoek
- het bevorderen en aanmoedigen van de mobiliteit van gezondheidsbeoefenaars
- het uitwisselen van ervaring en medische competenties

Binnen het domein van de radiologie en de medische beeldvorming werken onder impuls van dokter Patrick Seynaeve, diensthoofd medische beeldvorming az groeninge, en professor Jean-Pierre Pruvo, diensthoofd radiologie CHRU de Lille, beide medische equipes intussen samen. Deze diensten delen hun opleidingsnaden in de orgaanspecialiteiten, nemen deel aan gezamenlijke pluridisciplinaire overlegmomenten en wisselen hun expertise uit met in de toekomst de mogelijkheid van tele-uitwisseling. Tussen enkele andere diensten van az groeninge en CHRU de Lille lopen verkennende gesprekken om de samenwerking verder concreet vorm te geven.

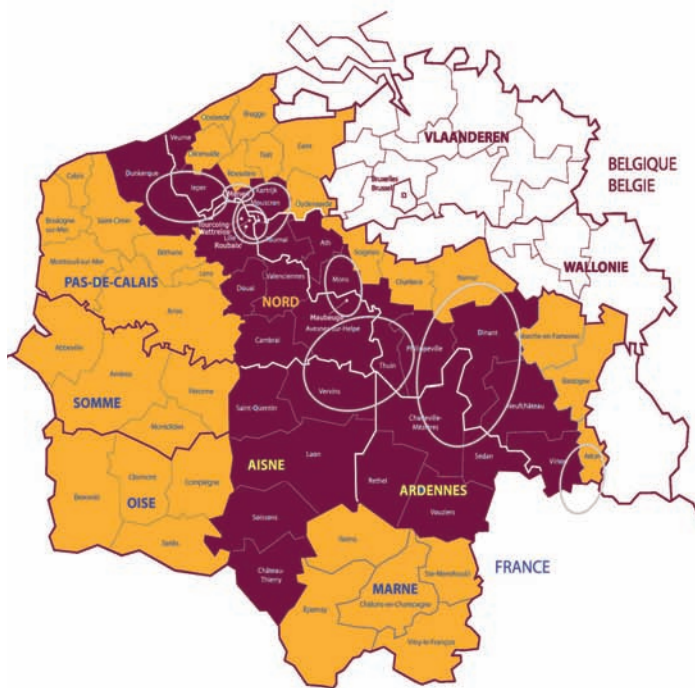
Door dit partnerschap konden az groeninge en CHRU de Lille toetreden tot de Georganiseerde Toegangszone tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ). In het Frans-Belgische grensgebied bestaan verschillende GTGZ-zones. Binnen een dergelijke zone kan een patiënt zich, voor zowel raadplegingen als hospitalisatie, richten tot de ziekenhuizen aan weerszijden van de landsgrens zonder voorafgaande toestemming van zijn ziekenfonds. Franse patiënten uit de grensstreek kunnen hierdoor

terecht in az groeninge: op eenvoudig vertoon van hun Carte Vitale en identiteitskaart neemt hun ziekteverzekering de ambulante verzorging en hospitalisatie ten laste op basis van de Belgische tarieven.



**Ondertekening raamovereenkomst.**

Met van rechts naar links: de heer professor M. Waer, rector K.U. Leuven, de heer J. Deleu, algemeen directeur az groeninge, mevrouw M.-D. De Jaegere, voorzitter raad van bestuur az groeninge, de heer J.-L. Frémaux, vervangend voorzitter raad van bestuur CHRU de Lille, de heer D. Delmotte, algemeen directeur CHRU de Lille, de heer professor Fr.-R. Pruvot, vicedecaan van de Faculté de Médecine de Lille.



Georganiseerde Toegangszones tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking België - Frankrijk



**dr. Johan J. Mattelaer**  
auteur van hospitaal tot az groeninge

# Van hospitaal **tot az groeninge**

Ieder boek heeft zijn beperkingen in ruimte (aantal bladzijden) en tijd (uitgavedatum). Het is dan ook niet verwonderlijk dat na het verschijnen van het boek 'Van O.L.V.Hospitaal tot az groeninge' enkele tekortkomingen en lacunes aan het licht kwamen die we hierbij willen aanvullen of verbeteren. Deze bladzijden kan u desgewenst gemakkelijk in het boek inschuiven.

## De geschiedenis van de ziekenzorg in Kortrijk

### 1. Lijsten van de geneesheren van de Kortrijkse ziekenhuizen

Het is nooit de bedoeling geweest om alle geneesheren die ooit te Kortrijk werkzaam waren in het boek te vermelden, maar toch voegden we enkele lijsten met ziekenhuisartsen toe. Aangezien deze lijsten in de archieven van de vroegere ziekenhuizen helemaal ontbreken of onvolledig zijn, willen we enkele ontbrekende namen vermelden:

- Op de lijst van geneesheren-specialisten in Kliniek Maria's Voorzienigheid (p.101) ontbreken: dr. Véronique Ghekiere, dr. Koen Van Eygen en dr. Bart Bruneel.
- Op de lijst van de Sint-Niklaaskliniek (p.116) ontbreekt: dr. Patrick Vanderdonckt.

### 2. Het Medisch Centrum voor Huisartsen

Aangezien aan de huisartsen een essentiële rol in de ziekenzorg toekomt, is het niet vermelden van het Medisch Centrum voor Huisartsen in Kortrijk een lacune in het boek. Met deze korte aanvulling willen we deze vergetelheid goedmaken. Reeds aan het einde van de zogenaamde "golden sixties" werd de noodzaak tot echelonnering (betekende niet nationalisering!) van de gezondheidszorg aangevoeld. Ook de explosie van de medische technologie, van intra- en extramurale laboratoria en de ontwikkeling van de beeldvorming maakten echelonnering meer dan wenselijk. Echelonneren betekent: de juiste zorgverstrekker, op de juiste plaats, op het juiste moment, bij uiteraard de juiste patiënt: zorgverstrekking op maat én met mate!

In Nederland en vooral in de Scandinavische landen was dit reeds meerdere jaren van toepassing, niet zonder kinderziekten, maar met een verantwoord en beheersbaar gemeenschapsbudget.

In Vlaanderen lagen het Algemeen Syndicaat van de Geneesheren van België (ASGB), de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (initiator Prof. Josué Vandebroucke) en de Voorzorgskas aan de basis van multipale studies en commissies en van het Medisch Centrum Huisartsen C.V. Leuven (aantal leden huisartsen in 1978 ongeveer 123) voor een geëchelonnerde gezondheidszorg. Midden 1978 (het M.C.H. Leuven bestond toen reeds 10 jaar) onderschreven en ondertekenden 43 huisartsen van de regio Kortrijk de C.V.-statuten van het Medisch Centrum

Huisartsen cv. Kortrijk (MCHcvK), die 100% identiek waren aan deze van het "moederhuis" MCH Leuven.

De stichting van het MCHcvK werd echter door sommigen als een dreiging en provocatie voor de liberale geneeskunde in West-Vlaanderen en later in Vlaanderen aangevoeld. Aangezien de provinciale Orde der Geneesheren van West-Vlaanderen toen gedomineerd werd door de Syndicale Kamer van West-Vlaanderen werd het MPCHcvK tegengewerkt met tuchtsancties, ontmanteling van het lab, stopzetting van de geplande radiologie en de vereffening van de C.V. In 1980 werd dan de vzw MCHK opgericht met 180 leden. In 2000 werd de naamverandering van MCHvzw naar Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen doorgevoerd.

### De huidige Huisartsenkring Zuid West-Vlaanderen:

- bedenkt, organiseert en ondersteunt wetenschappelijke, maatschappelijke en wijsgerige navorming: de zogenaamde permanente navorming
- bedenkt, organiseert en ondersteunt alle mogelijke vormen, van overleg én samenwerking, collegiaal en multidisciplinair, in de nulde lijn, in de eerste en tweede lijn in de regio Kortrijk (ook echelonnering genoemd).

### 3. De eerste stap naar de fusie: de organisatie van de dienst 900

De samenwerking tussen de 4 Kortrijkse ziekenhuizen in verband met de spoedopname en de toenmalige 900 was het eerste reëel gegeven waarrond de diverse ziekenhuizen te Kortrijk samenwerkten.

### 4. Besluiten en bedenkingen bij een boek over de geschiedenis van de ziekenzorg te Kortrijk

Het medisch-(kunst)historisch verleden van Kortrijk is niet onbelangrijk en moet niet alleen bewaard maar ook beter bekend worden. Een tentoonstelling of symposium over de geschiedenis van de geneeskunde in deze stad zou hiertoe kunnen bijdragen. De promotie van een historische wandeling doorheen de geschiedenis van de Kortrijkse ziekenzorg of het aanbrengen van een kleine plaat met historische uitleg op de medisch-historisch belangrijke gebouwen zou ook verrijkend zijn. Een historische hoek in de nieuwe campus van az goeninge aan de Kennedylaan zou een blijvende herinnering kunnen vormen aan de geschiedenis van de vroegere Kortrijkse ziekenhuizen.

# Nieuwe artsen sinds 2010



**geriatrie**  
**dr. Veerle Mouton**

Dr. Veerle Mouton behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2003. Ze startte haar opleiding tot geriater in het AZ Sint-Jozef in Turnhout en het Stuivenbergziekenhuis in Antwerpen. Ze vervolledigde haar opleiding tot geriater in het UZ Gent. Op 1 februari 2010 startte dr. Veerle Mouton haar activiteiten op de dienst geriatrie van az groeninge.



**reumatologie**  
**dr. Anne Durnez**

Dr. Anne Durnez werd geboren op 21 februari 1975 te Kortrijk. Ze studeerde geneeskunde aan de KUL op campus Kortrijk en campus Leuven en behaalde haar diploma in 2000. Ze startte haar opleiding inwendige geneeskunde in UZ Gasthuisberg in Leuven en vervolgens in Imelda Ziekenhuis in Bonheiden.

In 2006 behaalde ze een doctoraat in de medische wetenschappen aan de KULeuven, waarna ze de opleiding inwendige geneeskunde - reumatologie vervolgde in Gasthuisberg. Reumatoloog in 2009, werkte ze eerst in Hôpital Cochin, Université Paris-Descartes (Parijs), een Europees referentiecentrum voor reumatologie, waar ze tevens klinisch onderzoekswerk leverde naar osteopenie in inflammatoire gewrichtsaandoeningen. Vanaf 7 juni 2010 is ze als reumatoloog werkzaam in az groeninge, campus vercruysseleaan.



**cardiologie**  
**dr. Tim Boussy**

Dr. Tim Boussy startte zijn specialisatie inwendige geneeskunde in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Daarna volgde hij een opleiding cardiologie in het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst en verdiepte zich in de aritmologie. In 2007 hielp hij mee aan de oprichting en organisatie van het Heart Rhythm Management Institute aan het UZ Brussel. In 2008 volgde dr. Tim Boussy een advanced fellowship electrophysiology in Hospital Clinic Barcelona in Spanje onder leiding van prof. dr. Josep Brugada. Daar schoolde hij zich verder bij in invasieve ablatietechnieken. Hij sloot zijn subspecialisatie af in 2009 met een verdere bekwaming in implantatietechnieken van cardiale pulsgeneratoren en resynchronisatietherapie in het Leids Universitair Medisch Centrum in Nederland. Sinds 1 januari 2010 is dr. Tim Boussy werkzaam in az groeninge als cardioloog-elektrofysioloog.



**pediatrie**  
**dr. Barbara De Mynck**

Dr. Barbara De Mynck startte haar opleiding tot kinderarts in UZ Gasthuisberg te Leuven. Tijdens haar opleiding groeide haar interesse voor de subspecialisatie kindergastro-enterologie. Ze volgde hiervoor een bijkomende opleiding bij professor dokter Ilse Hoffman in UZ Gasthuisberg Leuven. Sinds 1 januari 2010 versterkt zij de dienst kindergeneeskunde en neonatologie. Zij staat in voor de subspecialisatie kindergastro-enterologie met de mogelijkheid om een gastroscopie uit te voeren.



### **gastro-enterologie** **dr. Wouter Meersseman**

Prof. dr. Wouter Meersseman start eind juni met een consultfunctie in az groeninge. Hij is sinds 2002 werkzaam als adjunct-kliniekhoofd op de dienst algemene interne geneeskunde van UZ Leuven. Binnen de dienst houdt hij zich voornamelijk bezig met infecties en aangeboren stofwisselingsstoornissen (zoals porfyrie). Hij is tevens actief op intensieve zorg en spoedgevallen. Hij is ook geïnteresseerd in systeemziektes en koorts van ongekende oorsprong. Daarnaast is hij docent aan de faculteit Geneeskunde en Tandheelkunde binnen de KUL. In 2009 vervoegde hij het team van het Metabool Centrum voor Volwassenen in Leuven.

In het kader van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk is hij als consulent verbonden aan de dienst gastro-enterologie van az groeninge. Hij houdt om de 14 dagen consultatie op woensdag van 13.30 tot 18 uur.



### **anesthesie** **dr. Barbara Van Ooteghem**

Dr. Barbara Van Ooteghem werd op 4 januari 1978 geboren in Oudenaarde. Ze behaalde haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2003. Ze specialiseerde zich in de anesthesie in het UZ Gent en assisteerde eveneens in het ASZ Aalst. Daarnaast volgde ze een bijkomende opleiding tot urgentiearts in het UZ Gent. Sinds 1 april 2010 is zij werkzaam in az groeninge op de dienst anesthesie en spoedopname.



### **gynaecologie** **dr. David Debruyne**

Op 1 juni startte dr. David Debruyne op de afdeling gynaecologie-verloskunde. Binnen deze dienst legt hij zich toe op de gynaecologische oncologie. Hij is verantwoordelijk voor de chirurgische behandeling en opvolging van de patiënten met een gynaecologisch-oncologische aandoening. Samen met het oncologisch centrum en de dienst radiotherapie werkt hij mee aan de uitbouw van de gynaecologische oncologiekliniek.

Dr. Debruyne volgde zijn bijkomende opleiding gynaecologische oncologie aan de Universiteit van de Vrij Staat (Zuid-Afrika). Hij werkte als resident in het UZ Gasthuisberg en als kliniekhoofd in het UZ Brussel. Als gynaecoloog met een zeer chirurgisch georiënteerde vorming staat hij mee in voor de verdere ontwikkeling van de uitgesproken heekundige subdisciplines binnen de dienst gynaecologie.

## Wetenschappelijke publicaties

- **F. Michels, S. Guillo, O. Laffenêtre:** Bunionectomie du cinquième métatarsien in Chirurgie mini-invasive et percutanée du pied. Paris: Sauramps médical, 2009.
- Li Gong, **Philip R. Debruyne**, Matthew Witek; Karl Nielsen, Adam Snook, Jieru E. Lin, Alessandro Bombonati, Juan Palazzo, Stephanie Schulz, Scott A. Waldman: Bile Acids Initiate Lineage-Addicted Gastroesophageal Tumorigenesis by Suppressing the EGF Receptor-AKT Axis. Clinical and Translational Science, Volume 2, Number 4, August 2009, pp. 286-293(8)
- **K. Vandevyvere** and **K. Van Eygen:** Development of a pathologic fracture in a psoriatic arthritis patient treated with etanercept. For poster presentation during the 2009 Belgian Congress of Rheumatology Mechelen
- **Dienst nefrologie az groeninge** (co-auteur): Abstract with Echo-B interim results publicatie op het congres van de American Society in San Diego (ASN 2009)
- B. Willandt, **C. George, F. Vansteenkiste, G. Vanhaverbeke:** Bilateraal bijnierincidentaalom bij een patiënte met neurofibromatose type 1., Tijdschrift voor Geneeskunde, 66, nr. 7, 2010.
- C. Tousignant, **M. Desmet**, R. Bowry, A.M. Harrington, J.D. Cruz, C.D. Mazer: Speckle tracking for the intraoperative assessment of right ventricular function: a feasibility study, J Cardiothorac Vasc Anesth. 2010 Apr;24(2):275-9.
- **W. De Corte**, I. De Laet: Timing of Renal Replacement Therapy., EAJ Hoste Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2010
- **A. Chafai, V. Van Belleghem, S. Carlier:** Prehospitaalevaluatie en opvang van het zware craniocerebrale trauma bij de volwassene, Tijdschrift voor Geneeskunde, 66, nr. 9, 2010

## Aankondigingen

### prof. dr. Frank Martens

Dr. Frank Martens van het klinisch laboratorium van az groeninge werd benoemd tot gastprofessor aan de Universiteit Antwerpen. Hij geeft daar onderricht in de klinische biochemie aan de studenten die een master na master klinische biologie volgen. Hij blijft daarnaast natuurlijk ook aan het werk in het klinisch laboratorium van az groeninge.

## Wetenschappelijke kalender voor de regio Kortrijk

Datum	Onderwerp	Locatie	Organisator
2 september 2010	<b>Zorgtraject diabetes</b> spreker: huisarts, endocrinoloog, educator	KU Leuven Campus Kortrijk	HZW
16 september 2010	<b>Liefde voor ons werk</b> spreker: dr. Marc Desmet, Hasselt	Meeting Center Xpo Kortrijk	HZW
5 oktober 2010	<b>Perioperatieve zorg</b> spreker: dienst chirurgie en anesthesie, az groeninge	az groeninge	HZW
21 oktober 2010	<b>Efficiënt gebruik van medische beeldvorming</b> spreker: prof. dr. Koenraad Verstraeten, UZ Gent		HZW
18 november 2010	<b>Urinaire incontinentie: van nat naar droog</b> spreker: prof. dr. Karel Everaert, UZ Gent	Meeting Center Xpo Kortrijk	HZW
25 november 2010	<b>Spondylarthropathie</b> sprekers: dr. Klaas Vandevyvere, dr. Anne Durnez, dr. Frederiek Vanrietvelde, dr. Chantal Hindryckx, prof. dr. R Lories	KU Leuven Campus Kortrijk	az groeninge en Kulck
7 december 2010	<b>Crisismanagement in de volwassenenpsychiatrie</b> spreker: dr. Eva Debusscher, PZ Heilige Familie	PZ Heilige Familie	HZW
16 december 2010	<b>De palliatieve papaver puzzel</b> spreker: dr. Reinhilde Zwaenepoel, dr. Hilde Moerman	OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem	HZW