



LONGZIEKTEN

HANDCHIRURGIE

RAMPENBEHEERSING

OBESITASCENTRUM



RADIOFREQUENTIE-ABLATIE

CHRONISCHE WONDZORG



TRAANWEGCHIRURGIE

DIGITALE TECHNIEK





DIT TIJDSCHRIFT
VERSCHIJNT TWEEemaal PER JAAR
EN WIL EEN OVERZICHT GEVEN VAN
DE WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITEN
BINNEN a|z GROENINGE.

REDACTIE

Dhr. Ludwig Cornil
ludwig.cornil@azgroeninge.be
Dr. Kathleen Croes
kathleen.croes@azgroeninge.be
Dhr. Guido Demaiter
guido.demaiter@azgroeninge.be
Mevr. Veerle De Wispelaere
veerle.dewispelaere@azgroeninge.be
Dr. Johan Mattelaer
johan.mattelaer@skynet.be
Dr. Guy Putzeys
guy.putzeys@azgroeninge.be

Redactieadres

Dr. Johan Mattelaer
Albijn van den Abeelelaan 12
8500 Kortrijk
T 056 21 17 92 - F 056 21 68 22
johan.mattelaer@skynet.be

Verantwoordelijke uitgever

Dhr. Jan Deleu
Directie a|z GROENINGE
Reepkaai 4 - 8500 Kortrijk

Uitgegeven in opdracht van
het wetenschappelijk comité a|z GROENINGE
door uitgeverij Groeninghe Kortrijk
groeninghe@belgacom.net
isbn 90-77723-25-0

INHOUD

03 EDITORIAAL *Jan Taveirne*

VOORSTELLING MEDISCHE DIENSTEN BINNEN a|z GROENINGE

- 04 Dienst longziekten: een nieuwe adem na de fusie
René Deman, Bernard Gheysens, Michiel Haerens, Kris Van Oortegem
- 06 Als er iets aan de hand is
Filip Stockmans
- 09 Rampenbeheersing of 'beheersing van collectieve noodsituaties' en
a|z GROENINGE
Marnix Buysschaert
- 11 Obesitas: een welvaartsziekte die ons overspoelt
*Frank Van Rooy, Dirk Devriendt, Franky Vansteenkiste, Gerd Van Haverbeke,
Christophe George, Ann Elewaut, Philippe Compemolle,
Gerda Vandendriessche, Greet Vervenne, Sofie Decock, Jorien Fieuw*
- 14 Chronische wondzorgconsultatie
Erwin Suys
-

NIEUWE TECHNIEKEN BINNEN a|z GROENINGE

- 16 Endonasale dacryocystorhinostomie
Philippe Clarysse
- 17 Radiofrequentie-ablatie: een nieuwe minimaal invasieve procedure voor
lokale behandeling van levertumoren
Franky Vansteenkiste, Vincent Herpels
-

DE TOEKOMST VAN a|z GROENINGE

- 19 Digitale techniek ten dienste van de geneeskunde
Jan Deleu
-

VAN HOSPITAAL TOT a|z GROENINGE

- 21 Geneeskunde en ziekenverpleging in Kortrijk
Van het einde van de 19^e eeuw tot de tweede wereldoorlog
Johan Mattelaer
-

23 NIEUWE ARTSEN BINNEN a|z GROENINGE

24 RECENTE WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

24 WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITEN

Un résumé des articles en français est disponible sur simple demande

EDITORIAAL

Plannenmakers en plantrekkers ⁽¹⁾

Zonder zomaar een uitspraak⁽¹⁾ als dé waarheid aan te nemen, verkiezen we bijna vanzelf het ene woord als positiever geladen dan het andere.

Het andere, 'plantrekker' definieert Van Dale⁽²⁾ als: lijntrekker, profiteur, treuzelaar, maar ook als: iemand die zich wel weet te redden.

Refererend naar de dagelijkse berichten en commentaren betreffende de financiële middelen in de gezondheidszorg is iemand die zich in zijn taak met de beperkte geboden middelen kwaliteitsvol en zuinig weet te redden, een zeer waardevol element.

Naar het echte werk toe, de directe patiëntenzorg, is het 'plantrekken' mogelijk de meest pragmatische en op korte termijn de meest efficiënte benadering.

En toch, er is meer.

Sinds de uitgaven gelimiteerd zijn en men om allerlei redenen naar een budgetstelsel is geëvolueerd, is integratie en participatie van de zorgverstreker in het management een onvermijdelijke en noodzakelijke evolutie.

Wanneer door fusie en complexiteit het werkkterrein breder en moeilijker wordt, is organisatie, beleidsmatig denken en handelen een directe noodzaak.

Nu al - binnenkort nog meer - vraagt men aan de zorgverstreker naast een degelijke professionaliteit een belangrijke deelname in de organisatorische activiteiten.

DR. JAN TAVEIRNE
HOOFDGENEESHEER

(1) "Nederlanders zijn plannenmakers, Vlamingen zijn plantrekkers"
Johan Fleerackers (Mortsel 1931 – 1989).

(2) Grote Van Dale, 13^e druk, 1999, ISBN: 9066484217.
Johan Hendrik van Dale, onderwijzer en stadsarchivaris in Sluis (1828 – 1872).
Nieuw woordenboek der Nederlandsche taal (sinds 1864).

DIENST LONGZIEKTEN: EEN NIEUWE ADEM NA DE FUSIE

De verhuisoperatie van de medische diensten van a|z Groeninge in 2003 eindigde voor de dienst Longziekten op campus Maria's Voorzienigheid. Na een aantal verbouwingen is, in een vernieuwde polikliniek, plaats voor de raadpleging van de vier longartsen, het secretariaat, het longfunctielaboratorium, endoscopielokalen, en radiologie. Voor de hospitalisatie werden twee verpleegafdelingen met in totaal 56 bedden ingericht. Het slaaplaboratorium verhuisde mee vanuit campus Sint-Maarten. Op campus Sint-Niklaas bleven op de Sp-dienst een aantal bedden beschikbaar voor patiënten met nood aan pulmonaire revalidatie.

Een verdere verbetering van de basiszorg voor de patiënt met COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), astma, ernstige longinfecties, longkanker ..., is uiteraard een blijvende doelstelling. Door concentratie van alle pneumologische activiteit op één campus werd het ook mogelijk een aantal vernieuwingen binnen de dienst Longziekten op te starten.

PNEUMOLOGISCHE MEDIUM CARE

De hoge bezettingsgraad op de afdeling Intensieve Zorg van campus Maria's Voorzienigheid stelde problemen voor hospitalisatie van acute longpatiënten op deze dienst. Patiënten met COPD-exacerbaties en status asthmaticus, met ernstige respiratoire infecties of met dreigende respiratoire insufficiëntie, vereisen evenwel nauwkeurige monitoring en intensieve bewaking. Na overleg tussen de artsen, verpleegkundig departement en technische dienst werd het concept van de "Medium Care" ontwikkeld. Twee kamers op de afdeling observatie GNG 1B

werden omgebouwd tot een intensieve eenheid met vijf bedden, waarvan vier met volledige invasieve en niet-invasieve monitoring. Twee oudere toestellen voor **niet-invasieve beademing** werden aangevuld met het Vision-BiPAP toestel, het neusje van de zalm wat niet-invasieve beademing betreft. Een gemotiveerde equipe verpleegkundigen werd door de longartsen en de inscholingscoaches opgeleid. Dankzij de bereidwillige medewerking van het laboratorium beschikt de eenheid ook over een toestel voor bloedgasanalyse ter plaatse. Deze Medium-Care eenheid biedt dus alle mogelijkheden voor intensieve monitoring en

behandeling van patiënten met acute respiratoire pathologie. Het patiëntenprofiel is vooral pneumologisch, naast nu en dan acute geriatrische patiënten. De ernst van de pathologie en de bedbezetting tonen aan dat deze nieuwe dienst zeker aan bestaande noden tegemoetkomt.

PNEUMO-ONCOLOGIE

Longkanker is bij mannen, na prostaatacarinoma, de frequentst voorkomende tumor, bij vrouwen stijgt de incidentie jaar na jaar. In de dienst Longziekten van a|z Groeninge worden jaarlijks ± 120 nieuwe gevallen van longkanker gediagnosticeerd en behandeld. Multidisciplinaire samenwerking is hierbij van groot belang, maar ook binnen de dienst zelf wordt ernaar gestreefd nieuwe diagnostische technieken toe te passen.

NIET-INVASIEVE BEADEMING (NIPPV)

Ernstige exacerbaties van COPD, een status asthmaticus, acuut longoedeem ... zijn klinische toestanden die kunnen leiden tot acuut respiratoir falen met ernstige verstoring van de gasuitwisseling, waarvoor kunstmatige ventilatie levensreddend kan zijn. Sinds de vijftiger jaren van vorige eeuw worden beademingstoestellen gebruikt voor invasieve kunstmatige ventilatie via een endotracheale tube. In veel gevallen een levensreddende behandeling, met evenwel ook een aantal nadelen. Naast de mogelijke complicaties van de intubatie, het ongemak voor de patiënt, nood aan sedatie, hemodynamische problemen, is er vooral het risico op nosocomiale, intubatie-geassocieerde pneumonie. Sinds 1980 werden methodes ontwikkeld voor niet-invasieve positieve drukbeademing. Hierbij wordt de patiënt niet geïntubeerd, maar gebeurt de beademing via een aangezichts- of mond-neusmasker. Deze beademingstechniek bleek zeer efficiënt in de behandeling van geselecteerde gevallen van acuut respiratoir falen van verschillende etiologie. Lege artis toegepast is dit een soepele techniek met groot patiëntencomfort. Goede indicaties voor deze behandeling zijn respiratoir falen door acuut cardiogeen longoedeem, COPD exacerbatie, respiratoire infecties bij neuromusculaire aandoeningen. Een groot aantal patiënten kan zo een intubatie (en soms langdurige en verikkelde) kunstmatige ventilatie bespaard blijven.

Mediumcare



Sinds het fusiejaar 2000 loopt een goed functionerend **Multidisciplinair Oncologisch Consult** voor respiratoire tumoren, met deelname van de longartsen, thoraxchirurgen, oncologen, radiotherapeuten, nucleair geneeskundigen en radiologen. Een grondige bespreking van elk oncologisch dossier garandeert een weloverwogen en verantwoord therapievoorstel voor de individuele patiënt met longkanker. De dienst Longziekten participeert binnen het Vlaams Ziekenhuisnetwerk actief aan de opstelling van het **Oncologisch handboek voor respiratoire oncologie**. Hierin worden de consensusrichtlijnen ontwikkeld voor de behandeling van de verschillende stadia van de diverse types longtumoren. (www.oncozuidwest.be en www.lungcancergruop.be)

Punctie van paratracheale lymphadenopathie



Bronchoscopisch onderzoek is essentieel bij de evaluatie en stadiëring van patiënten met bronchuscarcinoom. De endoscopie-afdeling werd uitgebreid met een eerste **video-bronchoscoop** wat meer mogelijkheden creëert voor teaching en waarbij de vastgestelde endobronchiale letsels op foto of DVD kunnen worden vastgelegd. Daarnaast werd gestart met de uitvoering van **transbronchiale naaldaspiratie (TBNA)**, waardoor op weinig invasieve wijze mediastinale klier aantasting bij bronchuscarcinoom kan worden aangetoond.

NACHTELIJKE POLYSOMNOGRAFIE

Het Centrum voor Slaap en Waak a|z Groeninge werd opgestart medio jaren '90 in het Sint-Maartensziekenhuis. Het centrum is een samenwerking tussen de diensten pneumologie, neurologie en neuropsychiatrie. Naast concrete samenwerking tussen deze diensten op het domein van de slaapgerelateerde pathologie bestaat de hoofdactiviteit in het **nachtelijk polysomnografisch onderzoek**.

Een nachtelijk polysomnografisch onderzoek is de studie van verschillende fysiologische parameters die belangrijk zijn in de slaap. Gedurende de hele nacht volgt men verschillende encefalografische afleidingen (E.E.G.), electro-oculogram (E.O.G.), electro-myogram (E.M.G.) van de kinspijeren, luchtverplaatsing aan neus en/of mond, ventilatie-inspanningen (rekband rond de borstkas en buik), electrocardiogram (E.K.G.), cutane oxymetrie, snurken, lichaamshouding en E.M.G van de musculus tibialis anterior.

Het centrum beschikt over twee slaapeenheden waar acht tot tien nachtelijke onderzoeken gebeuren per week. Na evaluatie van de patiënt hetzij via polikliniek, hetzij gedurende hospita-

lisatie, wordt de indicatie voor het nachtelijk polysomnografisch onderzoek gesteld door een geneesheer-specialist verbonden aan het slaapcentrum. De wachttijd voor dit onderzoek bedraagt gemiddeld vier tot zes weken.

SLAAPSTOORNISSEN EN POLYSOMNOGRAFISCH ONDERZOEK

Bij slaapstoornissen is het klinisch handig deze in te delen in drie categorieën: insomnie (slapeloosheid), hypersomnie (overmatige slaperigheid overdag) of parasomnie (afwijkend gedrag tijdens de slaap). Hoofdindicatie voor een nachtelijk polysomnografisch onderzoek is de evaluatie van een **hypersomnie**probleem. De frequentste indicatie is hierbij het vermoeden van een **obstructief slaapapnoesyndroom (OSAS)**. OSAS is gekenmerkt door herhaalde episodes van obstructie van de bovenste luchtwegen gedurende de slaap. De ademhalingsstoppen (apnoes) of ademhalingsvermindering (hypopnoes) veroorzaken slaapfragmentatie. Deze slaapfragmentatie ligt aan de basis van de klachten van diurne hypersomnie en verminderde cognitieve functies. OSAS verhoogt, onafhankelijk van andere factoren, het risico op cardiovasculaire pathologie. De belangrijkste klachten die bij anamnese een OSAS doen vermoeden, zijn: luidruchtig snurken, door de bedpartner geobserveerde apnoes en diurne hypersomnie. De prevalentie van OSAS in onze regio bedraagt 2 à 4 %. Therapeutische aanpak van OSAS is functie van de ernst van het syndroom: gewichtsreductie, mijden van vesperaal alcohol en sedativa, opheffen van nasale congestie of obstructie, orale anti-snurkapparaten, ... Een bijzonder efficiënte behandeling voor matig tot ernstig OSAS is nasale CPAP. Via een neusmasker onder aangepaste druk wordt de collaps van de bovenste luchtwegen gedurende de slaap vermeden. Nasale CPAP is zeer efficiënt en zal meestal een spectaculaire verbetering teweegbrengen van de klachten van diurne hypersomnie. Polysomnografie is meestal niet noodzakelijk bij evaluatie van **insomnie**. Alleen bij vermoeden van geassocieerde problemen zoals OSAS of "periodic limb movement disorder" wordt polysomnografie overwogen. Bij **parasomnie** kan polysomnografie worden uitgevoerd als er argumenten zijn voor een gewelddadige parasomnie en/of parasomnie met atypische kenmerken met de mogelijkheid van epilepsie. In deze omstandigheden gebeurt een polysomnografie met video-registratie en/of 24-uur EEG-video.

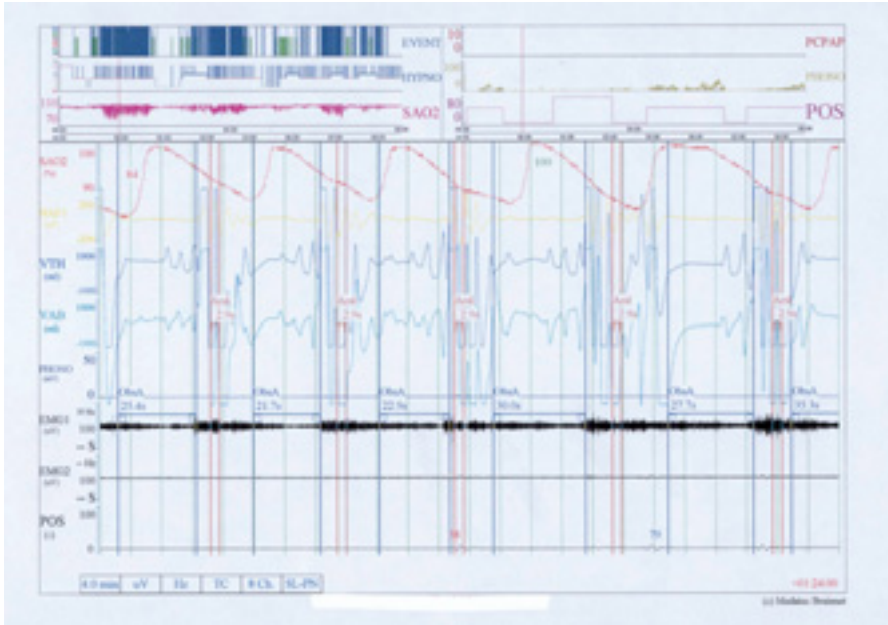
TRANSBRONCHIALE NAALDASPIRATIE (TBNA)

Het aanprikken van mediastinale klieren via bronchoscopie is een techniek die de laatste jaren steeds meer belangstelling geniet, vooral voor de stadiëring van longkanker, maar soms ook voor andere aandoeningen zoals sarcoidose, tuberculose of lymfoom.

Sinds kort wordt deze techniek ook uitgevoerd in de dienst Longziekten van a|z Groeninge. Weefselonderzoek van mediastinale adenopathieën is cruciaal voor patiënten met longkanker die potentieel in aanmerking komen voor curatieve behandeling, voornamelijk wanneer het PET-onderzoek van het mediastinum afwijkend is. Een accurate stadiëring - d.i. uitsluiting of bewijs van lymfeklieruitzaaiing - is bepalend voor het therapeutisch beleid en de prognose. Bij histologisch bewezen mediastinale klier aantasting zijn de overlevingsresultaten van chirurgie alleen teleurstellend en wordt bij voorkeur een multimodale benadering toegepast met bijv. inductiechemotherapie gevolgd door chirurgie.

Transbronchiale naaldaspiratie is een weinig invasieve techniek, vereist geen sedatie en kan ambulant uitgevoerd worden. Bepaalde mediastinale klierstations kunnen transbronchiaal aangeprikt worden met een cyto-histologische aspiratienaald via de bronchoscoop. Dit aanprikken gebeurt na voorafgaande analyse van de thoracale CT-scan. Op die manier kan soms een meer ingrijpend onderzoek zoals een mediastinoscopie vermeden worden.

Dit onderzoek via bronchiale weg is een aanvulling van andere onderzoekstechnieken zoals de echo-endoscopie met trans-oesofagale punctie. Deze laatste techniek is te verkiezen voor het aanprikken van lymfeklieren die gelegen zijn posterieur in het mediastinum of tussen de grote vaten.



Voorbeeld van respiratoire parameters bij patiënt met slaapapnoesyndroom

ROOKSTOPPROGRAMMA

Ondanks alle campagnes in de media en een preventief antitabaksbeleid blijft het aantal rokers hoog. De belangrijkste factor bij het in stand houden van rookgewoonten is nicotine-afhankelijkheid. Daarnaast heeft de roker een verslavend gedrag aangeleerd via het doorlopen van een aantal stadia: het experimenteelgedrag van de jonge roker gaat, via actief zoeken, over naar systematisch gebruik en ten slotte afhankelijkheid. Net zoals dit ontwikkelingsproces is ook stoppen een proces van gedragsverandering. De dienst pneumologie biedt een **rookstop-programma** aan gespreid over zes maanden. De negen rookstopsessies in beperkte groep (max. acht personen) omvatten een gedrags-therapeutische interventie naast een farmacologische ondersteuning en worden medisch en psychologisch begeleid.

Informatie wordt geboden over nicotine-afhankelijkheid, ontweningsproces en ontweningsverschijnselen en hoe gedragsmatig inpikken op risicovolle situaties na rookstop.

Het groepsproces bij de sessies bevordert het leren omgaan met rookbehoeften en het uitwisselen van ervaringen. De medische intake van de kandidaat-rookstopper gebeurt na algemeen internistische en longfunctionele evaluatie.

BESLUIT

De fusie, en het samenvoegen tot één dienst van Longziekten en Allergie op één campus, creëert nieuwe mogelijkheden voor de uitbouw van het diagnostisch en therapeutisch aanbod. Naast een verdere verbetering van de basiszorg voor de longpatiënt, worden ook nieuwe technieken ontwikkeld voor specifieke pathologieën. De pneumologische Medium Care, met de recentste apparatuur voor niet-invasieve beademing, is gericht op de kritisch zieke longpatiënt met

respiratoire insufficiëntie. In de oncologie is er, naast participatie in de multidisciplinaire aanpak, uitbreiding van de endoscopische mogelijkheden, met video-bronchoscopie en transbronchiale naaldaspiratie. Het centrum voor slaapstudie beantwoordt aan de nood voor betere diagnose van een frequente en vaak miskende pathologie. Ook aan preventie wordt aandacht geschonken met het starten van rookstopbegeleiding. Dank zij een vlotte collegiale samenwerking tussen de longartsen, de patiëntgerichte organisatie van de medewerkers in de polikliniek, de deskundigheid en dagelijkse inzet van de verpleegkundigen op de afdelingen, kan de dienst Longziekten a|z Groeninge terugblikken op een geslaagde start en een steeds betere patiëntenzorg, richting nieuwbouw.

DIENST LONGZIEKTEN a|z GROENINGE

Longartsen:

dr. René Deman
rene.deman@azgroeninge.be

dr. Bernard Gheysens
bernard.ghneysens@azgroeninge.be

dr. Michiel Haerens
michiel.haerens@azgroeninge.be

dr. Kris Van Oortegem
kris.vanoorteghem@azgroeninge.be

Locatie raadpleging en hospitalisatie:
campus Maria's Voorzienigheid
Secretariaat:
Tel: 056/24 21 52
Fax: 056/24 21 53

ALS ER IETS

Bij de geboorte zijn de verwachtingen van de ouders hoog gespannen, zij verwachten een perfect kind. De emotionele impact van de eerste confrontatie met een congenitale handaandoening is bij de ouders dan ook overweldigend. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat het uiteindelijk niet de ouder maar het kind is dat het slachtoffer is van een speling van het lot en dat het kind behoefte heeft aan een liefdevolle ondersteuning om de deformiteit te accepteren en de broodnodige emotionele stabiliteit te ontwikkelen. De meeste ouders ontwikkelen na verloop van tijd een zeer realistische en praktische attitude ten opzichte van hun kind met een aangeboren probleem. Maar het is erg belangrijk dat zij de kans en de tijd krijgen hun wroeging, verontwaardiging en frustratie over wat hen overkomen is, te kunnen verwerken.

DE EERSTE CONSULTATIE

Bij de eerste consultatie hebben ouders vaak ontelbare vragen. Op sommige van deze vragen kan geen echt zinvol antwoord gegeven worden. Vaak hebben mensen uit de directe omgeving zoals vrienden en familie al ongevraagd veel "goede raad" gegeven samen met hun persoonlijke visie op de eventuele behandeling. De beste en meest praktische steun die aangeboden kan worden aan deze ouders is een gedetailleerde en op wetenschappelijke feiten gebaseerde uitleg van wat gekend is van deze afwijkingen. De genetische impact voor eventuele huidige of toekomstige kinderen van het gezin en de nakomelingen van het kind zelf dient steeds uitgebreid besproken te worden. Afwijkingen van de bovenste ledematen worden vastgesteld bij ongeveer 4 op 10 000 levend geboren baby's. In ongeveer 1/3 van de gevallen wordt een geassocieerde afwijking gevonden in het hoofdhalssgebied, cardiovasculair, gastro-intestinaal of genito-urinair stelsel. De meeste geassocieerde afwijkingen worden gevonden bij radiair (aan de kant van de duim) gelegen afwijkingen. Een aparte consultatie bij een geneticus is dan ook absoluut noodzakelijk. Tot slot zal men het effect van de groei op de verdere evolutie van de deformiteit zo realistisch mogelijk trachten te voorspellen. Vaak is het nodig om meerdere consultaties te voorzien alvorens een definitief behandelingsplan kan worden opgesteld. Maar het is de eerste consultatie die de belangrijkste is om een band van vertrouwen en rustig overleg te ontwikkelen tussen de ouders en de behan-

AAN DE HAND IS...

delende chirurg. Het is dan ook belangrijk hiervoor voldoende tijd te nemen om een volledige en open discussie mogelijk te maken met de ouders die de kans moeten krijgen om al hun vragen en bezorgdheden te ventileren. Uiteindelijk zullen zij in de plaats van het kind belangrijke beslissingen moeten nemen betreffende de verdere behandeling. Bij deze consultaties zijn foto's veel efficiënter dan woorden. De uitwisseling van ervaring tussen ouders en kinderen met analoge problemen en chirurgie zijn van onschatbare waarde. Het is opvallend dat noch behandelde kinderen noch hun ouders enig bezwaar uiten om in contact gebracht te worden met ouders en kinderen die pas met een gelijkaardig probleem geconfronteerd werden. Vaak worden deze contacten door beide partijen als erg zinvol en louterend ervaren.

Van in het begin dient aan de ouders duidelijk uitgelegd te worden dat, hoewel een conventionele hand wenselijk is, deze betrachting niet altijd waar kan worden gemaakt. Bovendien moeten zij ook van in het begin gewaarschuwd worden voor het feit dat de hand nog zal groeien en dat follow up tot aan de volwassen leeftijd noodzakelijk is om de verdere ontwikkeling van de hand nauwlettend te volgen en zo nodig op tijd in te grijpen. Het creëren van onrealistische verwachtingen is bijzonder gevaarlijk maar omdat zeer veel kan gedaan worden voor het kind met een malformatie is een welgemeend optimisme volkomen gerechtvaardigd.

DE HAND ALS DEEL VAN LICHAAM EN GEEST

Kinderen realiseren zich niet dat ze anders zijn en deze naïeve houding blijft bestaan tot op de leeftijd van ongeveer zes à zeven jaar. Het is in feite de omgeving die door de aandacht te vestigen op de deformiteit het kind bewust maakt van zijn anders zijn. Zo kunnen de vaak onschuldige bedoelde vragen en opmerkingen van jonge speelkameraadjes bijzonder hard aankomen. De bovenste ledematen vormen een integraal onderdeel van het lichaamsbeeld van het kind en zijn nadrukkelijk aanwezig in heel wat elementaire sociale contacten. Het zijn dan ook niet enkel werktuigen om de omgeving te exploreren maar ze hebben vaak ook een belangrijke functie in de communicatie met de omgeving zoals bij "dag zwaaien", een handje geven

Kinderen met congenitale afwijkingen zullen steeds proberen om zich te meten met hun gelijken. Ze zijn vaak zelfs zeer succesvol in het ontwikkelen van substitutiepatronen en trucjes om toch alle mogelijke taken uit te voeren niettegenstaande hun ledematen in mindere of meerdere mate aangetast zijn. Naarmate de ouders het anders zijn van het kind accepteren, zullen zij ook beseffen dat er geen enkele reden is om het kind af te schermen van de omgeving. Het als dusdanig erkennen van de afwijking draagt bij tot de acceptatie van het anders zijn door het kind en voorkomt dat het zijn deformiteit gaat verstoppen. Dergelijk ontkennen en verstoppen van het "anders zijn" is op lange termijn bijzonder destructief voor de psychosociale ontwikkeling van het kind.

Sommige afwijkingen zijn zo uitgesproken dat chirurgie de hand nooit sociaal acceptabel zal kunnen maken. Zware afwijkingen die afhankelijkheid van anderen noodzakelijk maken, roepen bij het kind een gevoel van frustratie en emotionele woede op. Het risico voor het ontwikkelen van asociaal gedrag en belangrijke psychosociale problemen op volwassen leeftijd is bij deze kinderen dan ook reëel.

EEN BEHANDELINGSPLAN

Het alles overheersende doel van de operatieve behandeling is het algemeen welzijn van het kind bevorderen. Congenitale malformaties behoren tot de meest uitdagende problemen voor de handchirurg. Anatomische abnormaliteiten, onvoorspelbare groei en een gebrek aan praktische coöperatie van de patiënt maken het bijzonder moeilijk om aangepaste reconstructieplannen op te stellen. Recentelijk is er bijzonder performante op CT-scan gebaseerde software beschikbaar die de chirurg kan helpen bij het plannen van zijn ingreep. Deze software biedt de mogelijkheid om zowel de chirurgie op het bot als de effecten op de weke delen te simuleren. Er bestaat geen "standaard malformatie" en men moet er zich altijd van bewust zijn dat een onverwacht probleem heel het vooropgestelde behandelingsplan op losse schroeven kan zetten.

De meeste kinderen met congenitale malformaties van de hand hebben een normale intelligentie en hebben een zeer goede motorische controle over hun handen. Meestal hebben ze een normale sensibele maar zij hebben nood aan correctie van de abnormale anatomie van de hand om een goede grijpfunctie te ontwikkelen.

Het ideale resultaat van reconstructieve chirurgie is een normale hand, zowel wat de functie, als wat de cosmetiek betreft. Functie reconstrueren is vaak veel makkelijker dan de reconstructie van de esthetiek. In de westerse wereld hoeft een congenitale malformatie van het bovenste lidmaat zelden of nooit uitsluitend uit functioneel oogpunt behandeld te worden. Er is immers een bijna onuitputtelijke reeks hulpmiddelen voorhanden om zelfs de meest complexe problemen functioneel op te vangen. Het cosmetisch en sociaal acceptabel reconstrueren is dan ook des te belangrijker.

Indien er geen reconstructieve mogelijkheden zijn, dient men het gebruik van prothesen te overwegen. Negentig procent van de activiteiten voor het dagelijkse leven kunnen met één hand uitgevoerd worden. Daarom zullen kinderen met een unilaterale aandoening op lange termijn meestal niet geneigd zijn om blijvend gebruik te maken van een prothese. Op adolescentie leeftijd zullen jongeren met congenitale aandoeningen vaak opnieuw geneigd zijn cosmetische prothesen te gaan gebruiken. Vaak gaat het hen dan helpen in hun verdere psychosociale ontwikkeling.

DE TIMING VAN INGREPEN

De timing van de chirurgie vormt steeds een probleem. In de regel wordt zo vroeg mogelijk geopereerd maar dit vormt geen doel op zich. Het moeilijkste aspect is en blijft het feit dat de ouders beslissingen moeten nemen voor het kind waarbij zij volledig moeten vertrouwen op de chirurg en zijn ervaring om de uiteindelijke beslissing te nemen.

Een van de belangrijke karakteristieken van een congenitale afwijking aan de hand is dat het een dynamisch gegeven is waarop twee factoren invloed kunnen hebben, enerzijds de groei en anderzijds de chirurgie. De groei is per definitie eerder traag en gradueel, de chirurgie is controleerbaar. Meestal is er geen grote urgentie om operatieve correcties uit te voeren.

Sommige aandoeningen dienen in de eerste zes maanden na de geboorte behandeld te worden maar de meeste kunnen behandeld worden rond de leeftijd van één jaar of zelfs later.



De aandoeningen die vroeg behandeld moeten worden, zijn die welke zullen toenemen met de groei.

Rond de leeftijd van één jaar wordt de hand volledig geïntegreerd in de hersenen en wordt het een nuttig instrument voor het kind. Rond deze leeftijd ontwikkelen de grove greep en de pincetgreep tussen de duim en de vingers. Ook zaken zoals zwaaien met de handjes, wat een non-verbale vorm van communicatie is, ontwikkelt op deze leeftijd. De nauwkeurigheid van greep en het verder verfijnen van de coördinatie verbetert samen met de ontwikkeling van meer kracht. Deze ontwikkeling gaat verder tot de leeftijd van ongeveer drie jaar. Een belang-

rijke consequentie van deze ontwikkelingen is dat bepaalde reconstructies, zoals de reconstructie van een duim bij afwezigheid van een duim dient te gebeuren voor de leeftijd van één jaar teneinde maximale functionele integratie van de reconstructie mogelijk te maken.

Het derde leeftijdsbaken ligt rond de leeftijd van zes à zeven jaar. Het is niet alleen het ogenblik waarop de kinderen zich hun anders zijn realiseren maar het is ook de leeftijd waarop ze samen met de overgang naar het eerste leerjaar heel wat nieuwe vaardigheden moeten aanleren. In de regel zal men trachten om alle majeure reconstructies voor die leeftijd afgewerkt te hebben.

Tot slot moet de waarde van een second opinion bij moeilijke beslissingen nog eens extra onderstreept worden. Het mag zeker niet als iets negatief ervaren worden. Voor de ouders heeft het vaak een geruststellend effect en niet zelden zal het de vertrouwensband tussen de behandelde chirurg en de ouders versterken.

PROF. DR. FILIP STOCKMANS

Plastische Heelkunde – Handgroep a|z Groeninge –
Campus Maria's Voorzienigheid
filip.stockmans@azgroeninge.be
Tel: 056 30 59 25



Voorbeeld van uitgesproken symbrachydactyly. Geen enkele vinger is normaal aangelegd en er is een min of meer uitgesproken syndactyly van de vijf stralen. De duim vertoont een "thumb in palm deformiteit". De metacarpaal van de index is zwaar hypoplastisch en de twee proximale phalangen vertonen symphalangisme. Van de middenvinger is enkel de metacarpaal aangelegd. De ringvinger is globaal hypoplastisch met aplasie van de twee proximale phalangen. De pink lijkt biphalangeaal op de postnatale RX maar is triphalangeaal met een delta phalanx. De correctie werd in verschillende tijden uitgevoerd. Op 6 maand werd de "thumb in palm deformiteit" gecorrigeerd met een syndactyly release tussen duim en index. De index werd tegelijk getransfereerd naar de metacarpaal van de middenvinger. Op 9 maand werd er een niet gevasculariseerde transfer uitgevoerd van de proximale phalanx van de derde teen voor de reconstructie van de ontbrekende phalangen van de ringvinger. Op 2 en 3 jaar werden de syndactyly releases uitgevoerd tussen de resterende stralen. Op zevenjarige leeftijd werden er osteotomieën uitgevoerd in de index en ringvinger voor optimalisatie van de functie. Er kon een adequate greep gereconstrueerd worden in de linkerhand met een aanvaardbaar esthetisch resultaat. De reconstructie van een normale hand is in dergelijke gevallen niet mogelijk.



Voorbeeld van een gebalanceerde duplicatie. Op de preoperatieve RX is er een volledige duplicatie van de distale phalanx en een partiële duplicatie van de plompe proximale phalanx (Wassel type III). Typisch hierbij is dat de twee duimen dienen gebruikt te worden voor de reconstructie van een nieuwe duim. De reconstructie van één nieuwe nagel vormt hierbij de grootste uitdaging. Er werd een ruitvormige botsectie uitgevoerd op het niveau van de proximale phalanx en het nagelbed werd gereconstrueerd met de laterale helften van de gedupliceerde duimen. Op de eerste postoperatieve beelden (6 weken na de ingreep) is de duim nog sterk gezwollen. Bij radiografische evaluatie 4 1/2 jaar na de reconstructie is de proximale phalanx qua vorm genormaliseerd in vergelijking met de contralaterale, normale duim. Ook de nagel en globale vorm van de duim konden bevredigend gereconstrueerd worden.

RAMPENBEHEERSING

of “Beheersing van collectieve noodsituaties” en a|Z Groeninge

In de goede oude tijd was er weinig sprake van rampen. Men sprak over “grote ongelucken”, “plaegen ende wreede catastrophen”. Men sprak van “eene straffe Gods veroorzaakt door het slegte leeven, de zondigheid ende het werk van den duivel...” Langzaam groeide het risicobesef. Men ging ongevallen analyseren en oorzakelijke verbanden leggen. Zo ontstond het gegeven “preventie”. Men maakte zelfs interventieplannen mochten zich grootschalige ongevallen voordoen. Deze plannen werden rampenplannen genoemd. Deze benaming werd sinds een tweetal jaar niet meer correct bevonden. Inderdaad, een ramp kan men niet plannen, anders zou het geen ramp zijn. Er werden definities allerhande geformuleerd om een ramp te omschrijven. Hieruit ontstond de terminologie rampenbeheersing, rampenmanagement of nog beter “beheersing van collectieve noodsituaties”.

Gezien de sterke evolutie binnen het rampenmanagement en de multidisciplinaire aanpak ervan (medische, technische, en ordediensten) is rampenbeheersing een vak op zich geworden. Heel wat hulpdiensten worden ingezet, elk met specifieke taken en bekwaamheden. Er moet coördinatie en overleg zijn. Er moeten veilige zones worden bepaald en in locaties voor een eerste opvang worden voorzien. Bovendien wordt het rampenmanagement aangepast volgens verschillende rampentypes; denken we onder meer aan natuurrampen, nucleaire en biochemische ongevallen, grootschalige ongevallen met ondergrondse leidingen, spoorweg- en vliegtuigongevallen. Men organiseert allerhande opleidingen in dit verband. Rampenbeheersing is voor niet-ingewijden een eerder complexe materie geworden. Gezien de multidisciplinaire aanpak van een rampsituatie organiseerde a|z Groeninge in de maand april 2005 een symposium bedoeld voor de verantwoordelijken van de verschillende hulpverlenende organisaties die bij rampenbestrijding zijn betrokken. Er kwamen nieuwe onderwerpen aan bod zoals onder meer crisispsychologie, terrorisme en commandovoering, gebracht door specialisten ter zake.

a|z Groeninge opteert om actief mee te werken in de vernieuwing van de rampenbeheersing, en op regelmatige tijdstippen een dergelijk symposium te organiseren.

- Het personeel van ons ziekenhuis ontwikkelde een computerprogramma voor slachtofferregistratie bij rampen.
- Heel wat ideeën over rampenmanagement en communicatiepatronen worden vanuit onze diensten naar voren gebracht en gebruikt in de praktijk.
- Bij rampen gebruikte documenten werden op onze dienst spoedgevallen ontwikkeld.
- Onze sociale dienst volgde een specifieke opleiding voor opvang, begeleiding en registratie van slachtoffers bij rampsituaties.

Onze dienst spoedopname en MUG-equipen bewezen al herhaaldelijk hun kunde en efficiënte aanpak bij echte rampsituaties, ook buiten onze provincie.

Bij rampen met veel slachtoffers is een organisatorische heroriëntatie binnen de ziekenhuizen noodzakelijk. Hiertoe werd door de wetgever een “interne planning bij externe rampen” opgelegd. Het betreft onder meer het voorzien van ruimtes voor opvang van gekwetsten, opvang van familieleden, pers en beleidsverantwoordelijken. Er moet bovendien een optimale zorgverstrekking gewaarborgd worden door een aangepaste bestaffing van artsen en verplegenden. Via een coördinatiefel binnen het ziekenhuis moet alles in goede banen worden geleid. Om een overrompeling door toestromende patiënten op de dienst spoedopname te voorkomen, zijn enkele elementen in de externe rampenplanning voorzien die een verspreiding van de slachtoffers over de verschillende ziekenhuizen in de regio waarborgen. Hiertoe hanteert men een vooraf overeengekomen vaste verdeelsleutel (regulatieschema of ziekenhuis-

verdeel-schema). Indien een ziekenhuis de patiëntentoevloed niet meer aankan of in overbezetting gaat, bestaan ook mechanismen die ervoor zorgen dat er geen nieuwe patiënten meer naar dit ziekenhuis worden doorgestuurd, zelfs niet binnen het reguliere 100-gebeuren. Op het rampterrein gaat men de slachtoffers verzamelen en een persoonlijke triagekaart met uniek nummer toekennen. De patiënten worden getrieerd naar graad en ernst van de verwonding of aandoening. Hiertoe hanteert men een internationaal gebruikte triagekaart (ook mettagkaart genoemd) met een specifieke kleurencode volgens de ernst van de toestand van het slachtoffer. Hierna worden de slachtoffers in een “noodhospitaal” (tent of nabijgelegen gebouw) gestabiliseerd in afwachting van transport. De transportprioriteit en de ziekenhuisbestemming wordt bepaald aan de hand van de toegekende kleurencode en volgens het ziekenhuisverdeelschema.

De interne planning in het ziekenhuis sluit aan op het **externe medische rampenplan**. Zodra de patient op de dienst spoedgevallen aankomt, gebeurt een nieuwe inschatting van de toestand (her-triage) en wordt hij naar een behandelzone “gereguleerd”.

Op onze dienst spoedopname zijn verschillende scenario's voorhanden afhankelijk van het type ramp. Denken we bijvoorbeeld aan een biochemische of nucleaire ramp waarbij de patiënten eerst via de aangepaste onderzoekzaal (campus MV) moeten passeren om er uitgekled te worden, onder de douche te gaan

De bombardementen door de geallieerden op de stad Kortrijk in 1944 zijn de grootste ramp die de stad ooit getroffen heeft. Toen bestond er nog geen rampenplan!! (hoek van de Leiestraat en de O.L.Vrouwestraat, huidige hoek Europabank).



OBESITAS

een welvaartsziekte die ons overspoelt...

Overgewicht, obesitas en morbide obesitas zijn ziektes waarvan de prevalentie wereldwijd enorm toeneemt. Deze ziektes zijn natuurlijk uitingen van de toenemende welvaart. Problematisch is dat deze welvaartsziekte meer en meer ons algemeen welzijn aantast. Dramatisch voor de volksgezondheid is dat ook het gewicht van onze jongeren (adolescenten maar ook kinderen) toeneemt.

OVER HOEVEEL MENSEN SPREKEN WE ...

Praktisch wordt bij het bekijken van prevalentiecijfers in het kader van gewicht nog steeds vooral gebruik gemaakt van de BMI (Body Mass Index). De Body Mass Index wordt berekend door het gewicht van de patiënt te delen door de lengte (uitgedrukt in meter) in het kwadraat. Op die manier worden ook de begrippen overgewicht (BMI tussen 25 en 30 kg/m²), obesitas (BMI tussen 30 en 40 kg/m²) en morbide obesitas (BMI hoger dan 40 kg/m²) gedefinieerd. De BMI is nog altijd het meest gehanteerde middel om over gewicht te spreken. Metabool zien we echter dat vooral de verdeling een belangrijke rol speelt. Zo is abdominale obesitas (uitgedrukt in buikomtrek) ook opgenomen in de definitie van het metabool syndroom en niet de BMI.

De laatste decennia is de gemiddelde BMI wereldwijd fors toegenomen. Indicatief hiervoor zijn de cijfers uit de Verenigde Staten. Deze toename situeerde zich vooral fors tijdens de jaren tachtig. Tijdens de NHANES II (National Health and Nutrition Examination Study) uitgevoerd tussen de jaren 1976 en 1980, had 52 % van de mannen en 42 % van de vrouwen overgewicht terwijl tijdens NHANES III uitgevoerd tussen 1988 en 1994, 60 % van de mannen en 51 % van de vrouwen teveel woog (1). Dit is geen louter Amerikaans fenomeen, ook in andere geïndustrialiseerde landen zien we een forse toename.

Ook België ontsnapt niet aan dit fenomeen. De BIRNH-studie (Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health) (2) een onderzoek uitgevoerd tussen 1979 en 1984 bij 11.000 personen tussen 25 en 75 jaar oud, toonde een prevalentie van overgewicht aan bij 32,5 % van de vrouwen en bij 46,5 % van de mannen, terwijl obesitas vastgesteld werd bij 18,4 % van de vrouwen en bij 12,1 % van de mannen. De BELSTRESS-studie (3) (1994 en 1997) toonde aan dat 50 % van de mannen en vrouwen een te grote lendenomtrek hadden. We spreken hier dus over een "ziekte" die pandemische vormen aanneemt en de komende decennia een enorme invloed zal hebben op onze volksgezondheid, niet in het minst door de verschillende complicaties van overgewicht. Dit zal natuurlijk ook gepaard gaan met een enorme impact op het budget van onze sociale zekerheid.



ALLE PONDJES GAAN DOOR HET MONDJE...

Het aantal exogene oorzaken van overgewicht zijn beperkt. Meestal is de oorzaak een onevenwicht tussen inname en verbruik van energie. Toch kunnen we hieromtrent enkele bemerkings maken. Zo werd onder andere aangetoond dat borstvoeding protectief lijkt te zijn tegen overgewicht op latere leeftijd (4). Daarnaast is ook geweten dat orale anti-contraceptiva, rookstop en het begin van de menopauze aanleiding kunnen geven tot gewichtstoename. Soms is de gewichtstoename het gevolg van bepaalde medicatie: anti-epileptica, psychoactieve geneesmiddelen en antidiabetica. Daarnaast zijn er ook endocrinologische oorzaken van gewichtstoename bekend: hypothalamische obesitas, ziekte van Cushing, hypothyroïdie, groeihormoon tekort en PCOS (Polycystisch Ovarieel Syndroom). Er zijn ook enkele zeldzame genetische oorzaken zoals het Prader Willi-syndroom beschreven.

Medicatie	Anti-epileptica Psychoactiva Antidiabetica Insuline
Endocrinologische oorzaken	Hypothalamische ziektes Ziekte van Cushing Hypothyroïdie
Genetische oorzaken	Bvb Prader Willi-syndroom

Meestal is echter de voornaamste oorzaak te vinden in slechte voedingsgewoontes en een sedentaire levensstijl. Dit is natuurlijk niet alleen een individueel maar ook een maatschappelijk gegeven. Als we eens denken aan de kilo's junk food die we verorberen en ook aan het gebrek aan fysieke beweging tijdens onze ontspanningsmomenten, dan kunnen we onmiddellijk de huidige trend begrijpen.

MEER DAN EEN MOOI FIGUUR...

Overgewicht en obesitas zijn risicofactoren voor andere ziektes en dienen om die reden dan ook vroegtijdig en misschien agressief aangepakt te worden. De levensverwachting daalt bij overgewicht. Zo is de levensverwachting van een 40-jarige zwaarlijvige vrouw 7 jaar korter dan het gemiddelde en van een 40-jarige zwaarlijvige man 6 jaar korter (5). Daarnaast worden als voornaamste gevolgen vermeld: diabetes type 2, arteriële hypertensie, ischemisch hartlijden, galblaaspathologie, leversteatose, artrose, borstkanker, endometriumkanker en colonkanker (6). Een vrouw met een BMI tussen 25 en 27 heeft 8 maal meer risico op het ontwikkelen van diabetes type 2, dan een vrouw met een BMI lager dan 22. Als het BMI hoger is dan 40 is het risico op diabetes 40 maal hoger. Naast deze objectieve ziektes zijn er natuurlijk ook een aantal subjectieve klachten die een rol spelen bij overgewicht. We vermelden hier bijvoorbeeld rugpijn, transpiratie, slapeloosheid, kniepijn enz...

Gewichtsreductie	- 10 %
Mortaliteit	- 20 %
LDL cholesterol	- 10-15 %
Triglyceriden	- 20-30 %
Glycemie nuchter	- 50 %
Bloeddruk	- 10 mm Hg

Het is gebleken dat een kleine gewichtsreductie van 10 % op metabool vlak heel gunstige effecten heeft. Een gewichtsreductie van 10 % doet de nuchtere glycemie met 50 % dalen, de bloeddruk daalt met 10 mm Hg, de LDL cholesterol daalt met 10-15 % en de triglyceriden met 20-30 %. Ook is er een belangrijke verbetering van de subjectieve klachten en een daling van het totale sterftecijfer met 20%.

DIET, JA MAAR SOMS IS ER EEN PIL NODIG...

Het is duidelijk dat gewichtsreductie maar kan bereikt worden door een combinatie van vermindering van inname van energie en oprijven van het verbruik. Een dieet dient langdurig volgehouden te worden. Daarom wordt een dieet geadviseerd dat 500-1000 kcal onder de uitgangswaarde ligt en zeker niet lager. Het beste resultaat wordt bereikt indien de patiënt er daarnaast ook in slaagt om zijn fysieke inspanningen op te drijven. Dertig minuten per

dag fysieke inspanning (lopen, fietsen, wandelen) van een matige intensiteit wordt geadviseerd.

Het is duidelijk dat diëten ook een effect heeft op de "psychologie" van de mens. Bovendien is een gewichtstoename ook het gevolg van bepaalde eetstoornissen. Daarom wordt het beste resultaat behaald indien er ook een psychologische begeleiding is.

Een energiedeficit van 7000 kcal komt overeen met een gewichtsverlies van ongeveer 1 kg. Daarom zal een matige energiebeperking van 500 tot 1000 kcal (Low calory diet) op 24 uur leiden tot een gewichtsverlies van 0,5-1 kg per week en zal men er op deze manier in slagen om ongeveer 10 % gewicht te verliezen op 5 maanden tijd. Vandaar dat we in het obesitascentrum gedurende een zestal maanden de patiënten opvolgen.

De Belgian Association for the Study of Obesity schreef een soort consensus over de te volgen maatregelen (zie tabel).

Soms kan medicatie ook een hulp zijn. De BASO-consensus voorziet in medicatie voor hen die een BMI hebben hoger dan 27 en co-morbiditeit of voor hen met een BMI hoger dan 30. In feite zijn er op heden maar 2 medicaties officieel ter beschikking. We spreken over Orlistat (Xenical) en Sibutramine (Reductil). Binnenkort komt echter ook Rimonabant (Accomplia) op de markt.

Hoe lang deze medicatie moet worden genomen is onduidelijk. Wel is het zo dat, indien er gedurende de eerste vier weken van de behandeling geen 2 kg gewichtsverlies of na 12 weken niet minimaal 5 % gewichtsverlies is, ze beter kan worden gestopt. Het extra effect op placebo in combinatie met dieetmaatregelen (-500 kcal per dag) is zo'n 3 tot 6 kg. Anders uitgedrukt: het percentage patiënten dat er in slaagt om 10 kg of 10 % van hun gewicht te verliezen (metabool nuttig) is 2 tot 4 maal groter met medicatie. Belangrijk is ook dat in het tweede jaar inname er met deze medicatie minder gewichtstoename is dan met placebo.

a. Orlistat (tetrahydro-lipstatine)

Orlistat is een specifieke inhibitor van de gastro-intestinale lipasen. Op die manier verhindert het de vertering en blokkeert het de resorptie van

ongeveer 30 % van de voedingsvetten. De werking ervan vindt plaats in het spijsverteringsstelsel. Het heeft geen centraal werkend anorexigene effect. De dosis bedraagt 120 mg bij elke maaltijd (dus 3 maal per dag). Er is natuurlijk weinig tot geen effect als deze medicatie wordt genomen zonder de hulp van een dieet. De nevenwerkingen kunnen bijna altijd worden verklaard door een slecht volgen van het voorgeschreven dieet (best een vetbeperking tot 30 % van de dagelijkse energietoever). We vermelden: vette stoelgang, olieachtig anaal verlies...

Op die manier kan ook de opname van de vetoplosbare vitamines geremd worden, wat soms noopt tot extra toedienen van multivitaminencomplexen indien het preparaat langdurig wordt gebruikt.

Bij deze medicatie werden ook gunstige effecten beschreven op LDL cholesterol en ook op het HbA1c bij diabetici.

b. Sibutramine

Sibutramine behoort tot de groep van de anorexigene geneesmiddelen. Deze medicatie werkt door een verhoging van de intrasynaptische concentratie van dopamine, noradrenaline en adrenaline en/of serotonine. Sibutramine werkt door de inhibitie van de neuronale heropname van noradrenaline en serotonine en, in mindere mate, van dopamine. De gebruikelijke begin-dosis bedraagt 10 mg per dag, eventueel te verhogen naar 15 mg per dag. In tegenstelling tot amfetaminederivaten geeft sibutramine geen aanleiding tot afhankelijkheid. Als mogelijke nevenwerkingen worden een lichte toename van de hartfrequentie en van de bloeddruk vermeld. Het kan ook niet gecombineerd worden met andere medicatie uit de klasse van de SSRI's. Indien er onvoldoende effect is na 3 maanden kan de dosis Reductil verhoogd worden naar 15 mg per dag.

c. Rimonabant

Rimonabant is een endocannabinoid receptor antagonist die binnenkort op de markt zal komen onder de naam Accomplia. Het werd al onderzocht bij 1507 patiënten met een BMI hoger dan 30 kg/m² die gedurende 1 jaar behandeling kregen met rimonabant 5 of 20 mg per dag of placebo in combinatie met een dieet. Het gewichtsverlies na 1 jaar bedroeg respectievelijk 3,4, 6,6 en 1,8 kg na 1 jaar. 51 % van de patiënten in de Rimonabant 20 mg groep



verloren meer dan 5 % lichaamsgewicht (7). Als nevenwerkingen werden vermeld nausea, diaree, hoofdpijn, duizeligheid en gemoedswisselingen.

Aanpak van gewicht is meer dan het advies om minder te eten...

Stilletjes aan zijn we ons bewust aan het worden dat overgewicht een probleem is en dat misschien nog meer zal worden. Het is dan ook een "challenge" voor de medische wereld maar ook voor de overheid om dit gigantische probleem in te dijken. Ervaring heeft ons geleerd dat een houding van: ...'je moet maar minder eten'... niet de juiste is. De aanpak van een patiënt behelst immers meerdere facetten die allemaal even belangrijk zijn. Natuurlijk zijn dieetadviezen onontbeerlijk, maar deze moeten gepaard gaan met motivering tot meer bewegen. Zoals al eerder vermeld, is ook een psychologische aanpak hierin noodzakelijk.

Maar ook de overheid dient dringend maatregelen te nemen om ons allen weer gezond te leren eten en ons weer in beweging te krijgen anders gaan we regelrechte rampen tegemoet net zoals dat nu gebeurt bij ons grote voorbeeld de Verenigde Staten. Een toekomstbeeld waar kinderen enkel nog computerspelletjes spelen, op hun twaalfde niet meer kunnen bewegen door overgewicht, op hun zestiende diabetes krijgen en op hun twintigste hun eerste infarct doormaken, kan toch niet zijn wat we wensen voor onze kinderen en kleinkinderen...

HET OBESITASCENTRUM

Om te anticiperen op het groeiend obesitasprobleem werd op 1 januari 2005 het 'Obesitascentrum' van a|z Groeninge opgericht, vanuit de dienst abdominale chirurgie. Het team werd uitgebreid met een coördinator, 2 gastro-enterologen, een endocrinoloog en fysiotherapeut. Het centrum beschikt over een eigen diëtiste, psychologe en kinesitherapeut.

Het is de bedoeling een oplossing op maat te creëren. Iedere patiënt die last heeft van overgewicht wordt gezien door de coördinator en van

Behandeling	BMI 25-26,9	BMI 27-29,9	BMI 30-34,9	BMI 35-39,9	BMI > 40
Dieet, fysieke activiteit en gedragstherapie	Met co-morbiditeit	Met co-morbiditeit	+	+	+
Farmacotherapie		Met co-morbiditeit	+	+	+
Heelkunde				Met co-morbiditeit	+

daaruit verwezen naar het chirurgische of het niet-chirurgische traject. Patiënten die in aanmerking komen voor een operatie en erom vragen worden aansluitend gezien door één van de chirurgen.

Degene die niet willen of niet in aanmerking komen voor een operatie, kunnen een **multidisciplinair** programma volgen. Vooraf worden de personen gescreend op co-morbiditeit door een arts-internist. Als er geen contra-indicatie is, kunnen zij het niet-chirurgische programma volgen. Daar worden zij door een team van een psychologe, een diëtiste en een kinesiste begeleid in hun strijd tegen overgewicht. Gedurende 5 maanden worden groepen van maximum 10 personen door dit team begeleid, om de 2 weken gedurende 3 uur (1 uur bij de diëtiste, 1 uur bij de psychologe en 1 uur bij de kinesiste), tussenin 2 maal per week verplicht sporten in de oefenzaal.

HET MULTIDISCIPLINAIR PROGRAMMA

a. dieet

Binnen de multidisciplinaire aanpak van het obesitascentrum vormen de dieetsessies een belangrijke peiler. In deze sessies worden de verschillende voedingsaspecten door de diëtiste toegelicht, waarbij voldoende ruimte gelaten wordt voor groeps gesprekken en het bespreken van alle mogelijke vragen en problemen.

Voor elke patiënt wordt een persoonlijk dagschema opgesteld in samenspraak met de patiënt zelf. Het is belangrijk dat hij of zij zelf volledig achter dit schema staat. Enkel op deze manier kan de patiënt zich goed voelen in het dieet en kunnen de voedings- en gedragsveranderingen ook volgehouden worden op lange termijn.

Honger lijden is dus uitgesloten. Er wordt geopteerd voor een geleidelijke aanpak met langzame maar blijvende gewichts daling.

Als basiswerktuig wordt een eetdagboek gebruikt, dat de patiënten wekelijks persoonlijk invullen. Op deze manier kan ieder voor zich inzicht verwerven in zijn eetgewoonten, wat noodzakelijk is om tot een gedragswijziging te komen.

Daarnaast krijgt de patiënt voldoende informatie rond gezonde voeding en het vermageringsdieet. Ook productinformatie, recepten en voedingstips komen aan bod. Na 6 maanden samenwerken wordt ook gekeken hoe het verder moet na die 12 sessies en krijgt de patiënt de mogelijkheid tot het bijwonen van opvolgsessies.

b. psychologie

Met het programma streven we naar een levensstijlverandering, waarbinnen gezonde voeding en beweging een plaats krijgen. Om deze verandering blijvend en op lange termijn te kunnen bewerkstelligen, zijn naast dieet en beweging ook een aantal andere accenten nodig. Hier komt de psychologie ten tonele.

Ten eerste wordt er via het bijhouden van het eetdagboek gestreefd naar bewustwording en inzicht in het eigen eetgedrag. Op basis van de verkregen informatie leren de deelnemers zelf een analyse maken van hun eetgedrag. We gaan ervan uit dat zelf leren zoeken naar oplossingen de integratie van het aangeleerde zal bevorderen.

In eerste instantie leren mensen omgaan met verleiding en sociale druk. Vervolgens proberen we in de sessies rond stresshantering de negatieve spiraal van emotioneel eetgedrag (waarbij men zich door overeten vaak nog slechter gaat voelen, wat aanleiding is om nog meer te eten) te doorbreken. Verder krijgen psychologische gevolgen van overgewicht zoals sociale isolatie en een negatief zelf- en lichaamsbeeld een belangrijke plaats.

Binnen het kader van hervalpreventie wordt zéér veel aandacht besteed aan het motivatieproces. Daarin is het leren stellen van realistische doelen en het opsporen van denkpatronen die een levensstijlverandering in de weg staan van essentieel belang.

We hopen, dat we met dit interactieve groepsaanbod een blijvende gedragsverandering bereiken zodat de kans op herval minimaal is, eens de steun van de groep wegvalt.

c. lichaamsbeweging

Onder begeleiding en supervisie van een kinesitherapeut, worden de personen 2 maal per week in de oefenzaal getraind. Op die manier worden niet alleen minder calorieën ingenomen, maar worden er ook meer verbruikt.

BESLUIT

Obesitas is een zeer belangrijk medisch en socio-economisch probleem geworden. Onze strijd ertegen moet multidisciplinair gebeuren. Het obesitascentrum is een eerste poging om dit te realiseren. De nietchirurgische aanpak is één deel van de behandeling. Daarnaast bestaat er ook 'bariatrische chirurgie'. Over het hoe, wat, wanneer en waarom, meer in het volgende nummer van dit tijdschrift.

*** Het Obesitas team: dr. Frank Van Rooy, dr. Dirk Devriendt, dr. Franky Vansteenkiste, dr. Gerd Vanhaverbeke, dr. Christophe George, dr. Ann Elewaut, dr. Philippe Compennolle, mevr. Gerda Vandendriessche, mevr. Greet Vervenne, mevr. Sofie Decock, mevr. Jorien Fieuw.**

Het Obesitascentrum a | z Groeninge
Campus Sint-Niklaas
obesitascentrum@azgroeninge.be
tel: 056 24 24 00
www.obesitas-centrum.be

REFERENTIES

1. Flegal KM, Carrol MD, Kuczmarski RJ et al. Overweight and obesity in the United States : prevalence and trends, 1960-1990. Int. J. Obes Relat Metab Disord 1998; 22: 39.
2. Kornitzer M, Bara L. Clinical and anthropometric dates, blood chemistry and nutritional patterns in the Belgian population according to age and sex. For the B.I.R.N.H study group. Acta cardiologica 1989; 44 (2) : 101
3. Moreau M, Valente F, Mak R, Pelfrene E, de Smet P, De Backer G and Kornitzer M. Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce : the Belstress Study. Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28 : 574.
4. Hediger ML, Overpeck MD, Kuczmarski RI, Ruan WJ, Association between infant breastfeeding and overweight in young children. JAMA 2001; 285: 2453.
5. Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis, Ann Intern Med 2003; 138(1): 24-32
6. Wolf AM, Colditz GA, Current estimates of the economic loss of obesity in the United States, Obes Res 1998; 6 (2): 97-106.
7. Van Gaal LF, Rissanen AM, Scheen AJ et al. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1 year experience from the RIO Europe study. Lancet 2005; 365 : 1389

CHRONISCHE WONDZORGCONSULTATIE

De laatste jaren is er een evolutie in de kennis omtrent wondheling en wondbehandeling.

Meerdere nieuwe types verbandmaterialen, zelfs bio-dressings, verschenen op de markt, evenals nieuwe verbandtechnieken. Uiteraard kan de aanpak van een wonde pas juist zijn na een correcte diagnose en dient de voorgestelde behandeling dan ook, vaak langdurig, nauwgezet gevolgd te worden door de patiënt.

De **chronische wondzorgconsultatie** werd gestart om deze doelstellingen nog beter te realiseren. Hoewel ze werd opgestart door de dermatologie, is hier een multidisciplinaire samenwerking met de huisarts en andere specialiteiten vaak onontbeerlijk. Na een juiste diagnose vereist wondverzorging een deskundige verpleging. De samenwerking op de wondzorgconsultatie tussen arts en wondverpleegkundige is voor beiden stimulerend en komt ook de patiënt ten goede. Uiteraard is communicatie met thuiszorg, familiale omgeving even belangrijk: samenwerking op de raadpleging wordt hierdoor mogelijk.

In eerste instantie dient steeds de etiologie van een chronische wonde bepaald te worden. Een wonde blijft een symptoom van een onderliggend probleem. Daarna wordt de oorzaak, zo mogelijk, behandeld en heeft de wondverzorging tot doel de secundaire wondheling te stimuleren en optimaal te laten gebeuren. Ook is pijnbestrijding soms nodig gedurende het hele verzorgingsproces.

ETIOLOGIE

Veneuze ulceraties zijn nog steeds de voornaamste oorzaak van onderbeenwonden. Deze komen voor bij 0,15 tot 0,5% van de populatie

en zijn een belangrijke bron van verminderde levenskwaliteit. Bij onaangepaste aanpak vormen ze ook een grote kost voor patiënt en maatschappij.

De diagnostiek gebeurt hier veelal klinisch: geassocieerde aandoeningen zoals diabetes, arteriële insufficiëntie dienen te worden opgespoord. De hoeksteen van de behandeling blijft adequate compressietherapie. Vooral bij een langer bestaand oedeem moet in eerste instantie met korte rekwindels worden gezwachteld en dienen de juiste instructies besproken en herbesproken te worden op elke raadpleging. In een later stadium en na genezing kan worden overgeschakeld op lange rekwindels en/of steunkousen. Deze blijven vaak ook langer

geïndiceerd, zelfs na heelkundige ingrepen als stripping en/of afbinden van perforanten bij patiënten lijdend aan chronische veneuze insufficiëntie!

Arteriële insufficiëntie kan aanleiding geven tot duidelijk meer pijnlijke onderbeen- en/of voetulcera waarbij bijkomend technisch nazicht aangewezen is voor screening naar indicatie voor revascularisatie. Bij afwezigheid van diabetes kan een enkel-armindex groter dan 0,75 belangrijke macro-angiopathie uitsluiten. Indien nodig dienen bijkomende technische onderzoeken (arteriële duplex, CT-angio) gevraagd evenals screening naar vasculair lijden elders op het bloedvatstelsel.

Bij neuropathische ulcera, vooral bij het malum perforans dat bij diabetici frequent voorkomt, zal naast de wondverzorging, ook de aanpak van de statiek en een eventueel onderliggend orthopedisch probleem, noodzakelijk zijn om genezing en recidief te voorkomen. Samen met de micro-angiopathie zijn deze ulcera frequent de bron van uitbreidende infecties met sepsis en noodzakelijke amputatie als gevolg. Deze wonden vergen een multidisciplinaire raadpleging zoals de diabetesvoetconsultatie.

Tot slot zijn er een aantal minder frequent voorkomende oorzaken van ulcera waarbij het dermatologische symptoom ulcus al dan niet geassocieerd is met onderliggende pathologie. Infectieuze ulcera als leishmaniosis zijn in onze streek zeldzamer maar komen af en toe voor.

Fig.1.

Veneuze ulceraties met eczematistatie en tevens twee mechanische bullae (schoenen)



Fig.2

Arteriële insufficiëntie



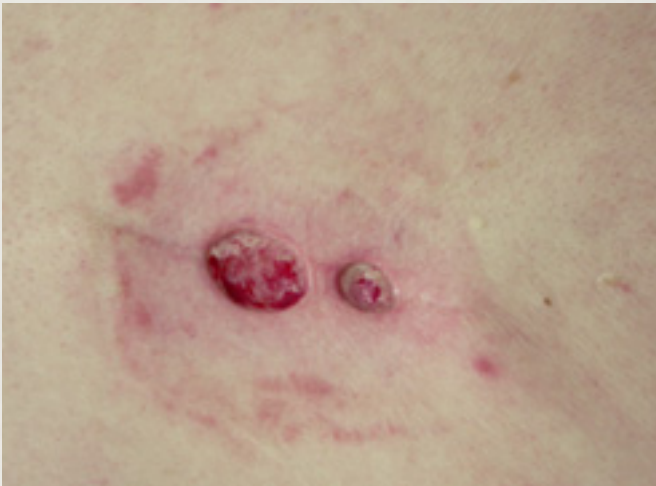


Fig.3
Pyoderma gangrenosum

Metabole aandoeningen, bijv. jichttophi, bemoelijken meer dan eens de genezing van ulcera.

Louter dermatologisch zijn er baso- en spinocellulaire carcinomen, waarbij vooral de eerste vaak silentieus evolueren en kunnen gelijken op veneuze wonden.

Pyoderma gangrenosum zijn kleine tot soms spectaculaire ulcera met wat necrotisch aspect als gevolg van lokale vasculitisreactie en zijn vaak een symptoom van inflammatoire darm-pathologieën of hematologische aandoeningen. Zij vergen lokale of systemische immuun-deprimerende behandelingen en geen debridatie!

Ook bij vasculitis (van de kleine of middelgrote bloedvaten) zijn er frequent huidulcera. Een juiste classificatie is noodzakelijk, met het oog op de juiste behandeling. Tot slot kunnen ook medicaties (o.a. Hydrea,) verantwoordelijk zijn voor huidulcera.

WONDGENEZING

Bij het stimuleren van wondgenezing per secundam intentionem, gebeuren de volgende stappen: inflammatie met bindweefselvorming en neo-angiogenese, ontstaan van granulatieweefsel met ook wondcontractie en tot slot re-epidermisatie die ontstaat vanuit de wondrand en de huidnexusen. Deze stappen gebeuren het best in een vochtig wondmilieu, wat wij bij de verzorging nastreven.

PRAKTISCH

De strategie bestaat erin necrose te verwijderen, infectie te elimineren en te voorkomen, overmatig exsudaat te absorberen, om tot een vochtige wonde te komen die daarna dient beschermd te worden tegen verwonding. Ook de perifere huid dient beschermd en vaak ook verzorgd voor bijkomend probleem van irritatie en/of contacteczeem. Er zijn multipale soorten verbanden en nog veel meer verschillende gecommmercialiseerde verbanden op de markt.

Vaak zal empirisch of/en economisch getracht worden deze massa's te verminderen tot een meer beheerbare lijst van producten waaruit dan het juiste verband wordt gekozen. Verbandclassificatiesystemen, vaak door elke firma vooropgesteld met eigen producten, worden meer dan eens voorgesteld als wondzorgprotocol. Men probeert hiermee op een eenvoudige wijze het meest geschikte verband voor een bepaalde wonde voor te stellen.

In de praktijk zal men vaak het zwartgeelrood model als wondclassificatie voorstellen met verdere opsplitsing volgens de graad van exsudatie van een wonde.

DR. ERWIN SUYS

Chronische wondzorgconsultatie a | z Groeninge
Campus Sint-Niklaas
erwin.suys@skynet.be
tel.: 056 252650

ENDONASALE DACRYOCYSTORHINOSTOMIE (DCR)



Het aanleggen van een stoma tussen de traanzak en de middenste neusgang langs endonasale weg is een techniek die al beschreven werd aan het einde van de negentiende eeuw, dus voordat de “meer conventionele” externe techniek gepubliceerd werd. Sinds enkele jaren floreert de endoscopische neus- en sinuschirurgie, wat de anatomische en dus chirurgische inzichten endonasaal ten goede komt.

ANATOMIE EN ETIOLOGIE

De traanzak ledigt zich normaal in de **onderste neusgang** (afb. 1a). Het laatste traject van de traanweg kan disfunctioneel zijn of worden door

1. congenitale membraneuse of benige dys- of aplasie
2. repetitieve dacryocystitis
3. trauma: er is in de literatuur de laatste jaren een toename van traumatische, vaak iatrogene traanwegpathologie: verwikkeling van endoscopische neus- sinusheelkunde
4. externe (nasale of sinusale) tumoren, tumoren van de traanwegen zelf zijn zeldzaam
5. Ten slotte kan het kanaal “passief” ondoorgankelijk zijn: enkel bij externe druk wordt het doorgankelijk

Preoperatief zijn dus onontbeerlijk: een consult bij de oogarts, een consult bij de neus-keel-oorarts en een CT-scan van de sinussen (twee incidenties).

FILOSOFIE EN TECHNIEK VAN DE INGREEP

Langs de neus (endoscopisch) wordt naast wat mucosa een botfragment en de mediale wand van de traanzak weggenomen met laser, shaver of de klassieke hamer-beitel. De traanzak ledigt zich daarmee rechtstreeks in de **middelste neusgang** (afb. 1b). Het onderste (verstopte) deel van de traanweg wordt aldus kortgesloten. Een silicone buisje wordt in lusvorm aangebracht in het nieuwe traantraject. Het blijft er minimum drie maanden aanwezig.

Essentiële voordelen ten opzichte van de externe techniek: geen extern litteken, geen littekenweefsel ter hoogte van de laterale wand van de traanzak, geen litteken ter hoogte van de orbitale inhoud, minder bloeding en minder tijdrovend (30 min in plaats van 90 min). Bijkomende pathologie in de neus kan ineens behandeld worden: septumdeviatie, conchahypertrofie, synechieën. Nadeel is dat ervaring in endoscopische neusheelkunde vereist is. Zowel

extern als endonasaal gebeurt de ingreep best onder algemene anesthesie.

DE INDICATIES

Absolute indicaties zijn

- recidiverende acute dacryocystitis bij de volwassene
- traumatische onderbrekingen van de traanweg
- recidief van dacryocystitis na voorgaande externe techniek
- recidief van epifora (overvloedige tranenvloed) na klassieke silicone-tubing

Relatieve indicaties zijn

- traanklachten bij kinderen die resistent zijn aan de klassieke behandeling (antibiotica-druppels en massage, sondage (of doorprikken van de traanpunten), silicone buisje in de natuurlijke traanweg (onderste neusgang)) d.w.z. zelden en ten vroegste vanaf 2 jaar
- passieve doorgankelijkheidsstoornis.

RESULTATEN EN VERWIKKELINGEN

Tot op heden werden er 38 endoscopische DCR's uitgevoerd in a|z Groeninge.

De interdisciplinaire samenwerking ORL-oftalmologie startte in 2003.

Drie patiënten ondergingen een heringreep, twee onder algemene anesthesie, één onder lokale anesthesie. Twee maal waren het synechieën.

Om dit te voorkomen, wordt nu systematisch een verband ingebracht of plaatjes ingenaaid en blijven de patiënten een nacht. De postoperatieve lokale controle is zeer belangrijk. Eén patiënte wreef de drain uit haar oog op dag twee. Eén patiënte ondervond geen duidelijke verbetering van de epifora en werd door-

verwezen naar een universitaire instelling.

Twee patiënten gingen verloren in de follow-up. Gemiddelde follow-up is nu zes maanden.

Bij 32 patiënten bleef de epifora onder controle na de eerste endoscopische DCR. Van hen hadden acht patiënten voorafgaandelijk externe procedures elders.

In de literatuur wordt een succesrate vermeld van 80 tot 90% afhankelijk van het chirurgisch team.

BESLUIT

Veelal hebben de patiënten met traanwegpathologie een hele lijdensweg achter de rug. Dankzij een goede interdisciplinaire samenwerking ORL-oftalmologie en de explosie van endoscopische neus-sinuschirurgie kunnen wij binnen a|z Groeninge gespecialiseerde endoscopische traanwegchirurgie aanbieden en verder uitbouwen. De endoscopische techniek biedt duidelijk voordelen en vergelijkbare resultaten.

DR. PHILIPPE CLARYSSE

Dienst neus- keel- oorzichten – gelaat- halsheelkunde
a|z Groeninge

Campus Maria's Voorzienigheid

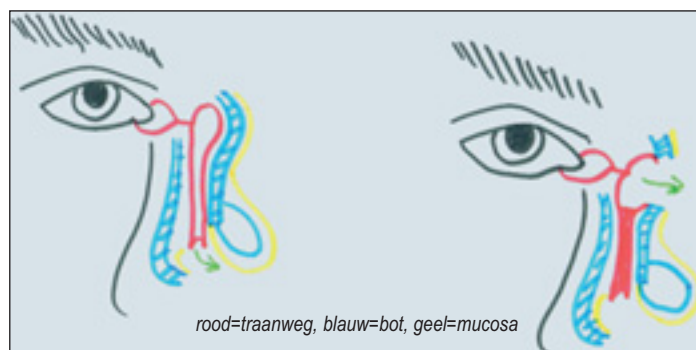
philippe.clarysse@azgroeninge.be

REFERENTIES

Mc Donogh M., Meiring JH. Endoscopic transnasal dacryocystorhinostomy. *J Laryngo Otol*, 1989.103:585-7

Yung MW, Hardman-Lea S. Endoscopic inferior dacryocystorhinostomy. *Clin Otolaryngol*, 1998.23:152-7

Afb. 1a De traanweg ledigt zich lateraal van de onderste neusschelp



afb. 1b de nieuwe traanweg ledigt zich mediaan in de middenste neusgang

rood=traanweg, blauw=bot, geel=mucosa

RADIOFREQUENTIE-ABLATIE:

een nieuwe minimaal invasieve procedure voor lokale behandeling van levertumoren

Radiofrequentie-ablatie (RFA) is een recent ontwikkelde techniek, die gebruik maakt van warmte voor destructie van tumorweefsel. Sinds de oudheid wordt het helende effect van warmte toegepast. Zo gebruikten de oude Grieken opgewarmde keien om bloedingen te stelpen. D'Arsonval beschreef in 1891 als eerste de verhitting van weefsels door radiofrequente stroom. Dit resulteerde in de ontwikkeling van chirurgische elektrocoagulatie en diathermie in de jaren negentig.

RFA is een wijziging van hetzelfde technologisch principe waarbij warmte-energie afgegeven wordt in een welbepaald volume. Het wordt al jaren gebruikt in verschillende klinische indicaties waaronder ablatie van aberrant geleidende zenuwbundels bij Wolff-Parkinson-White-syndroom en ablatie van het ganglion van Gasser bij trigeminus neuralgie.

Het gebruik van RFA in de oncologie is een relatief nieuwe ontwikkeling.

Aankankelijk werd het enkel toegepast bij primaire levertumoren of levermetastasen, maar intussen heeft het indicatiegebied zich uitgebreid naar andere organen zoals long, nier, borst, schildklier en zelfs bot (osteoid osteoma, metastase).

PRINCIPE

Onder *tumorablatie* verstaan we de rechtstreekse aanbreng van chemische of thermale invloed in een gelokaliseerd gebied met als doel het (tumor)weefsel substantieel te vernietigen. RFA is een rechtstreekse tumorablatie, in tegenstelling tot per-orale of intra-vasculaire therapieën. In dit opzicht is het de begeleidende beeldvorming (echografie, fluoroscopie, CT of MR), die het mogelijk maakt de tip van de naald op de meest optimale plaats in het letsel te positioneren, een absolute noodzaak voor het welslagen van deze therapie.

Bij 'chemische' ablatie maakt men gebruik van een chemische stof, zoals bijv. ethanol, dat ter plaatse gebracht een coagulatieneecrose induceert en aldus tumorablatie veroorzaakt.

In de groep van de 'thermale' ablaties bundelt men de energiebronnen die een tumor vernietigen door middel van temperatuur, hetzij warmte (radiofrequentie, microgolven, laser, ...) hetzij koude (cryo-ablatie).

De term *radiofrequentie* wijst op een alternerende elektrische stroom met een hoge oscillatiefrequentie (meestal tussen 200-1200 kHz). Het fysische principe van weefselinteractie met radiofrequentiegolven werd voor het eerst beschreven door Organ in 1976. Door de hoge elektrische weerstand van het weefsel ten

opzichte van de elektrode ontstaat er een belangrijke agitatie van ionen in het tumorweefsel rond deze elektrode. Deze ionenagitatie veroorzaakt wrijving en aldus opwarming. Deze kan zeer precies gecontroleerd worden door de hoeveelheid radiofrequentie-energie aan te passen. De graad van weefselbeschadiging door radiofrequentie-opwarming hangt af zowel van de duur van de opwarming als van de bereikte weefseltemperatuur. Opwarming van weefsels tot 45°C gedurende verschillende uren veroorzaakt onomkeerbare celdestructie. Aan 50°C tot 55°C zal de tijdsduur nodig voor onomkeerbare celdestructie verminderen tot 4 à 6 minuten en tussen 60°C en 100°C is er nagenoeg onmiddellijk weefselcoagulatie. Boven 100°C verdampt en carboniseert het weefsel. Daarom is de ideale temperatuur voor RFA tussen 50 en 100°C.

Aangezien de temperatuur dramatisch daalt aan de rand van het opgewarmde weefsel is het belangrijk een marge van ± 1 cm 'normaal' weefsel te voorzien om zeker alle tumorcellen te doden.

De ligging van een groot bloedvat dicht bij de tumor, zal aan deze kant van de tumor een adequate hyperthermie bemoeilijken door het instromend bloed ("heat-sink" effect). Dit kan tegengewerkt worden door de bloedstroom te verminderen door ballonocclusie of mechanische bloedvatcompressie ("Pringle manoeuvre").

TECHNIEK

Een RFA-systeem bestaat uit een hoog frequente alternerende stroomgenerator (Fig. 1) en speciale naalden.



Fig. 1.

De naalden voor RFA zijn, naargelang het type, recht of gebogen en bezitten één of meerdere punten (parapluconfiguratie) (Fig.2).



Fig. 2a.



Fig. 2b.

Deze worden nauwkeurig met behulp van beeldvorming in het te vernietigen letsel geplaatst, waarna gedurende 10 tot 35 minuten (afhankelijk van het gebruikte materiaal en de grootte en vorm van de tumor) een hoog frequente wisselstroom opgewekt wordt. De huidige naalden creëren een ablatie van ongeveer 3 cm, zodat ze eigenlijk ideaal zijn voor letsels ≤ 1 cm. Uiteraard zijn er technische strategieën om grotere tumoren te behandelen.

Zo zal men de naald herpositioneren en opnieuw ableren totdat alle tumorweefsel behandeld is.

Bij het uittrekken wordt het traject van de naald gecauteriseerd om bloeding of sijpeling te voorkomen.

RFA kan percutaan, via laparoscopie of peroperatoir uitgevoerd worden. De percutane benadering is de minst invasieve, met de laagste morbiditeit, kan semi-ambulant gebeuren en kan bovendien herhaald worden indien nodig. Wanneer het letsel klein of moeilijk te bereiken is of dichtbij vitale structuren gelegen is, gaat de voorkeur naar een laparoscopische of een open chirurgische benadering. De open methode bij levermetastasen kan in combinatie gebeuren met de resectie van de primaire tumor.

De patiënt wordt nuchter opgenomen, en krijgt een I.V. lijn. De procedure gebeurt doorgaans onder algemene anesthesie. De keuze van de beeldvorming voor het positioneren van de naald (echografie, fluoroscopie, CT of MR) hangt van verschillende factoren af zoals de ligging en grootte van de tumor, de beschikbaarheid van het toestel en de reproduceerbaarheid van het onderzoek. In die context geniet CT - althans bij de percutane ablatie - de voorkeur.

Het doel beoogt uiteraard volledige tumor-destructie. De ablatie moet dan ook ongeveer 1 cm verder gaan dan de tumorranden, zoals hierboven beschreven, om voldoende tumorvrije marge te behouden (Fig. 3).

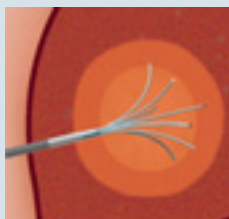
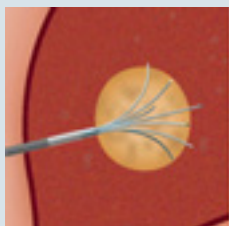
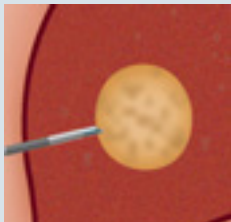


Fig. 3.

De follow-up gebeurt met dynamisch CT- of MR-onderzoek met toediening van intraveneus contrast één maand na de procedure en dan telkens om de drie maanden om residuele tumor of tumorrecidief op te sporen. (Fig. 4)

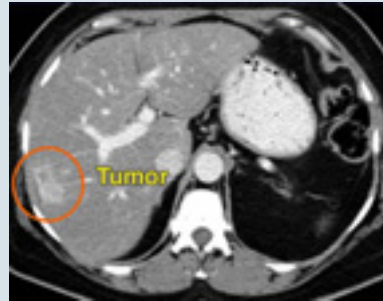


Fig. 4.

RFA VOOR LEVERTUMOREN

De lever is een klassieke plaats voor zowel primaire als secundaire tumoren. De meest frequente levertumoren zijn het HCC (hepatocellulair carcinoma) en de colorectale levermetastasen.

Het HCC is de vierde meest frequente tumorgerelateerde doodsoorzaak wereldwijd. Ongeveer 1 miljoen nieuwe gevallen worden jaarlijks gerapporteerd. Onbehandeld is de mortaliteit 100 %.

Chirurgische resectie blijft de standaardbehandeling daar ze duidelijk een overlevingsbenefiet aangetoond heeft (gemiddelde 5jaars-overleving van 20 tot 40 %) in vergelijking met chemo- en radiotherapie.

Jammer genoeg komen slechts 5 à 15 % van de patiënten in aanmerking voor chirurgie. De belangrijkste limiterende factoren zijn: te veel tumoren, te grote letsels, tumoren op niet-reseceerbare plaatsen, tumoren met majeure vasculaire invasie, onvoldoende leverreserve door cirrose en verhoogd chirurgisch risico door andere medische condities.

De frequentie van klinisch relevante complicaties bij RFA is klein (2 à 7 %). Pijn onmiddellijk na de procedure is er altijd; deze wordt best met I.V. analgetica behandeld. Pijn langer dan 1 week is zeer zeldzaam. Het *tumorablatiesyndroom* is een andere complicatie die het gevolg is van de inflammatoire respons op de celdood. Het syndroom is gekenmerkt door koorts, malaise, leukocytose gewoonlijk startend enkele dagen na de procedure. De behandeling is supportief. Differentieel diagnostisch moet een abces uiteraard worden uitgesloten. Andere complicaties zoals bloedingen, letsels aan galblaas of galwegen zijn eerder zeldzaam.

Resultaten van enkele longterm-studies over RFA leren ons dat de grootte van de tumor de meest bepalende factor voor succes is. Men kan stellen dat een complete ablatie mogelijk is bij meer dan 90 % van de letsels kleiner dan 2,5 cm. Tussen 2,0 en 3,5 cm is dat in 70 à 90 % van de gevallen en tussen 3,5 en 5 cm in 50 à 70 %. Bij letsels groter dan 5 cm is dat minder dan 50 %.

RFA toonde in de behandeling van HCC duidelijk 'survival benefit'. Ziektevrije overleving vooral voor kleine HCC's (kleiner dan 3,5cm) schommelt tussen 71 en 91% na 1 jaar en rond de 60 % na 2 en 3 jaar follow-up.

Voor colorectale metastasen zijn de resultaten iets minder goed, doch recente studies tonen toch een ziektevrije overleving na 1 jaar van 87 tot 93 %, na 2 jaar van 62 tot 77 % en na 3 jaar van 41 tot 50 %.

DR. FRANKY VANSTEENKISTE

Dienst gastro-enterologie – Campus Sint-Niklaas
a|z Groeninge
franky.vansteenkiste@azgroeninge.be

DR. VINCENT HERPELS

Dienst Medische beeldvorming – Campus Sint-Niklaas
a|z Groeninge
vincent.herpels@azgroeninge.be

DIGITALE TECHNIEK TEN DIENSTE VAN DE GENEESKUNDE

Medische vooruitgang en veilige patiëntenzorg vormen vanzelfsprekend de basisdoelstellingen van a|z Groeninge. Maar om onze "evidence-based care and cure" te realiseren, moeten bijkomende randvoorwaarden vervuld zijn: opleiding en overleg, infrastructuur en moderne medische apparatuur liggen voor de hand maar ook software-ondersteuning vormt een onmisbaar hulpmiddel voor de ziekenhuismedewerkers. Niet alleen intra-muros maar ook buiten de muren van het ziekenhuis zullen de eerstelijns-zorgverstrekkers hier de vruchten van plukken.

Het jaar 2006 wordt ongetwijfeld het scharnierjaar voor de gefaseerde invoering van het elektronisch patiëntendossier. Zo voorzien we de installatie van nieuwe software voor patiëntenbeheer en facturatie, de opstart van een nieuw PACS-systeem en verwachten we een belangrijke evolutie op het vlak van het elektronisch medisch dossier.

ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER

Na een grondige technische voorbereiding zijn we enkele maanden geleden begonnen met de invoering van het elektronisch medisch dossier MedAr van de firma Agfa in enkele pilootdiensten. Door een overname van het Duitse informatica-bedrijf GWI, zal Agfa in de toekomst met een fundamenteel vernieuwde versie van MedAr op de markt komen, die in belangrijke mate op de software van GWI gebaseerd zal zijn. Het elektronisch patiëntendossier van GWI loopt momenteel al in meer dan 800 ziekenhuizen in Duitstalige landen en biedt een volledig geïntegreerde en gebruiksvriendelijk informaticaomgeving met een elektronisch medisch dossier, een elektronisch verpleegkundig dossier, ordercommunicatie e.d. Samen met Agfa besliste a|z Groeninge de nieuwe internationale versie, die in principe pas operationeel wordt vanaf de zomer van 2006, niet af te wachten maar een pilootversie uit te testen, in nauwe samenwerking met Agfa en de artsen die reeds bij de opstart van MedAr betrokken waren. De MedAr-dossiers die ondertussen uitgewerkt zijn, blijven in de tussentijd behouden.

PACS

PACS staat voor Picture Archive Communications System. Dit systeem maakt het mogelijk om medische beelden digitaal te beheren, op te slaan en beschikbaar te stellen binnen en ook buiten de muren van het ziekenhuis. Momenteel migreren de meeste ziekenhuizen naar een digitale omgeving. De voordelen van digitalisering zijn legio. Alle beelden zijn te allen tijde tegelijkertijd voor meerdere specialisten beschikbaar. Bovendien wordt de originele dataset volledig zekergesteld, in tegenstelling tot het opslaan op film, waarbij per onderzoek maar enkele hardcopy foto's bewaard werden in grote stoffige archieven of meegegeven aan de patiënt. Minpunten van de foto's: ze kunnen fysiek maar op één plaats aanwezig zijn en

staan bloot aan beschadiging en verlies.

Bij de introductie van een PACS-systeem ligt de focus enerzijds op de aanlevering van de beelden en anderzijds op het gebruiksgemak bij de verspreiding naar de consulterende arts binnen en/of buiten het ziekenhuis.

De *aanlevering* van beelden zal in een eerste fase binnen a|z Groeninge mogelijk zijn vanuit de diensten medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde. Op termijn kunnen ook de beelden vanuit de toepassingen voor invasieve cardiologie maar ook vanuit alle andere beeldproducerende afdelingen in de breedste zin van het woord, worden geïntegreerd. De moderne PACS-systemen bieden voor de *verspreiding* van de beelden een oplossing waarbij alle beelden online beschikbaar zijn en bekeken kunnen worden op elke werkplek in of buiten het ziekenhuis.

Integratie

De uitdaging om een dergelijk omvangrijke project tot een goed einde te brengen, ligt op het gebied van de integratie van het PACS met de diverse andere informatiesystemen. Zo werkt een PACS-systeem op basis van de patiëntengegevens die zijn ingevoerd in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS). De workflow binnen de dienst medische beeldvorming wordt dan weer aangestuurd door het Radiologie Informatie Systeem (RIS). De werkelijksten worden door middel van geïntegreerde communicatiesoftware doorgestuurd naar de beeldproducerende modaliteiten: CT-, PET-, MRI-scanners, röntgenzalen, angiozalen en de zalen voor nucleaire geneeskunde. De beelden moeten ook oeropbaar zijn voor de radiotherapiesimulatie. Tot slot wordt met het oog op de verslaggeving een spraakherkenningsysteem geïntegreerd.

'The quest for the holy grail' in a|z Groeninge Campus Sint-Maarten was reeds jaren geleden in België een van de pioniers op het gebied van het PACS-gebeuren. Talrijke artsen op campus Sint-Maarten hadden de smaak te pakken en de

mogelijkheden van deze technologie lieten hen niet meer los. De technologie was echter nog niet op het gewenste niveau waardoor de plannen tijdelijk stopgezet werden. De expertise bleef wel aanwezig, zowel binnen de dienst IT als binnen de medische beeldvorming, een expertise die we bij de uitbouw van een up-to-date PACS systeem kunnen valoriseren. Een van de basisprincipes bij onze PACS-zoektocht is de vereiste dat een PACS een ziekenhuisbreed project is en dat zowel beeldproducenten als aanvragers het systeem zo vlot mogelijk moeten kunnen consulteren. Er werd een PACS-werkgroep opgericht die met de hulp van een extern consultant een technisch lastenboek opstelde, op basis waarvan de leveranciers hun voorstellen maakten. Na het opzetten van een testsysteem binnen a|z Groeninge werd uiteindelijk gekozen voor het PACS-systeem van General Electric (G.E.) vermits dit performanter omgaat met complexe bewerkingen van CT- en MR-beelden. Ook het Universitair Ziekenhuis van Gent en het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen opteerden na lange voorstudies voor hetzelfde systeem.

En wanneer begint het nu?

Het enthousiasme is groot maar de opdracht is niet min, zeker niet in ons vier campussen tellende ziekenhuis. De bedoeling is tegen 1 juli 2006 filmlaas te werken binnen het ziekenhuis, met een elektronische verslaggeving. De elektronische verspreiding naar aanvragende geneesheren buiten het ziekenhuis is voorzien voor een tweede fase.

PATIËNTENBEHEER EN FACTURATIE

Midden 2006 introduceren we de software voor patiëntenbeheer en facturatie van de firma Xtenso, waardoor meteen de koppeling tussen de hogervermelde nieuwe pakketten gerealiseerd kan worden.

ARCHIVERING

Door de exponentiële toename van de digitale informatie, en niet in het minst door de noodzakelijke archivering van beeldinformatie, heb-



ben we een vernieuwing van de bestaande opslagcapaciteit in het vooruitzicht gesteld. Om een beschikbaarheid van 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 te waarborgen, installeren we in samenwerking met de firma NetApp een fysiek gescheiden systeem van opslag en backup dat maximale garanties biedt in geval van hardwarefouten of fysieke rampen. Hierdoor wordt de bestaande computerzaal op campus Sint-Maarten ontdudd en wordt een derde poot opgezet op campus Maria's Voorzienigheid, waar op schijf opgeslagen back-ups ervoor zullen zorgen dat we probleemloos een situatie op een bepaald moment in het verleden kunnen oproepen. Deze vorm van opslag en archivering zal worden toegepast voor alle zorgtoepassingen.

DHR. JAN DELEU

Algemeen directeur a|z Groeninge
jan.deleu@azgroeninge.be

SUPPLY CHAIN AWARD

We haalden al geregeld aan dat administratieve en organisatorische efficiëntie de verpleegkundige en medische zorgverlening moet ondersteunen. Op 15 september 2005 kaapte a|z Groeninge de eerste prijs weg op de Supply Chain Award 2005, een wedstrijd waarbij projecten met een hoog niveau van innovatie en integratie inzake bedrijfslogistiek, en meer bepaald bevoorrading, beloond worden. Het project dat het ziekenhuis indiene, betreft de nieuwe organisatie van de aankoopdienst die na de fusie ingevoerd werd: uniforme aankoopprocedure, daling van de verschillende merken voor gelijkaardige producten, daling van de aankooprijzen door schaalvergroting, daling van de verliezen door minder vervallen producten, grotere voorraadrotatie.

Patiëntvriendelijkheid

Ook de impact op de verpleegkundige activiteiten is niet te onderschatten: door de goederendistributie te organiseren op basis van het "vol-leegsysteem" kunnen verpleegkundigen nu per week en per afdeling 2 uur meer tijd besteden aan hun taken bij de patiënt.

Deze trofee bezorgt a|z Groeninge tevens een ticket voor de "European Award for Logistics Excellence".

Hans Heyse, diensthoof aankoop, en Niko Dierickx, directeur infrastructuur en aankoop, ontvangen de trofee.



VISITATIE

In juni 2005 mochten wij het bezoek ontvangen van de visitatiecommissie van de Vlaamse Gemeenschap en de Provinciale Gezondheidsinspectie. Gedurende 6 dagen gingen de leden van de commissie na in welke mate de medische, verpleegkundige, paramedische en ondersteunende zorgverlening op een geïntegreerde en kwaliteitsvolle manier uitgebouwd is binnen het ziekenhuis.

In hun auditverslag formuleerden zij zowel sterke punten als non-conformiteiten, tekortkomingen en aanbevelingen. De reorganisatie van de ziekenhuisactiviteiten tijdens de intermediaire

fase en ons kwaliteitsbeleid werden als globale sterke punten naar voor geschoven.

De effecten van onze schaalvergroting op het zorgaanbod en de zorgkwaliteit gingen ook niet onopgemerkt voorbij, al kunnen we hier nog winst boeken: verdere structurering van diensten, subspecialisatie en standaardisatie van dienstspecifieke zorgprocessen met als einddoel veilige evidence-based zorg. Ook de oprichting van een wetenschappelijk comité met eigen tijdschrift werd geciteerd als een sterk punt. Het globale resultaat van dit verslag bevestigt ons gevoel dat a|z Groeninge een snel evoluerend ziekenhuis is met een duidelijk en sterk accent op kwaliteitszorg voor de patiënt.

EERSTE STEENLEGGING N° 2

Op 10 september 2005 vierden we dan toch de start van de bouwactiviteiten van ons nieuwe ziekenhuis, na een eerste weggewaide poging in juni. Meer dan 900 medewerkers en genodigden zagen hoe Vlaams minister-president Yves Leterme, burgemeester Stefaan De Clerck en voorzitter van de raad van bestuur Marcel Wagemans de gedenksteen onthulden.



De opdrachtverklaring en de waarden die het uitgangspunt van onze ziekenhuiswerking uitmaken, werden symbolisch ingemetseld in de fundamenten van het nieuwe gebouw, samen met de verbintenissen die door alle medewerkers ondertekend werden.

**Voor een kwaliteitsvolle, deskundige en integrale zorgverlening
Voor een dynamische instelling waar de patiënt centraal staat
Voor een klimaat waarin alle medewerkers zich goed voelen**



GENEESKUNDE EN ZIEKENVERPLEGING IN KORTRIJK (4)

4 / van het einde van de 19e eeuw tot de Tweede Wereldoorlog

DE GENEESHEREN

In 1880 woonden er 693.530 mensen in West-Vlaanderen, van wie 192.601 in de steden en 500.929 op het platteland. Toen waren er 94 dokters in de steden en 96 op het platteland. Gemiddeld voor heel West-Vlaanderen was er 1 dokter voor 3650 inwoners. (1 voor 2049 inwoners in de stad en 1 voor 5218 inwoners op het platteland).

In 1911 vinden we voor Zuid-West Vlaanderen gemiddeld al 1 dokter voor 2466 inwoners (in de steden 1 voor 1816 inwoners en op het platteland 1 voor 2874 inwoners) (1). De belangrijkste artsen tussen de eerste en de tweede wereldoorlog te Kortrijk waren: Emiel-Jan en Emiel-Eugeen Lauwers, Alphonse en Jozef Ghyoot, Auguste Peel, Arthur Roose, Alfons en Herman Depla, Octave Van Laere, André Baeckelandt, Leon Devriendt. Uitstekende levensbeschrijvingen van verschillende onder hen vinden we in het boek *'Kortrijkse Asklepiaden'* door Dr. José Van Laere (2).

DE APOTHEKERS (3)

In de meeste steden in Vlaanderen zijn het eerst de Gilden van de Crudeniers, later de apothecarissen en ten slotte de gediplomeerde apothekers geweest, die de geneesmiddelen vervaardigden en verkochten. Daarnaast hadden ieder hospitaal en later ook de eerste klinieken hun eigen apotheek, meestal onder de hoede van een kloosterzuster met enige ervaring. In 1820 waren er vier apotheken in de stad Kortrijk, zes in 1845, tien in 1890, elf in 1913 en in 1922 veertien. Bij de aanvang van de tweede wereldoorlog was hun aantal gestegen tot 22. In 1895 was al de *'Alliance Pharmaceutique de Courtrai'* (APC) gesticht, die in 1928 onder impuls van apotheker Robert Mulier vervlaamst werd tot *'de Apothekersvereniging voor Kortrijk en Omliggende'* (AVK). Naast de apothekers mochten ook de geneesheren geneesmiddelen verkopen, wat tot na de tweede wereldoorlog in veel dorpen bleef bestaan. De explosieve groei van geneesmiddelen, en de strengere wetgeving na de tweede wereldoorlog betekenden de progressieve vermindering en de verdwijning van de dokter-apotheker.

DE VERPLEEGSTERS: overgang van 100% religieuzen naar lekenverpleegsters

De verpleging rond de eeuwwisseling was nog steeds 100% een caritatieve instelling en werd verstrekt door congregaties van zusters en broeders. Met de opkomst van verpleegsterscholen en door de grotere wetenschappelijkheid



1. Dr. Emiel-Jan Lauwers (1858 – 1921), de eerste 'echte' chirurg te Kortrijk

en techniciteit van de geneeskunde werden stilaan ook leken in dienst genomen tegen betaling. De burelen van weldadigheid – toen gevestigd in de Groeningestraat, nr.25 - hadden de zorg over alle noodlijdenden in de stad. Verpleging aan huis werd verricht door de Broeders van Dale (kosteloos voor de arme zieken; 1 frank per dag voor de bemiddelden), door de Zusters van Liefde (Groeningestraat, Stichting Goethals-Vercreyse – zie verder) en door de Zwarte Zusters (Wijngaardstraat).

DE EERSTE PRIVÉ-KLINIEKEN

De HEILIG-HART KLINIEK (1888) (4)

De tijd van Napoleon en de Franse bezetting hadden heel wat armoede gebracht in Vlaanderen. Tijdens het Franse bewind werden ook heel wat kloosters afgeschaft zoals de Grauwzusters in Kortrijk, die gedurende bijna 4 eeuwen behoeftigen en armen in de stad verzorgd hadden. In 1806 werd onder impuls van E.H. Franciscus Desmedt, rector van de Sint-Michielskerk en ook onderpastoor van de Sint-Maartenskerk hieraan verholpen. Met zijn welsprekendheid slaagde hij erin de goeude en gelovige inwoners van Kortrijk ertoe te bewegen iets te doen voor de armen. Hij maakte zich sterk dat hij een werk van barmhartigheid in stand zou kunnen houden als er zich zes "brave dochters" zouden engageren om de armen thuis te gaan helpen en troosten, en als er tevens elk jaar zes rijke personen een som van 130 gulden bijeen zouden brengen om de dochters te onderhouden. Een van de zes weldoeners was Jacob Goethals-Vercreyse, die later het bestuur zou overnemen.

De godvruchtige vrouwen die zich "zusters" noemden, doch geen kloosterkleed droegen, waren achtereenvolgens in de Sint-Jansstraat en in de Voorstraat gevestigd, in wat zij zelf het "Huis tot troost der armen" noemden, om in 1895 definitief hun intrek te nemen in de oude eigendom van de familie de Bersaque in de Groeningestraat, "Bersaque's poortje" genoemd. In 1840 werden de zusters een kloostergemeenschap: ze kregen een religieuze leefregel en werden de Zusters van Liefde van de Heilige Vincentius-à-Paulo. De congregatie is nooit talrijk geworden, maar in die tijd was ze een Wit Gele Kruis 'avant la lettre'.

In 1877 kregen de zusters van de juffrouwen Maria Comer en Rosalia Buysse een huis in de Budastraat nr. 40, palend aan de Kapucijnen (vandaar vandaag nog de naam Kapucijnenstraat) waar zuster Vincentia en Zuster Clara gingen wonen. Zuster Clara keerde na 3 jaar terug naar Bersaque's poortje, maar Zuster Vincentia (Cordula Schreers uit Meulebeke) werd de eerste moeder van het nieuwe gesticht.

Heel vlug werd het klooster van Buda volledig afgescheiden van het moederhuis, vooral om materiële redenen, maar de zusters bleven de zieken en de armen bezoeken.

In dit Gesticht van de Zusters van Liefde, Hospice des Soeurs de Charité genoemd, stichtte dr. Emiel-Jan Lauwers senior bij zijn vestiging te Kortrijk in 1888 de eerste private kliniek te Kortrijk.

2. Bersaque's poortje in de Groeningestraat, zoals het er thans uitziet. Het was de bakermat van de H. Hartkliniek en de Sint Vincentiuskliniek.





3. Crèche de la charité, chez les Sœurs de la charité, Rue de Buda. Courtrai. Postkaart omstreeks 1910.

Van 1888 tot 1890 voerde Lauwers er 73 laparotomieën uit, in vrij eenvoudige omstandigheden: één operatieruimte, dezelfde instrumenten, dezelfde antiseptische voorzorgen en nazorgen. Hij liet zich ook telkens door dezelfde collega's assisteren, onder meer dr. Alfons Depla. De mortaliteit bedroeg slechts 5,5%, dankzij de toepassing van de nieuwe ideeën over antisepsis. In 1904 verliet dr. Lauwers volledig het gesticht in de Budastraat, maar de gynaecologische ingrepen bleven er verder gebeuren.

Met het vertrek van dr. Lauwers waren de operatiezaal en ziekenkamers vrijgekomen. In die lokalen werd in 1906 gestart met de kinderkribbe die er zou blijven tot 1924, toen plaats moest worden gemaakt voor een nieuw ziekenhuis. Want in 1916 kunnen de zusters de Kapucijnenkerk en omliggende grond van Felix Comer afkopen.

Van 1907 tot 1945 werden ook bejaarde dames voor verzorging aanvaard.

In 1924 wordt opnieuw gestart: het klooster wordt een vzw onder de naam Gesticht van het Heilig Hart en bouwt een nieuw ziekenhuis. Een ploeg van 3 nieuwe geneesheren komt zich hier vestigen: dr. André Baekelandt als chirurg, dr. Leon Devriendt als radioloog (die ook dermatologie uitoefende) en dr. Herman Depla als neus-keel-oor arts, wiens vader hier al had gewerkt.

In 1938 ontstond de kraaminrichting onder leiding van dr. Gerard Iserbyt (de eerste gynaecoloog te Kortrijk) en in 1941 de afdeling interne geneeskunde onder leiding van dr. Karel Goddeeris. Tijdens de tweede wereldoorlog werd de kliniek bij het bombardement van 26 maart 1944 zwaar getroffen. De kapel werd vernield en een vleugel van de kliniek stortte in. Na

4. De vernielde H.Hartkliniek na het bombardement in 1944



de oorlog werd de vernielde middenvleugel afgebroken zodat een parkeerterrein ontstond en het gehavende klooster en de ziekenhuisvleugel aan het Kapucijnenbeluik werden herbouwd. Onder het beheer van Moeder Antonia werd in de zestiger jaren een nieuw operatief complex gebouwd en werd een pediatrivleugel opgericht onder leiding van dr. Dezegher. Dan telde de kliniek 160 bedden.

Op 1 januari 1988 had de fusie plaats met de kliniek Sint-Maarten waardoor in de Budastraat ruimte vrij kwam, die door de dynamische Moeder Henrica progressief omgebouwd en uitgebreid werd tot het huidige complex van R.V.T., bejaardencentrum, service flats en gehandicaptenzorg.

SINT-ANTONIUSKLINIEK

(De kliniek van Lauwers)

In 1895, nadat hij vanaf 1888 geopereerd had in de H.Hartkliniek opende dr. Emiel Jan Lauwers (1858-1921) zijn eigen kliniek: het Sint-Antoniustegesticht in de Stasegemstraat/Sint Jansplein, waarbij vier zusters van de H.Hartkliniek met hem meegingen.

Hijzelf was er de chirurg, dr. Roose de oftalmoloog en dr. Depla deed er de bacteriologie en microscopie.

Dr. Emiel-Jan Lauwers was niet alleen een groot en befaamd chirurg, hij was ook een begaafde schrijver en dichter en onderhield een hechte en vruchtbare vriendschap met Guido Gezelle tijdens zijn verblijf te Kortrijk. Hij bewoende het grote huis op de Dolfijnkaai waar thans het Ministerie van de Vlaamse gemeenschap gevestigd is. Het postume huldeboek *Schriften van Dokter Lauwers*, in 1931 bij Lannoo uitgegeven, is een schitterend pareltje dat iedereen die iets met de geneeskunde in Kortrijk te maken heeft, zeker moet lezen!

In 1922, kort na het overlijden van dr. Emiel-Jan Lauwers senior, die werd opgevolgd door zijn zoon dr. Emiel-Eugeen Lauwers junior, verlieten de zusters van Liefde uit "Bersaque's poortje" de Sint-Antoniuskliniek, toen daar leken ziekenverpleegsters aanvaard werden.

Volgens Filip Santy (5) was dit een feit waarvan de katholieke gemeenschap opschrikte; op de Kortrijkse preekstoelen werd zelfs gezegd dat dr. Lauwers de zusters buiten had gegooid om ze te vervangen door Hollandse verpleegsters. Dr. Emiel-Jan Lauwers (1889-1946) werd in 1931 docent, en in 1937 gewoon hoogleraar aan

5. De Sint Antoniuskliniek (Kliniek van Lauwers), die later het rustoord Dr. E. Lauwers werd en later omvormd tot R.V.A. De Korenbloem



de Gentse universiteit. In de Sint-Antoniuskliniek werd hij opgevolgd door zijn zoon dr. Murk Lauwers, die er de heelkundige en inwendige geneeskundige dienst verzekerde. De Sint-Antoniuskliniek werd gesloten in de jaren 1970 en omgevormd tot het rust- en verzorgingstehuis 'Dr. Emile Lauwers' en later tot 'de Korenbloem' dat beheerd wordt door het liberale ziekenfonds.

SINT- VINCENTIUSKLINIEK (6)

Het begon in 1806 wanneer Francis Jozef Desmedt zes "brave dochters" in het "huis troost der armen" kon samenbrengen om de zieken en de armen thuis te gaan bezoeken. Vanaf 1840 werden ze Zusters van Liefde van de heilige Vincentius à Paulo genoemd en woonden in Bersaque's poortje in de Groeningestraat.

In 1877 trokken twee zusters naar de Budastraat waar later het Hospice des Soeurs de Charité ontstond dat in 1924 de H.-Hartkliniek werd. (Het is minder bekend dat deze congregatie ook de stichter was van de congregatie in de Budastraat). In 1912 gingen drie zusters werken in de hydrotherapeutische inrichting van dr. Valcke in de Sint-Amandsland, en in juni 1914 werden drie zusters naar Bellegem gestuurd om te werken in het kliniekje van dr. Van Huffel. Tijdens de oorlog werd in 1916 een kinderspital geopend in de Groeningestraat 32 waar tot 1918 twee zusters werkten.

Tussen de twee wereldoorlogen bleven de zusters zeer actief in armenzorg en thuisverpleging, en in 1947 werd de organisatie van het Wit Gele kruis van de Zusters van Sint-Niklaas overgenomen.

Onder stuwning van dr. Antoine Bouckaert, hart en longspecialist, werd in 1949 de Sint-Vincentiuskliniek opgericht. Naast dr. Bouckaert

6. Sint Vincentiuskliniek werd in 1985 omgebouwd in tot een rust- en Verzorgingstehuis en is in 1955 toegetreden tot de groepering van Voorzieningen voor Ouderenzorg.



waren er de dokters Van Tornout (chirurg), Vandeputte (interne geneeskunde), Ghèsquière (gynaecoloog). Meteen deed ook het lekenpersoneel zijn volle intrede in de verpleging. Met dr. Henri Vinckier als neus-keel-oorarts kende de kliniek een hoogtepunt. In 1954 besliste de bisschop van Brugge dat de Zusters van Liefde van Bersaques poortje zouden fusioneren met de zusters van het Geloof uit Tielt. Ook deze congregatie vereerde de Heilige Vincentius als haar patroon, en zo kon in dezelfde spiritualiteit verder gewerkt worden. In 1984 werd in de lijn van de evolutie in de ziekenhuiswereld besloten met de afbouw van de kliniek te beginnen, die in 1985 tot rust- en verzorgingstehuis werd omgebouwd. Sinds 1 januari 1995 is de vzw Sint-Vincentius toegetreden tot de groepering van Voorzieningen voor Ouderenzorg (GVO.)

De modernisering van het O.L.V.-Hospitaal (7)

In het Onze Lieve Vrouwehospitaal - dat onder het beheer viel van de Burgerlijke Hospitalen (Burelen van Weldadigheid) - werkten in 1915 drie geneesheren:

dr. August Peel: algemene geneeskunde (jaarwedde 1.200 fr.)

dr. Leon Peeters: chirurg (jaarwedde 1.200 fr.)

dr. Emiel-Jan Lauwers (senior): adjunct chirurg (jaarwedde 600 fr.)

Daarnaast deed dr. Peeters dienst als oftalmoloog waarvoor hij een bijkomende vergoeding kreeg van 300 fr. Dr. Auguste Peel was verbonden met de kraaminrichting met een bijkomend salaris van 200 fr., en de vroedvrouw, Prudence Sweertvaegher, had een jaarloon van 800 fr. In 1914 besloot de raad van beheer tot de oprichting van een geneeskundige eenheid (*station sanitaire*) en tot het oprichten van een verpleegdienst met 60 bedden. Deze werd na de inval van het Duitse leger op 4 augustus 1914, gedurende de oorlogsjaren door de bezettingstroepen ingenomen en functioneerde maar opnieuw voor de burgers eind 1918.

In 1925 werden de Commissies voor Openbare Onderstand (C.O.O.) opgericht en in maart 1929 betrof het secretariaat van de C.O.O. zijn nieuwe kantoren: Budastraat, 25.

De gezondheidsdienst in het hospitaal werd toevertrouwd aan drie geneesheren, benoemd voor drie jaar. Men maakte onderscheid tussen

de zieken, die een bijzondere kamer bezetten, waarvan de prijs door de commissie bepaald werd, en de *schaarsbedeelden*, die in de gemeenschappelijke zaal slechts de verpleegdagprijs, bepaald bij Koninklijk Besluit, moesten betalen.

Het hospitaal had een capaciteit van ruim 150 bedden: mannenzaal: 50 bedden, vrouwenzaal 30 bedden, besmettelijke zieken: 36 bedden, tuberculose (barakken): 24 bedden, betalende afdeling: 12 bedden en plaats voor 10 kinderen. De geneeskundige staf bestond in 1928 uit: dr. Leon Peeters, dr. Emiel-Eugeen Lauwers, dr. Paul Thevelin die datzelfde jaar naar Wenen trok om zich te specialiseren in kindergeneeskunde en vervangen werd door dr. Robert Mattelaer. Vanaf 1929-1930 werd dr. Gaston Vermeulen benoemd als radioloog en nadien dr. Antoine Bouckaert als specialist voor hart- en longziekten.

In 1927 werd de kraaminrichting overgebracht naar de Reepkaai (Kraaminrichting St.-Elisabeth) en dr. Gérard Iserbyt werd aangesteld als gynaecoloog, bijgestaan door vroedvrouw Madeleine Roudolf.

In 1935 werd dr. Peeters vervangen door dr. Jos Van Hoonacker, die oftalmoloog was maar ook kleine chirurgische ingrepen verrichtte. In 1938 werd dr. Jacques Iserbyt vastbenoemd als orthopedist samen met dr. August Malfait als O.R.L. specialist.

In 1938/39 verdwenen de houten barakken die vervangen werden door de grote ziekenzalen 'Sainte Camille' en 'Sainte Thérèse'.

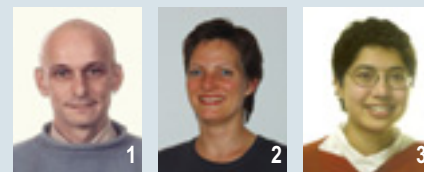
Juist vóór de tweede wereldoorlog, op 1 mei 1938 werd de 'nieuwe' kliniek, Maria's Voorzienigheid met 104 bedden, ingewijd in de Loofstraat. Ondertussen was de ziekenbond van het Christen werkersverbond 'Vooruitzicht' vanaf maart 1938 gestart met de Polykliniek Sint-Elisabeth, die later zal evolueren tot de kliniek Sint-Maarten.

Doch hierover meer in een volgende aflevering.

REFERENTIES

1. **Lijnen Pieter-Jan**, Hoe gezond was West-Vlaanderen in de 19^{de} eeuw? – De artsen in West-Vlaanderen aan het einde van de 19 de eeuw, Verhandeling KULAK, 1998-1999.
2. **Van Laere J.**, Kortrijkse Asklepiaden – Geschiedenis van de "Geneeskunst" in het Kortrijkse, Lannoo, Tielt, 1985.
3. **Gedenkboek** bij het honderdjarig bestaan van de Apothekersvereniging voor Kortrijk en Omliggende – 1895-1995 -Vonksteen, Langemark, 1995.
4. **Goddeeris Theodoor**, 100 jaar zorg voor de zwaksten, toespraak bij het 100-jarig bestaan van de Budastraat, in Blikvanger, 1977.
5. **Santy Filip**, Onder de mantel van Sint-Maarten, Het ziekenhuis Sint-Maarten te Kortrijk 1936/1995, Sint-Maarten Kortrijk, 1995. <http://www.gvo.be> zie Sint Vincentius/geschiedenis
6. **Vanbossele J.**, Het Onze-Lieve-Vrouwehospitaal in Kortrijk, Groeninghe Drukkerij, Kortrijk, 1982.

NIEUWE ARTSEN BINNEN a | Z GROENINGE



Dr. Theo Sykora (1) werd geboren op 16 januari 1969 te Genk. Hij studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven en behaalde zijn specialisatie anesthesie in 2002. Daarna specialiseerde hij zich verder in intensieve zorg. Hij werkte eerder als anesthesist in het UVC Brugmann en het Universitair Koningin Fabiola kinderziekenhuis te Brussel. Na een tijdelijke opdracht die aanving in oktober 2004 maakt hij helemaal deel uit van het departement **anesthesie/reanimatie** van a | z Groeninge.

Dr. Ethel Balemans (2) werd geboren in Antwerpen op 27 juli 1973. Zij rondde in 1998 haar artsenstudie af aan de Universitaire Instelling Antwerpen. Haar specialisatie pediatrie behaalde ze in 2003. Nadien volgde zij gedurende 2 jaar een fellowship neonatologie aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen. Op 1 oktober 2005 vervoegde zij de artsen op de diensten **pediatrie** en **neonatologie** op de campussen Sint-Niklaas en Onze-Lieve-Vrouw.

Dr. Ranjini D'Souza (3) werd geboren te Gent op 19 mei 1974. Zij behaalde in 1999 het diploma van arts aan de Katholieke Universiteit Leuven. In september 2005 voltooide zij haar specialisatie algemene inwendige ziekten en geriatrie. Op 24 oktober 2005 voltooide zij het artsen team van de dienst **geriatrie** op campus Onze-Lieve-Vrouw.

Dr. Olivier Vanovermeire (4) werd geboren op 2 oktober 1975 in Oudenaarde. Hij studeerde af als arts aan de Universiteit Gent in 2000. In juli 2005 behaalde hij zijn specialisatie radiologie. Binnen die opleiding was hij twee jaar assistent op campus Maria's Voorzienigheid onder leiding van dr. Frank Quintens en dr. Patrick Seynaeve. Om zich verder te bekwamen in de cardiale CT- en MR-technieken volgde dr. Vanovermeire nog een bijkomende opleiding bij dr. André Duerinckx, Forsyth Radiological Associates, Winston-Salem, NC, USA. Sinds november 2005 is hij te vinden op de dienst **medische beeldvorming** van a | z Groeninge.

Dr. Wim Lecot (5) werd geboren op 27 juni 1963 te Kortrijk. Hij behaalde in 1988 het diploma van arts in de genees-, heel- en verloskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven. In 1993 promoveerde hij tot specialist in de psychiatrie. Daarna volgde hij nog aanvullende opleidingen in familietherapie en contextuele therapie. Naast zijn privé-praktijk was hij beroepshalve actief in het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart en het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman van leper en gaf hij les aan de school voor verpleegkunde HBOV. In december 2005 versterkt hij de dienst **psychiatrie** op campus Sint-Maarten.



7. *Gezicht op de binnenkoer van het O.L.Vrouwehospitaal vóór 1948. Het gebouw rechts was de mannenzaal, die na afbraak plaats moest maken voor het huidige gebouw, dat lange tijd de hoofdingang bleef.*



NIEUWE ORGANISATIE DIENST SPOEDOPNAME

Op 1 september 2005 kreeg onze dienst spoedopname een nieuwe organisatievorm.

In de eerste plaats werden de drie wachtdiensten gereorganiseerd nl. MUG 1, MUG 2 en wacht gespecialiseerde spoedfunctie die instaan voor een continue opvang, triage en initiële behandeling conform de protocolakkoorden met de diverse specialismen. Daarnaast is er een vast medisch spoedteam gecreëerd bestaande uit de stafleden-urgentieartsen dr. Philip Struyve, dr. Vincent Van Belleghem (dienst anesthesie) en dr. Frederik Hooft (dienst anesthesie), twee artsen met brevet acute geneeskunde nl. dr. Frederick Deleu (voltijds) en dr. Joke Buysschaert (deeltijds) en drie parttime verbonden huisartsen dr. Maxim Himpe, dr. Lode De Wispelaere en dr. Guido Lefebvre.

WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES VAN ARTSEN EN KADERLEDEN BINNEN a|z GROENINGE

Meeuws G., Kuypers, D.R.J., Claes K., Evenepoel P., Maes B., Vanreenterghem Y.,
A Prospective, Randomised, Double-Blind Crossover Study on the Use of 5% Citrate Lock versus 10% Citrate Lock in Permanent Hemodialysis Catheters, *Blood Purification*, 2005, 23: 101-105

Darras J., Inderadjaja N., Vossaert P., Synchronous inverted papilloma of bladder and renal pelvis, *Urology*, 2005, 65, 798-801

Vorlat P., Putzeys G., Van Isacker T., Pouliart N., Handelberg F., Casteleyn PP., Gheysen F., Verdonk R., The Oxford unicompartmental knee prosthesis: an independent 10-year survival analysis, *Knee Surg Sports traumatol Arthrosc.*, 2005, May 14

MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGIEBESPREKINGEN a|z GROENINGE

Sinds een tiental jaar vinden in a|z Groeninge op regelmatige basis multidisciplinair georganiseerde oncologiebesprekingen plaats. De gastro-enterologische bespreking is hiervan de oudste, maar is sinds 1998 aangevuld met andere specialismen. Sommige van deze kansen vinden plaats in samenwerking met andere ziekenhuizen. In de eerste helft van 2005 werden per week gemiddeld 45 patiënten op de verschillende kansen samen besproken. Op dit overleg zijn steeds een vaste kern van specialismen vertegenwoordigd: een patholoog-anatoom, radiotherapeut, medisch oncoloog en radioloog, aangevuld met andere specialismen naargelang de kranen. De uitnodigingen worden daags voordien opgemaakt en bezorgd. Huisartsen die weet hebben van een

patiënt met een oncologisch probleem kunnen steeds contact opnemen met de afdeling "kankerregistratie en multidisciplinair overleg" (Mieke Decavele / Lindsey Dhondt) op het nummer 056/36.65.70, of bij voorkeur per mail (mieke.decavele@azgroeninge.be of lindsey.dhondt@azgroeninge.be). Indien de patiënt effectief op de agenda van een bespreking staat, zal die huisarts dan vooraf worden verwittigd over plaats en tijdstip. Naargelang gemaakte afspraken wordt het verslag via Medibridge naar de huisarts verstuurd na afloop van de kranen, of door de behandelende ziekenhuisgeneesheer, samen met zijn eigen verslag, per klassieke post.

Daarnaast zijn er nog multidisciplinaire oncologiebesprekingen in andere ziekenhuizen waar de radiotherapeuten van a|z Groeninge als extern consulent aanwezig zijn, naast de medisch oncoloog van het andere ziekenhuis en de andere betrokken ziekenhuisartsen daar.

Plaats, datum en contactpersonen zijn terug te vinden op de website van het oncologisch zorgprogramma leper/Kortrijk/Waregem:
<http://www.oncozuidwest.be/Kortrijk.html>

DR. KOEN VAN EYGEN
koen.vaneygen@azgroeninge.be

	Tijdstip	Locatie	Patholoog anatoom	Radiologen	Radiotherapeut oncoloog	Medisch oncoloog	Aanwezige orgaanspecialisten	Verslagen	
Gastro-enterologie	Woensdag 12.30-13.30	Aula campus SN, 3de verdieping, ingang plein	N. Inderadjaja A. Vanneste	V. Herpels B. Mortelé D. Vandeveldde	K. Stellamans	K. Geldhof K. Van Eygen	Gastro-enterologen, algemeen chirurgen	Medibridge	Ook gevallen die niet op een specifieke kranen thuishoren worden hier besproken
Gynecologie Senologie	Maandag 13.00-14.00	Wisselend (campus SN en O L V) Wordt vermeld op de uitnodiging	N. Inderadjaja A. Vanneste	B. Dedeurwaarder F. Devlies	S. Derycke A. Lambrecht K. Stellamans	M. Borms	Gynecologen, plastisch chirurgen	Post	
Urologie	Dinsdag 18.00-19.00	Campus Sint-Maarten Blok F, zaal II	N. Inderadjaja A. Vanneste	J. Friberg	A. Lambrecht	M. Borms K. Van Eygen	Urologen	Medibridge	In samenwerking met de urologen van het AZ OLV van Lourdes -
Pneumologie	2de en 4de donderdag v.d. maand 7.45-8.45	Parkzaal Campus MV	N. Inderadjaja A. Vanneste	B. Dedeurwaarder	S. Derycke	M. Borms K. Van Eygen	Pneumologen, thoraxchirurgen	Post	
Hoofdhals-oncologie	Éénmaal per maand Donderdag 18.00 - 19.00	Jan Palfijnzaal Campus O L V	N. Inderadjaja A. Vanneste	F. Van rietvelde	S. Derycke K. Stellamans	K. Van Eygen M. Borms	Neus-keel-oortsen, stomatologen	Medibridge	
Hematologie	Laatste donderdag v.d. maand 18.00-19.00	Dienst pathologische anatomie campus SM	K. Cokelaere A. Vanneste			K. Geldhof K. Van Eygen	Klinisch biologen A. Van Hoof, consulent hematologie vanuit AZ St.- Jan Brugge	Medibridge	In samenwerking met het OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem en RZ Jan Yperman leper

Deelname van artsen aan multidisciplinair overleg in andere ziekenhuizen.

	Tijdstip	radio-therapeut	medisch oncoloog
O L V van Lourdes Ziekenhuis Waregem	Vrijdag 12.15-13.15	S. Derycke A. Lambrecht K. Stellamans K. Van Eygen (oncoloog)	O L V van Lourdes ziekenhuis
Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman leper	Dinsdag 17.00-18.30	S. Derycke A. Lambrecht K. Stellamans K. Geldhof (oncoloog)	RZ Jan Yperman
CHR Mouscron	Donderdag 12.15-14.00	S. Derycke A. Lambrecht K. Stellamans F. Cornelis en K. Kargar	Samani (oncologen CHR Mouscron)

MEDISCH WETENSCHAPPELIJKE AGENDA VOOR DE REGIO KORTRIJK

Datum	Onderwerp	Locatie	Organisator
19 januari	Longcarcinoom: interactieve update <i>Prof. Dr. Jan Van Meerbeeck</i>	Gruzenberg	Huisartsenkring Zuid West-Vl.
26 januari	Huishoudelijk reglement in de Wachtorganisatie	Gruzenberg	Huisartsenkring
7 februari	Lage rugpijn: multidisciplinaire aanpak. Deel 1.	a z Groeninge campus St.Niklaas	Huisartsenkring
13 februari	Symposium Gerontopsychiatrie Alcohol- en medicatiemisbruik bij bejaarden	Gaselwest	Dienst psychiatrie a z Groeninge
16 februari	Frailty: de kwetsbare bejaarde <i>Prof. Dr. Walter Michielsens UG</i>	Gruzenberg	Huisartsenkring Zuid West-Vl.
7 maart	Geneesmiddelen bij het levenseinde	Kulak	PUC W.Vl. Netwerk Palliatieve Zorg ZWVL
16 maart	Burn Out bij de zorgverstrekker <i>Dr. Stijn Vanheule UG</i>	OLV Lourdes Waregem	Huisartsenkring Zuid West-Vl.
4 april	Lage rugpijn: multidisciplinaire aanpak. Deel 2	a z Groeninge campus St.Niklaas	Huisartsenkring Zuid West-Vl.
20 april	Depressie: nieuwe inzichten <i>Prof. Dr. Kurt Audenaert UG</i>	Gruzenberg	Huisartsenkring Zuid West-Vl.
2 mei	Praktijkvoering in RVT i.s.m. Crataegus		Huisartsenkring Z.W.-Vl.
18 mei	Nieuwslin farmacologie <i>Prof. Dr. Luc Van Bortel UG</i>	Gruzenberg	Huisartsenkring Zuid West-Vl.
6 juni	Coloncancer i.s.m. AZ H.Hart Roeselaere-Menen	HHRM	Huisartsenkring Z.W.-Vl.
15 juni	Nieuwe therapeutische inzichten in diabetes <i>Dr. Mimi Giri UG</i>	Gruzenberg	Huisartsenkring Zuid West-Vl.