

M U Z E

Nieuwe endoscopische dageenheid

Meer patiënten, snellere onderzoeken

HELDERE KIJK

op oogheelkunde van
de toekomst

INNOVEREN

in de hartkamer

NIEUW IN DE

BORSTKLINIEK

scannen tijdens operatie

MUST READS

voor de huisarts over medische innovatie



Als meer mensen bewegen,
moet ook de sportgeneeskunde
in topvorm zijn **12**

Dagziekenhuis Geriatrie houdt
ouderen zo lang mogelijk
uit het ziekenhuis **15**

Focus op zwaarste trauma's **17**

Lymfoedeem is
operatief te behandelen **18**

Kort **19**



Colofon

Redactionele coördinatie: Karolien De Prez. **Redactieraad:** Maridi Aerts, Sabine Allard, Wim Distelmans, Sylvie Geurts, Martine Huybrechts, Patrick Lacor, Marc Noppen, Ilse Weets, Jan Schots, Eric Vander Oost, Vera Vertessen. **Redactionele bijdragen in dit nummer:** Maridi Aerts, Dieter De Clerck, Steven Droogmans, Thomas Ecker, Moustapha Hamdi, Karlien François, Xavier Galloo, Siddhartha Lieten, Alexandru Nistor, Sarcha Ni Dhubhghail, Ingrid Overeinder, Hendrik Reynaert, Marc Schiltz, Aline Stoffelen, Marian Vanhoeij, Freya Van Hulle, Ines Van Loo. **Fotografie:** B2B-Photography, Lies Willaert, dienst Marketing & Communicatie, Adobe Stock. Wilt u meer informatie over een bepaalde foto, dan kunt u die eenvoudig opvragen via muzt@uzbrussel.be. **Vormgeving & eindredactie:** Comith.be **Druk:** Leleu Printing. Gedrukt op milieuvriendelijk papier.

Vragen of suggesties? Adverteren in mUZt? Abonnement aanvragen of adreswijziging melden?
Mail naar muzt@uzbrussel.be of bel naar de dienst Marketing & Communicatie van het UZ Brussel op 02 477 80 80.

Verantwoordelijke uitgever: Marc Noppen, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette



Nieuwe endoscopische dageenheid

"Patiënten mogen al na twee uur naar huis"

Vraag het aan uw patiënten en ze zullen zeggen dat een endoscopie niet het fijnste onderzoek is. Met de gloednieuwe endoscopische eenheid heeft het UZ Brussel nu een state-of-the-artplatform dat meer comfort voor patiënt en arts biedt. Een rondleiding door prof. dr. Hendrik Reynaert en dr. Maridi Aerts.

HALFUUR OP VOORHAND

Beide artsen vinden er geen doekjes om: de vorige unit was intussen verouderd. "Bovendien lagen alle patiënten overal verspreid in het ziekenhuis en liepen de wachttijden voor onderzoeken onder narcose op tot boven de twee maanden. Er was dus dringend nood aan modernisering en centralisering", meent prof. dr. Reynaert.

En met die nieuwe unit is de eerste stap gezet om alle endoscopische processen te bundelen. Vandaag zijn de diensten Gastro-enterologie en Proctologie, Kindergastro-enterologie en Kinderpneumologie al volledig actief. Binnenkort krijgen ze nog het gezelschap van de dienst Pneumologie.

"Waar vroeger een administratief gedeelte was

op het gelijkvloers, is nu onze nieuwe eenheid met eigen daghospitaal", zegt dr. Aerts. "We hebben een 13-tal bedden die we soms twee tot drie keer per dag gebruiken. Patiënten die doorgestuurd worden door hun huisarts krijgen nu ook een vast uur. Vroeger moest elke patiënt hier op hetzelfde uur zijn. Nu komen ze een halfuur op voorhand toe en beginnen we eraan."

SCHERM PER PATIËNT

Aan die doorlooptijd is hard gewerkt. Patiënten komen binnen, kleden zich om, ondergaan hun onderzoek en gaan dan naar de recovery waar ze gemonitord worden door de verpleegkundigen. "Die verpleging werkt enkel voor onze dienst. Daardoor kennen ze de onderzoeken en kunnen ze ook beter de vragen van patiënten beantwoorden", verduidelijkt dr. Aerts. "Ze hebben ook een

eigen bureau met een apart scherm per patiënt om de individuele opvolging te verbeteren. En niet onbelangrijk: doordat de nieuwe eenheid naast het daghospitaal ligt, kan de arts ook meteen naar de patiënt als de narcose is uitgewerkt. Tot voor kort moest je die patiënten overal in het ziekenhuis gaan opzoeken. Ook voor kinderen is dit een groot voordeel: ouders kunnen tot vlak voor de anesthesie bij hun kind blijven en na het onderzoek kunnen ze er ook sneller naartoe."

Om de operationele snelheid nog verder te verhogen, moet straks ook de zogenaamde scopen was naar de nieuwe eenheid verhuizen. "Na elk onderzoek moeten de endoscopen ontsmet en

de ogen. Er is meer ruimte om te bewegen en materiaal beter te positioneren. En elke zaal is ook ingericht om volledige anesthesie te geven. Dat materiaal hangt aan het plafond, zodat de vloer altijd vrij is en we de ruimtes ook properder kunnen houden", weet prof. dr. Reynaert. "Ook de beeldkwaliteit van de endoscopen is heel wat beter dan vroeger. Voor bepaalde onderzoeken is dat toch uiterst belangrijk."

VROEGTIJDIG KANKER OPSPOREN

Eén van die belangrijke onderzoeken is het opsporen van anale kanker. Daarom zijn er ook twee gloednieuwe proctologielokalen in de nieuwe

'Sinds enkele weken voegen we ook foto's toe aan het protocol. Zo moet de huisarts niet meer zelf op zoek naar de beelden.'

gewassen worden. Als die afdeling aan de andere kant van het ziekenhuis ligt, verlies je tijd met mensen die de scopen de hele tijd heen en weer moeten rijden. Zeker als je weet dat we vijftig onderzoeken per dag doen en zo'n endoscoop na elk onderzoek gereinigd wordt", vertelt prof. dr. Reynaert.

endoscopische eenheid. Er is er eentje voor chirurgen en eentje voor gastro-enterologen. Beide lokalen zijn ingedeeld in twee delen: een gespreksruimte en een afgescheiden onderzoeksgedeelte. Zo kunnen de artsen en verpleegkundigen toch meer discretie en comfort aan de patiënten bieden.



PROF. DR. HENDRIK REYNAERT

> Diensthoofd
Gastro-Enterologie
> Hoogleraar Vrije
Universiteit Brussel
(VUB)

BINNEN 24 UUR

Ook niet onbelangrijk: alle patiënten ondergaan hun onderzoek nu standaard onder verdoving. "Dat is toch aangenamer dan vroeger. De narcose is bovendien snel uitgewerkt zodat een patiënt vaak al na twee uur het ziekenhuis kan verlaten. De resultaten van het onderzoek gaan dan binnen de 24 uur rechtstreeks naar de huisarts. Binnenkort zullen we ook foto's toevoegen aan dat protocol. Zo moet de huisarts niet meer zelf op PACSonWEB op zoek gaan naar de beelden van het onderzoek. In principe kan dat laatste nog altijd, maar de belangrijkste beelden zullen wel al standaard bij het protocol zitten."

"We beschikken nu over een state-of-the-art hoge resolutie anale microscoop. Daarmee kunnen we anale kankers vroegtijdig opsporen. In België zijn we één van de weinige ziekenhuizen die dit kunnen", zegt prof. dr. Reynaert.

OPGEBELD DOOR VERPLEGING

Alvorens de patiënt een endoscopisch onderzoek ondergaat, verwacht het UZ Brussel een grondige voorbereiding. Die verloopt nu volledig thuis zodat de tijd in het ziekenhuis zo kort mogelijk is. "Om patiënten daarbij te helpen, kan de huisarts brochures opvragen bij ons of hen doorverwijzen naar onze website. Daarop staan video's die onze verpleegkundigen hebben opgenomen", zegt dr. Aerts.

Als je veel patiënten op een dag kan zien, moet je ook zorgen dat je het kan volhouden. Daarom zijn de nieuwe zalen in de endoscopische ruimtes ergonomischer ingericht. "Er is groene en rode verlichting die minder vermoeiend is voor

"Sowieso belt onze verpleging elke patiënt nog enkele dagen voordien op. Dat is een extra service naar patiënt en huisarts omdat we merken



DR. MARIDI AERTS

> Gastro-enteroloog

'Daarmee kunnen we bipten beter onderzoeken en eventuele kankers vroegtijdig opsporen. In België zijn we één van de weinige ziekenhuizen die dit kunnen.'

CONTACT

hendrik.reynaert
@uzbrussel.be

maridi.aerts
@uzbrussel.be

dat ze dat belangrijk vinden. In dat gesprek leggen we nog eens goed de stappen uit die ze thuis moeten volgen. Dat gaat onder andere over het vezelarm dieet dat ze moeten volgen en de inname van laxeermedicatie. Patiënten die een afspraak hebben voor een endoscopisch onderzoek zijn vaak ongerust. Door hen op te bellen, willen we hen zoveel mogelijk geruststellen en hun vragen beantwoorden."

ONDERZOEK AL NA 14 DAGEN

Eén van de garanties van de nieuwe endoscopische eenheid is dat het onderzoek binnen de veertien dagen plaatsvindt. "Ook bij een check-up in functie van een bevolkingsonderzoek zijn mensen ongerust en willen ze zo snel mogelijk feedback. De standaard voor een endoscopisch onderzoek na een positieve test in het kader van een bevolkingsonderzoek ligt op vier tot zes weken. Met onze nieuwe eenheid halveren we die tijd nog eens", verduidelijkt dr. Aerts.

Vandaag doet de endoscopische eenheid dertig procent meer onderzoeken dan vroeger. Dat komt vooral omdat huisartsen makkelijker toegang hebben tot snellere onderzoeken. "Ze hebben een softwarepakket waarmee ze rechtstreeks een aanvraag voor bijvoorbeeld een coloscopie kunnen doen. Daarbij voegt de arts dan een doorverwijsbrief met de medische geschiedenis van de patiënt."

25% MINDER AFVAL

Hoewel medisch afval zich moeilijk laat sorteren, werkte dr. Aerts lang op een sorteerplan voor de nieuwe unit. "Ook dat vonden we belangrijk. Zeker als je een nieuwe, hoogtechnologische unit bouwt, moet je vandaag ook ecologisch nadenken. Alleen is medisch afval nogal onderhevig aan regeltjes en bots je daarbij soms op een muur. Toch proberen we het restafval, PMD, PVC, papier en confidentieel papier zo goed mogelijk van elkaar te scheiden en te sorteren. Per maand produceren we zo 25 procent minder afval. Op jaarbasis gaat dit over een daling van 600 kg. Dat kan toch al tellen."

Daarnaast zette de dienst ook in op een lagere energieconsumptie. Zo staan er in twee van de drie ruimtes energiemeters, gaan lichten zoveel mogelijk automatisch uit en moet iedereen de computers en machines na het laatste onderzoek uitschakelen. Kortom, de nieuwe endoscopische unit is meer dan klaar voor een duurzame toekomst en de beste patiëntenzorg.



'Voor een universitair ziekenhuis ligt de standaard voor een endoscopisch onderzoek op vier weken. Met onze nieuwe eenheid halveren we die tijd.'

Bezoek de website van de dienst Gastro-enterologie



WELKOM OP HET HUISARTSENCONGRES OP 29 MEI

Kom alles te weten over de nieuwe endoscopische eenheid tijdens het nieuwe huisartsencongres van de dienst Gastro-enterologie.



Schrijf u in via de QR-code.



Heldere kijk op oogheelkunde van de toekomst

Sinds midden vorig jaar staat prof. dr. Sorcha Ní Dhubhghaill aan het hoofd van de dienst Oogheelkunde. Samen met haar collega's focust ze op vijf speerpunten die van haar dienst een Europese referentie moeten maken in de behandeling van oogaandoeningen. Een duidelijke ambitie waar wij meer over wilden weten.



PROF. DR. SORCHA NÍ DHUBHGHAILL

> Diensthoofd Oogheelkunde
> Hoogleraar Vrije Universiteit Brussel (VUB) en Universiteit Antwerpen (UA)

ALTIJD BIJ DEZELFDE SPECIALIST

Toen prof. dr. Ní Dhubhghaill aan haar nieuwe job als diensthoofd begon, merkte ze dat patiënten altijd bij een andere dokter terechtkwamen. "Het is één van de eerste dingen die we hier hebben aangepakt. Nu garanderen we dat een patiënt altijd de juiste subspecialist ziet. En ook als de huisarts een goede samenwerking heeft met een bepaalde specialist houden we daar rekening mee."

Wie vandaag een afspraak wil op de dienst Oogheelkunde moet eerst langs de huisarts. Patiënten kunnen dus niet meer zelf de telefoon nemen voor een afspraak. "Brilmetingen en

routineonderzoeken kunnen perfect buiten het ziekenhuis gebeuren. Zo nemen we geen werk af van die tweedelijnszorg en hebben onze artsen ook meer tijd om zich te focussen op de meer complexe en zeldzame oogaandoeningen. Met prof. dr. Tassignon hebben we bijvoorbeeld de beste cataractchirurg van het land in huis. Verder bestaat ons team uit netvliesspecialisten, pediatrie oftalmologen en plastische chirurgen. Ikzelf doe vooral hoornvliestransplantaties. Eén voor één subspecialisaties die we in het UZ Brussel aanbieden."

SCREENING MET AI

De afdeling Oogheelkunde kan op een dag zo'n 250 patiënten zien. Dat is minder dan vroeger, net omdat artsen meer tijd nemen voor de patiënt. Eén van de vaakst voorkomende aandoeningen is cataract. Vooral bij oudere mensen, maar ook bij een groot deel van de diabetespatiënten. Bij die laatste groep wil prof. dr. Ní Dhubhghaill binnenkort inzetten op AI.

"De resultaten van het AI-model dat we willen gebruiken, zijn zeer goed. Diabetespatiënten kunnen allerlei oogaandoeningen ontwikkelen en moeten daarom regelmatig op controle komen. De meest gehoorde frustratie bij hen is de wachttijd. Ze moeten vaak lang in de wachtdaer

CONTACT

sorcha.ni.dhubhghaill@uzbrussel.be

zitten om dan gewoon te horen dat alles oké is. Met AI kunnen we deze patiënten sneller screenen. De software neemt foto's van het netvlies en zoekt naar afwijkingen. Enkel als het systeem een afwijking detecteert, moet de patiënt verder naar de oogarts. Op termijn is het dus een snelle, betrouwbare én goedkope manier van screenen. Patiënten zijn sneller buiten en wij hebben meer tijd voor de moeilijker oogproblemen."

TWEE OGEN TEGELIJK OPEREREN

Na de zomer wil prof. dr. Ní Dhubhghaill ook zogenaamde bilaterale cataractoperaties uitvoeren. "We gaan dan beide ogen op dezelfde dag opereren. De resultaten van een recente studie uit Maastricht zijn lovend. De bilaterale aanpak is efficiënter, voordeliger en comfortabeler voor de patiënt. Die moet maar één keer een operatie ondergaan, maar één keer naar het ziekenhuis en maar één keer revalideren."

In september moeten de bilaterale cataractoperaties van start gaan, als ook het logistieke proces op punt staat. "Elk oog heeft om veiligheidsredenen een andere set nodig. Dat betekent aparte instrumenten, aparte oogmedicatie en aparte sterilisaties. Die flow willen we eerst helemaal goed krijgen."

HOORNVLIESLABO

Het aanbod van de bilaterale operatie ligt perfect in lijn met waar prof. dr. Ní Dhubhghaill naartoe wil. Haar dienst moet straks een hoger niveau van complexiteit bereiken. In die optiek nam de afdeling ook zeven nieuwe specialisten aan.

"Ik wil dat we de nieuwste en beste innovaties van Europa in het UZ Brussel aanbieden. Samen met de universiteiten van Gent, Antwerpen, Leiden en Maastricht wil ik hier ook een hoornvlieslabo bouwen. Er zijn vandaag gewoon te weinig donoren om alle patiënten te helpen. Daarom moeten we naar andere oplossingen zoeken. Het labo moet onze eigen fabriek worden die op basis van stamcellen semi-kunstmatig hoornvlies maakt."

Verder investeerde de afdeling ook in de nieuwste microscoop op de markt. Die hebben ze niet in elk ziekenhuis. De microscoop heeft een scanner met lichtstraal om de laagjes van het netvlies en hoornvlies te zien. Daarmee krijgen artsen op een non-invasieve manier heel wat informatie binnen over het oog.

HOLISTISCHE AANPAK

Pralinedozen op een afdeling zijn altijd een goede

graadmeter voor de tevredenheid van patiënten. "Ik heb de indruk dat er heel wat dozen staan. Dat betekent dat patiënten blij zijn met onze aanpak waarin er meer plaats is voor elke subspecialiteit. We houden voor huisartsen sowieso ook enkele consultaties vrij om hun patiënten sneller te helpen als dat nodig blijkt. Bij cataract kunnen we bijvoorbeeld al binnen de twee weken opereren. Maar hoelang een patiënt uiteindelijk kan wachten op een behandeling bepaalt de huisarts zelf. Die is perfect in staat om een oogprobleem te detecteren en indien nodig door te verwijzen naar de juiste tweede- of derdelijnszorg."

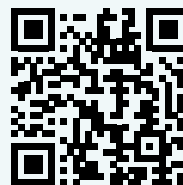
Bel rechtstreeks naar de Groene lijn voor een afspraak: 02 477 68 79



DOORVERWIJSAVOND VOOR HUISARTSEN

Later dit jaar organiseert de dienst Oogheelkunde een doorverwijsavond voor huisartsen. "Het is belangrijk dat de huisarts weet wie wat doet op onze dienst en wat alle subspecialiteiten zijn. Het kan onze samenwerking alleen maar verbeteren en verder optimaliseren."

Meer info over deze sessie én de definitieve datum via de QR-code.





Op zoek naar de naald in de hooiberg van hartspierziektes

Voor één hartafwijking zijn soms honderden oorzaken mogelijk. Ziedaar de complexiteit waar prof. dr. Steven Droogmans en zijn collega's op de dienst Cardiologie dagelijks mee te maken krijgen. In de recent opgerichte Cardiomyopathiekliniek onderzoeken en behandelen ze die aandoeningen van de hartspier die geen duidelijke oorzaak hebben. Een gesprek over het belang en het succes van een multidisciplinaire aanpak.

HOGERE LEVENSV ERWACHTING

Laten we eerst een misverstand uit de wereld helpen. Eén derde van de hartproblemen zijn te wijten aan een hartspierafwijking. Tot twintig jaar geleden gooiden artsen die afwijkingen op één hoop onder de noemer cardiomyopathie.

Sinds begin deze eeuw is er eindelijk een kentering ingezet. "We slagen er meer en meer in om specifieke oorzaken te identificeren en dus ook de verschillende types cardiomyopathie te herkennen", zegt prof. dr. Droogmans. "Dat is belangrijk voor de behandeling nadien. Zo kunnen we meer en meer hartproblemen gedeeltelijk of soms helemaal oplossen, en daardoor ook de levensverwachting van patiënten verhogen."

Eén van de thema's dat vaak op tafel komt in de Cardiomyopathiekliniek is het risico op een plotsse dood. "Eén van de mogelijke symptomen van een – soms ongekende – hartspieraandoening is nu eenmaal overlijden. Zeker als een familielid onverwachts sterft, gaan mensen naar hun huisarts met de vraag of ze nu ook risico lopen op hartfalen. Als de overledene zich nooit heeft laten onderzoeken, is die vraag in principe moeilijk te beantwoorden. Afhankelijk van het type cardiomyopathie binnen een bepaalde familie

en individu, zijn we momenteel meer in staat om dergelijk risico in te schatten. Samen met de patiënt bekijken we dan hoe we dat risico verlagen, bijvoorbeeld door een defibrillator te plaatsen."

SNELLERE TOEGANG TOT BEHANDELINGEN

De Cardiomyopathiekliniek van het UZ Brussel maakt deel uit van de ERN GUARD-Heart, het Europees netwerk voor zeldzame hartziekten. "Onze kliniek is één van de eerste in ons land die zich een Cardiomyopathiekliniek noemt. De Europese aanbevelingen hierrond zijn pas vorig jaar verschenen. Het is dus nog een jong initiatief, maar door deel uit te maken van een internationaal netwerk bundelen we onze expertise en kunnen we regelmatig de moeilijkste cases bespreken met collega's uit het buitenland. Zo komen we tot betere diagnoses én behandelingen", stelt prof. dr. Droogmans.

Die behandelingen zijn er vaak ook sneller dan elders. Zo heeft de Cardiomyopathiekliniek van het UZ Brussel toegang tot behandelingen die nog niet op de markt zijn, maar wel al officieel goedkeuring kregen. "Het is daarom belangrijk om aan die netwerkvorming te doen om continu nieuwe ziektebeelden te herkennen en correcter te

behandelen. Verschillende hartspieraandoeningen komen ook minder dan één op 2.500 keer voor. Dan mag je toch spreken van een zeldzame aandoening."

AI ALS COLLEGA

Het lijkt dus soms zoeken naar een naald in een hooiberg. Daarom gelooft prof. dr. Droogmans ook dat AI op termijn zal helpen. Eerst en vooral bij de beeldvorming. "De hartspier is het enige orgaan dat beweegt. Er bestaan vandaag al AI-modellen in de radiologie die puur op basis van de beweging van het hart een vrij nauwkeurige oorzaak kunnen suggereren. Zo'n tool zal ons in de toekomst vermoedelijk ook beter kunnen helpen om bepaalde pistes zeker te onderzoeken. Over enkele jaren zie ik AI ook in staat om op basis van bepaalde klachten, de medische voorgeschiedenis en laboanalyses van een patiënt de meest waarschijnlijke oorzaak te suggereren."

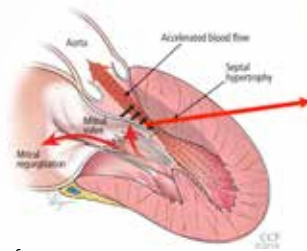
ERFELIJKHEID

Bij het al dan niet ontwikkelen van een cardiomyopathie spelen er verschillende factoren mee. Er is vaak een erfelijke factor of voorbeschikking en er is ook een omgevingsfactor. "Met dat laatste bedoel ik dat een vrouw bijvoorbeeld drager kan zijn van een hartspieraandoening die pas tot symptomen leidt als ze zwanger is. Ook bij een identieke tweeling zie je verschillen. Bij de ene manifesteert de aandoening zich wel, bij de andere niet. De reden hiervoor is nog niet duidelijk."

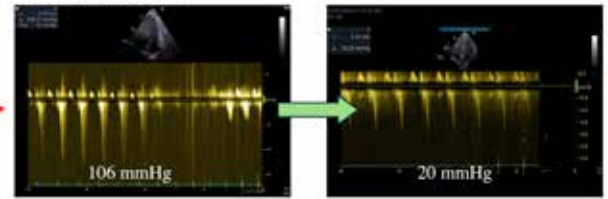
Eén van de belangrijkste voordelen van een Cardiomyopathiekliniek in een universitair ziekenhuis is de aanwezigheid van een dienst Medische Genetica. "Als een patiënt de diagnose cardiomyopathie krijgt, dan gaan we ook familieleden onderzoeken als ze dat wensen. Ook zij kunnen dan in een opvolgingstraject stappen als ze drager zijn van het oorzakelijke gen. Op deze manier kunnen we vroegtijdiger in het ziektebeeld ingrijpen, wat de prognose aanzienlijk kan verbeteren met op termijn minder kans op hartfalen."

OPEN GEEST

Naast de genetica spelen ook andere actoren in de zorgketen een belangrijke rol in het opsporen van cardiomyopathie. Zo maken ook pathologen, radiologen, nuclearisten, klinisch biologen, internisten, pediaters en microbiologen deel uit van de multidisciplinaire aanpak van de Cardiomyopathiekliniek. "Patiënten kunnen al jaren klachten hebben, zonder dat we daarvoor een verklaring hebben. Door verschillende



Voorbeeld van een casus



Mavacamten 5 mg
8 weken

specialiteiten bij een dossier te betrekken, vallen de puzzelstukjes soms snel in mekaar. Ik herinner me een patiënt met een hartspier die slecht samentrok. Na onderzoek bleek er een probleem met het groeihormoon. Een tumor in de hypofyse zorgde dat de patiënt ongecontroleerd groeihormoon aanmaakte. De neurochirurg heeft die tumor dan verwijderd en een jaar later was de hartspier hersteld."

Samenwerken en elke casus met een open geest bekijken is daarom belangrijk voor de Cardiomyopathiekliniek. "We sturen soms patiënten naar de pediatrie cardiologie, omdat ze pas laat symptomen ontwikkelen en bijvoorbeeld een enzymbehandeling moeten krijgen die enkel door erkende arts of artsen binnen een conventie metabole ziekte kan worden voorgeschreven. De volwassenen zitten dan tussen de kinderen. Die open blik is dus wel belangrijk. Een oorzaak kan zoals gezegd genetisch zijn, maar evengoed is het iets anders, zoals voeding, infecties, hormonen of auto-immuunziekten. Elk ziektebeeld kan in feite honderden oorzaken hebben. Door de laatste jaren nauwer samen te werken en elke casus multidisciplinair te benaderen, halen we goede resultaten. Ook huisartsen beginnen dat te merken."

MAATSCHAPPELIJK BELANG

Tot slot geeft prof. dr. Droogmans mee dat het belangrijk is dat de huisarts of collega-cardiologen de eerste triage van de patiënten doen. Pas dan komt volgens hem de kracht van de Cardiomyopathiekliniek tot uiting. "Als we ons kunnen focussen op de zeldzame gevallen, kunnen we ziektebeelden sneller herkennen en voorkomen of afremmen. Op lange termijn heeft dat ook maatschappelijk een groot voordeel: mensen zijn minder ziek, werken langer en dragen meer bij aan de samenleving."

Voorbeeld van een hypertrofische obstructieve Cardiomyopathie. Via de Cardiomyopathiekliniek kreeg deze patiënt mavacamten die de cardiale hypercontractiliteit deed afnemen. Op de rechtste figuur ziet u het resultaat na 8 weken: de obstructie is sterk afgenomen waardoor er geen chirurgische ingreep meer nodig is.



PROF. DR. STEVEN DROOGMANS

> Cardioloog

CONTACT

steven.droogmans@uzbrussel.be

Bel rechtstreeks met een arts van de Cardiomyopathiekliniek op 02 477 60 10. Er zijn ook wekelijkse raadplegingen.

betere overleving gedurende de eerste drie jaar na de start van de buikdialyse. En de kans op ernstige bloedingscomplicaties is ook lager in peritoneale dialyse. Bij een hemodialyse gebruiken we bloedverdunders omdat het bloed niet mag stollen in de kunstnier. Dat verhoogt echter ook het risico op bloedingen. Tot slot zien we ook dat de restnierfunctie langer behouden blijft bij een buikdialyse. Wie nog kan plassen, moet dat blijven doen. Door de dialyse via het buikvlies te doen, wordt die functie maximaal beschermd."

Naast de praktische en medische voordelen is er ook een financiële factor die in het voordeel van een buikdialyse thuis pleit. "Een buikdialyse is vijf procent goedkoper dan een hemodialyse in het ziekenhuis. Op jaarbasis komt dat neer op 3.250 euro per patiënt die onze samenleving minder moet dragen. Dat gaat toch over veel geld."

BINNEN TWEE WEKEN STARTEN

Als je alle voordelen op een rij zet, zijn er volgens de artsen weinig redenen om niet voor een buikdialyse thuis te kiezen. "Toch ziet een klein deel van de patiënten het vandaag nog niet zitten", zegt dr. Van Hulle. "Vaak zijn ze angstig, willen ze geen buisje uit hun buik of vertrouwen ze zichzelf niet met de apparatuur. Maar in feite kan iedereen het. Onze gespecialiseerde verpleegkundigen geven elke patiënt eerst een doorgedreven opleiding van gemiddeld vijf halve dagen verspreid over twee weken. We laten een patiënt ook pas thuis starten als we zeker zijn dat die het perfect kan. Bij de eerste dialysesessie thuis is altijd één van onze verpleegkundigen aanwezig. En mocht er toch een probleem zijn, zijn onze diensten 24/7 bereikbaar."

Dat thuisdialyse de aanpak van de toekomst is, blijkt ook uit de feedback die de artsen krijgen. "We hebben nog nooit een patiënt gehad die spijt had. Wie gestart is met buikdialyse thuis wil niet meer terug naar de hemodialyse in het ziekenhuis", zegt prof. dr. François. "Er zijn ook mensen die voor hemodialyse thuis kiezen. Maar dat is niet voor iedereen de beste keuze. De techniciteit ligt hoger, de opleiding duurt langer en je hebt ook aanpassingen nodig van de thuissituatie, zoals behandeling van het leidingwater en een aangepaste elektrische installatie. Voor een buikdialyse heb je in principe aan een stopcontact en wat opbergruimte voor het dialysemateriaal genoeg. Al bekijken we steeds samen met de patiënt de mogelijkheden die het best aanleunen bij zijn of haar situatie. Ook onze verpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen



en psychologen helpen om die inschatting te maken."

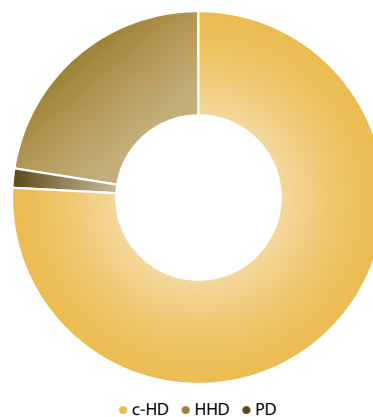
Als thuisdialyse toch niet haalbaar blijkt, benadrukken de artsen dat hemodialyse in het ziekenhuis nog steeds een heel goed alternatief blijft.

SCREENING DOOR HUISARTS

Ook de cijfers liegen niet. Ruim een kwart van alle nierpatiënten in het UZ Brussel doet zijn of haar nierdialyse vandaag thuis. Bij wie pas start met dialyse, ligt dat percentage zelfs op één op drie. Dat is een pak hoger dan het nationaal gemiddelde van zeven procent. "We zetten sinds tien jaar maximaal in op de ontwikkeling en uitbouw van ons thuisdialyse programma. Ook huisartsen hebben een belangrijke rol om de angst voor thuisdialyse weg te nemen bij hun patiënten. Er zijn quasi geen medische of praktische bezwaren, en we evalueren bij al onze patiënten de mogelijkheid voor thuisdialyse."

Hoe goed de resultaten van thuisdialyse vandaag ook zijn, toch is de eerste taak van het UZ Brussel nog altijd om de evolutie naar nierfalen bij zoveel mogelijk patiënten te vermijden. "Daarom is het belangrijk dat huisartsen patiënten met risicofactoren op chronische nierziekte tijdig screenen", besluit dr. Van Hulle. "Onder andere diabetes, hoge bloeddruk en een familiale voorgeschiedenis van nierziekte zijn alarmbellen voor een huisarts om patiënten te screenen op nierziekte middels een bloed- en urineonderzoek, en zo nodig naar ons door te sturen. Met de medicijnen die vandaag op de markt zijn, kunnen we de evolutie naar nierfalen steeds langer afremmen."

Proportie van prevalentie dialysepatiënten in UZ Brussel



cHD = centrum hemodialyse
HHD = thuis hemodialyse
PD = peritoneale dialyse

Vragen voor de nefroloog?

Bel rechtstreeks naar

02 474 92 99



Als meer mensen bewegen, moet ook de sportgeneeskunde in topvorm zijn

Vroeger was een marathon uitlopen een uitzondering. Vandaag wagen meer mensen zich aan meer intensieve sportregimes. Volgens prof. dr. Marc Schiltz en dr. Xavier Galloo heeft de coronapandemie die trend versterkt. Maar wat is het effect op de afdeling sportgeneeskunde?

OVERBELASTING PIEKT

“Sporten was quasi de enige activiteit die mensen hadden tijdens covid”, zegt prof. dr. Schiltz. “Die beweging was op zich goed. Maar mensen begonnen plots elke dag te wandelen of stonden tien uur per week op het padelterrein. Op onze diensten zagen we dan veel patiënten met een overbelasting op de onderste ledematen door de herhaalde schokken op enkels of knieën.”

‘Een snelle spuit kan, maar hoe kunnen we voorkomen dat er nog andere problemen ontstaan?’

Dat meer mensen zich hebben toegelegd op sporten, ziet ook dr. Xavier Galloo op de afdeling Cardiologie. Hij ziet vooral twee types patiënten. “Je hebt enerzijds de fervente sporter die preventief op controle komt en je hebt anderzijds de patiënt die na bijvoorbeeld een hartfalen vraagt

of zwemmen of fietsen nog mag. Het is belangrijk dat we beide gevallen anders benaderen. Bij sporters die meerdere keren per week hogere hartritmes produceren, wordt de hartspier groter en dikker. Bij mensen die op een normaal tempo bewegen, zien we die vervorming niet.”

INSPANNINGSTEST BIJ HUISARTS

Als een sporter op de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie binnenkomt, vertrekken ze er van het zogenaamde ICF-model – of voluit International Classification of Functioning, Disability and Health. Wat doet de patiënt? Welke soort beweging heeft die? En wat is de rol in de maatschappij? Vragen die een huisarts ook makkelijk kan stellen. “Op basis van de antwoorden kiezen we dan de juiste aanpak”, zegt prof. dr. Schiltz. “Twee patiënten met hetzelfde knieprobleem hebben vaak een ander doel. De ene wil gewoon naar het toilet kunnen gaan, de andere wil over twee weken die marathon lopen waar die al een jaar voor traint.”

Toch is er een verschil in het aantal preventieve patiënten op de afdeling Cardiologie en Fysische Geneeskunde. “Ik zie toch geregeld sporters die zich preventief willen laten nakijken omdat ze bijvoorbeeld een halve marathon willen lopen”, zegt dr. Galloo. “Sommige mensen maken zich zorgen en willen gewoon gerustgesteld worden. De huisarts kan zelf ook al een EKG of inspanningstest afnemen als die daar de toestellen voor heeft. Zijn er bepaalde afwijkingen te zien, doen we toch nog bijkomende onderzoeken zoals een echografie van het hart.”

“Wij zien weinig patiënten die preventief langskomen”, vult prof. dr. Schiltz aan. “Vaak komen ze bij ons al binnen met een trauma, zoals een gescheurde hamstring of kruisband. We gaan dan wel kijken hoe we die patiënt duurzaam kunnen behandelen. Een snelle spuit kan, maar hoe kunnen we voorkomen dat er nog andere problemen ontstaan? Daarom werken we ook nauw samen met de sportkinesisten. We weten welke oefeningen helpen om bepaalde blessures te voorkomen. Dan gaan we die ook adviseren.”

SAMENWERKING MET BLITS

Vanuit de dienst Cardiologie werkt dr. Galloo sinds 2023 ook samen met het Brussels Labo voor Inspanning en TopSport (BLITS) in Etterbeek. Dat is een door de Vlaamse overheid erkend keuringscentrum onder leiding van sportartsen Luc Buyse en Wouter Eraly. Huisartsen kunnen de fervente sporters uit hun praktijk dus ook naar dit centrum doorverwijzen.

“Iedereen kan er zich laten testen. Topsporters, maar ook recreanten. Weet wel dat zo’n vrijwillige screening niet wordt terugbetaald door het ziekenfonds. Hoogstens geven sommige ziekenfondsen een kleine forfaitaire tegemoetkoming. Tweewekelijks hou ik in het BLITS ook één dag consultatie voor sporters bij wie er een cardiaal probleem kan zijn”, zegt dr. Galloo. Ook prof. dr. Schiltz duikt wekelijks de wereld van de topsport in. Bij basketbalclub Brussels uit de eerste divisie is hij ploegarts en begeleidt hij de spelers van de A-kern.

In dat kader werken beide diensten ook samen rond de 20 km door Brussel. “We motiveren onze collega’s om zoveel mogelijk deel te nemen aan de wandel- of looptocht. Ze kunnen op voorhand bij ons langskomen voor een screening.”

BINNEN DE WEEK OP CONSULTATIE

Patiënten die een acuut sporttrauma oplopen,

‘Het secretariaat weet dat ze sporters naar mij moeten sturen. Dan zie ik die patiënt binnen de week.’

wil je graag zo snel mogelijk helpen. De dienst van prof. dr. Schiltz houdt daarom bewust plaats vrij om deze patiënten de week zelf nog te onderzoeken. “De meeste huisartsen weten dit niet, maar ze kunnen wel degelijk naar onze dienst bellen om dezelfde week nog een afspraak te krijgen.” Ook de dienst Cardiologie houdt zo goed als het kan enkele plaatsen vrij voor dringende gevallen. Niet met een aparte lijn, maar wel met de zogenaamde Groene lijn van het UZ Brussel. “Het secretariaat weet dat ze sporters naar mij moeten sturen. Dan zie ik die patiënt binnen de week.”

Met de trend van intensief sporten, boemde ook het sporthorloge. Moeten huisartsen dan zo’n horloge aan hun patiënten aanraden? “Nee, maar het kan zeker geen kwaad. De meeste sporthorloges hebben hun eigen trainingsschema’s. Die zijn wel niet gepersonaliseerd, maar het is toch een begin. En het maakt de discussies makkelijker”, vindt prof. dr. Schiltz. Ook op de dienst Cardiologie zien ze patiënten die een uitdraai van hun hartslag meehebben en zich ongerust maken over een bepaalde afwijking. Het is dus een goed vertrekpunt. “Maar als je gaat lopen met een hartslagmeter moet je er wel naar kijken, natuurlijk. Het hebben is één ding, naar je lichaam luisteren is nog iets anders”, besluit dr. Galloo.



PROF. DR. MARC SCHILTZ

> Diensthoofd Fysische Geneeskunde & Revalidatie
> Ploegarts basketbalclub Brussels



DR. XAVIER GALLOO

> Cardioloog

CONTACT

marc.schiltz@uzbrussel.be
xavier.galloo@uzbrussel.be

Gezocht: patiënten met ruisbandletsel

Nog de komende twee jaar doet het Leuven Centre of Sports Science van de KU Leuven onderzoek naar wie gebaat is bij een directe kruisbandoperatie. Ook het UZ Brussel doet mee en zoekt patiënten uit uw praktijk. Ziet u een patiënt met een kruisbandletsel? Dan garanderen we u in het kader van dit onderzoek een snelle consultatie bij onze specialisten.

Meer info vindt u via deze QR-code:



Nieuwste scanner checkt realtime of tumor volledig weg is

Doe maar een borstamputatie, dan ben je zeker dat alles weg is. Vroeger was dit het devies als het over borstkanker ging. Vandaag focust het team van prof. dr. Marian Vanhoeij op borstsparende ingrepen. Die zijn dan wel complexer, maar ze bieden veel voordelen voor de patiënt. Alleen: wie zo'n ingrepen doet, moet zeker zijn dat al het tumorweefsel weg is. En daarom investeerde het UZ Brussel in een mobiele PET-CT-scanner die realtime checkt of snijranden tumorvrij zijn.

BORSTSPAREND IS BETER

De moderne borstkankerbehandelingen streven al langer naar zoveel mogelijk borstsparende ingrepen. De wetenschap is daarin duidelijk: naast de esthetische en psychologische voordelen valt er ook oncologisch iets bij te winnen. "Er zijn duidelijke overlevingsvoordelen ten opzichte van een borstamputatie", zegt prof. dr. Vanhoeij. "Had je vroeger twee tumoren op twee verschillende plaatsen of lag de tumor te dicht bij de tepel, dan nam men de borst weg. Maar onderzoek toont aan dat zo'n drastische ingreep niet per se beter is. Samen met de plastisch chirurgen hebben we vrij snel ingezet op zogenaamde oncoplastische ingrepen. Hierbij passen we technieken uit de plastische chirurgie toe om tot een beter en mooier resultaat te komen. Ook bij grote of meer verspreide letsels."

GEEN EXTRA INGREEP NADIEN

Als je borstsparend werkt, doe je het beter van de eerste keer goed. Daarom is het belangrijk dat artsen zeker zijn dat al het tumorweefsel weg is voor ze de ingreep beëindigen. "Je wil toch vermijden dat patiënten na drie weken moeten terugkomen voor een extra ingreep omdat er nog een stukje tumor is achtergebleven. Zeker bij ingewikkelde oncoplastische ingrepen zoals therapeutische borstreducties of partiële borst-reconstructies ligt dat moeilijker. Sowieso lag het percentage heringrepen in ons ziekenhuis al lager dan het algemeen gemiddelde van twintig procent. We leverden dus al goed werk. De nieuwe mobiele CT-scanner zal ons percentage heringrepen verder doen dalen. Met de PET-functie starten we binnenkort in studieverband."



PROF. DR. MARIAN VANHOEIJ

> Borstchirurg en
coördinator Borstkliniek

CONTACT

marian.vanhoeij
@uzbrussel.be



de ingreep nagaan of de snijranden tumorvrij zijn. "We spuiten de patiënt vóór de ingreep in met een radioactieve stof. Zo kunnen we tijdens de operatie een scan nemen. We krijgen dan niet alleen een 3D-beeld van de tumor, hij licht ook op. Het lijkt alsof de tumor is ingekleurd en dus weten we heel precies of we alles mee hebben."

Blijkt na de scan dat de weggenomen tumor tot tegen de rand zit, dan kan er onmiddellijk een bijkomende resectie op de juiste plaats gebeuren. "De stress over in verband met eventuele heringreep kan zo gereduceerd worden. Ook huisartsen gaan hun patiënten nu meer op hun gemak kunnen stellen door hen te vertellen dat een borstsparende ingreep wel degelijk succesvol is."

OOK NUTTIG BUITEN DE BORSTKLINIEK

Het UZ Brussel is het eerste ziekenhuis in dit land dat het toestel heeft aangekocht. Volgens prof. dr. Vanhoeij zit er nog meer muziek in deze innovatie. "Het toestel is compact, dus je kan er geen grote stukken weefsel mee controleren. Maar op termijn kunnen we het wel op meerdere afdelingen inzetten, bijvoorbeeld om lever- of longtumoren te controleren. Die veelzijdigheid was uiteindelijk ook één van de redenen om het toestel aan te kopen."

MEER ZEKERHEID VOOR PATIËNTEN

Met de nieuwe Xeos AURA 10 kan de chirurg tijdens

Dagziekenhuis Geriatrie

houdt ouderen zo lang mogelijk

uit het ziekenhuis

Net zoals haar patiënten heeft de dienst Geriatrie van het UZ Brussel al wat ervaring op de teller staan. In de jaren '70 was het één van de eerste dagziekenhuizen geriatrie in ons land. In het najaar verhuist de afdeling naar een meer patiëntvriendelijke ruimte. Met prof. dr. Siddhartha Lieten en zorgcoördinator Aline Stoffelen blikken we vooruit.

GEBUNDELDE AANPAK

Wie in het dagziekenhuis geriatrie op consultatie komt, is 75 jaar of ouder. Dan wil je hen niet het hele ziekenhuis rondsturen om allerlei onderzoeken te laten volgen. "In ons dagziekenhuis trachten we alle onderzoeken op één dag te bundelen", vertelt prof. dr. Lieten. "Dat is makkelijk voor de patiënt en de mantelzorger. Zij moeten zich maar één keer verplaatsen."

In het najaar verhuist het team van prof. dr. Lieten naar een andere vleugel in het gebouw. Met een ruimte vlak bij de ingang en voorbehouden parkeerplaatsen voor wie minder mobiel is.

MEDICATIELIJST MEESTUREN

De focus van de dienst ligt op preventieve geneeskunde om ziekenhuisopnames te vermijden. Daarom is de aanpak multidisciplinair. "Bij een patiënt met bijvoorbeeld een verhoogd valrisico schakelen we onze kinesisten in om het evenwicht in beeld te brengen", zegt prof. dr. Lieten. "Ook de ergotherapeut kijkt of er thuis hulpmiddelen nodig zijn. En de apothekers controleren eventuele bijwerkingen van de medicijnen die ze nemen. Aan huisartsen vragen we daarom altijd om de medicatielijst mee te sturen bij een doorverwijzing."

ZORGPROGRAMMA'S VOOR OUDEREN

In functie van de vraag van de huisarts buigen andere specialisten zich mee over een bepaalde patiënt. Zo zijn er ook diëtisten, psychologen en

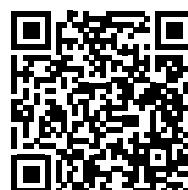
sociaal verpleegkundigen aanwezig op de dienst. "Het is echt een aanpak op maat", meent Aline Stoffelen. "Het plan is om iedereen zo lang mogelijk zo comfortabel mogelijk thuis te laten wonen. Met onze dienst hebben we daarom ook specifieke zorgprogramma's uitgewerkt."

Eén van die programma's is het succesvolle Bru-BRAIN. Dat is het internationaal erkende centrum voor mensen met geheugenstoornissen van het UZ Brussel. Deze consultaties gaan altijd op maandag door. "Patiënten die in de beginfase van dementie zitten, kunnen in onze geheugenkliniek in een traject van vier jaar stappen om toch zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Dat traject is volledig terugbetaald door het ziekenfonds", verduidelijkt prof. dr. Lieten. "Ook de mantelzorgers stappen mee in en krijgen van ons de nodige psychologische zorg", gaat Stoffelen verder. "Het zijn vaak de kinderen die mantelzorger zijn. Het is voor hen enorm belastend als ze hun moeder of vader zien aftakelen. Zij hebben dus vaak ook begeleiding nodig. Daarbij is een psychologische en specialistische aanpak essentieel."

Ook het intussen gekende Gezond Ouder Worden behoort tot het aanbod specifieke zorgprogramma's van de dienst Geriatrie. "Jonge senioren kunnen zich hier vrijwillig laten testen en werken aan een gezonde oude dag", vertelt Stoffelen. "We hebben onze tips en tricks recent ook in een podcast gegoten van vier korte afleveringen."

TIP VOOR UW PATIËNTEN DE PODCASTREEKS GEZOND OUDER WORDEN

Uw patiënten worden ouder, maar worden ze daarom gezond ouder? In de podcastreeks Gezond Ouder Worden praat het UZ Brussel met artsen over de bouwstenen van een gezonde oude dag.



**Bel de
advieslijn
Geriatrie op
024774673**

Wilt u direct advies over een patiënt in uw praktijk? Via bovenstaand nummer praat u rechtstreeks met een geriatr van het UZ Brussel.



**PROF. DR.
SIDDHARTHA LIETEN**
> Diensthoofd Geriatrie

CONTACT
siddhartha.lieten
@uzbrussel.be



ALINE STOFFELEN
> Zorgcoördinator Geriatrie

Focus op zwaarste trauma's als supraregionaal traumacentrum

Op termijn wil de overheid de expertises rond zware trauma's centraliseren. Dat betekent dat bij een ongeval de zwaargewonde slachtoffers standaard naar gespecialiseerde traumacentra worden afgevoerd. In afwachting van een duidelijke Belgische richtlijn daarover behaalde het UZ Brussel wel al de accreditatie als supraregionaal traumacentrum, uitgereikt door de Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

TWEE ZWAARGEWONDE PATIËNTEN TEGELIJK

Universitaire ziekenhuizen moeten in traumazorg het voortouw nemen, vindt dr. Thomas Ecker. Samen met de kwaliteitscel van het UZ Brussel en een team van verpleegkundigen, anesthesisten, intensivisten, urgentieartsen, radiologen, chirurgen en revalidatieartsen werkte hij hard aan de erkenning als supraregionale traumaspecialist.

"Wie zwaargewond is na een verkeersongeval of val van grote hoogte heeft meestal verschillende letsels. Hoe groter het aantal verwondingen, hoe groter de kans op complicaties en hoe hoger de mortaliteit. In het UZ Brussel hebben we daarom infrastructuur, personeel, procedures en patiëntenzorg volledig herbekeken en de afspraken hierrond vastgelegd in een zogenaamd multidisciplinair polytraumaprotocol. Als supraregionaal centrum hebben we nu 24/7 een multidisciplinair team klaarstaan dat tegelijkertijd bij twee zwaargewonde patiënten de eerste levensreddende zorgen kan toedienen."

GETRAIND OP SOFT SKILLS

De erkenning als supraregionaal traumacentrum geldt tot 2026. Om de zorgkwaliteit ook de komende jaren op het hoogste niveau te houden, volgt het team regelmatig opleidingen en organiseert het simulaties. "Tijdens deze trainingen besteden we vooral aandacht aan de soft skills. Voor effectieve traumazorg moeten teamleden namelijk niet alleen beschikken over de technische hard skills, maar ook over de niet-technische intermenselijke vaardigheden die een team efficiënter laten samenwerken. Denk aan zaken zoals communicatie, besluitvaardigheid, flexibiliteit en situational awareness."

3% MINDER MORTALITEIT

Tijdens de eerste opvang is ook altijd een scriptor aanwezig. Die schrijft alle data en parameters op. De gegevens komen dan anoniem in het internationale DGU Traumaregister. Zo weet het UZ Brussel waar de pijnpunten liggen en waar extra aandacht naar toe moet gaan. "Uit die data merken we bijvoorbeeld dat onze patiënten vaak onderkoeld op onze dienst toekomen. Dat geeft problemen bij de stolling van het bloed. Daarom gebruiken we nu consequent warmte-dekens en warmtestralen. Ook in de mortaliteit zien we een daling van 3%. Dat is toch significant."

De accreditatie van DGU kijkt ook naar het volledige zorgtraject. Niet alleen de opname op de spoedgevallendienst telt mee, maar ook de tijd op intensieve zorg, en het ziekenhuisverblijf en revalidatie nadien. "Patiënten die herstellen na een zwaar trauma hebben nood aan een intensief revalidatietraject. Dat traject volgen ze op onze eigen dienst Fysische Geneeskunde & Revalidatie of in een extern revalidatiecentrum."

REGIONAAL TRAUMANETWERK

In de toekomst wil het UZ Brussel werk maken van een traumanetwerk met de omliggende ziekenhuizen. "We willen goede afspraken maken over wie naar ons moet komen en wie in een lokaal ziekenhuis de beste zorg kan krijgen. Zo willen we in de hele regio de zorgkwaliteit verbeteren."



DR. THOMAS ECKER
> Urgentiearts

Niet alleen massages en compressietherapie helpen

Lymfoedeem is operatief te behandelen

“Ik ben dan wel genezen van borstkanker, maar lymfoedeem is veel erger.” Het is feedback die prof. dr. Alexandru Nistor wel vaker hoort. Als coördinator van de Lymfekliniek legde hij zich samen met diensthoofd prof. dr. Moustapha Hamdi toe op een multidisciplinaire behandeling van lymfoedeem. Recent kreeg die aanpak een erkenning als Center of Surgical Excellence.

60% KANS OP LYMFOEDEEM

Van alle kankerpatiënten lijdt zowat vijftien procent aan deze aandoening waarbij lymfevocht zich opstapelt op verschillende plaatsen in het lichaam. Bij vrouwen die borstkanker overleven, gaat het zelfs over één op vijf.

“Als chirurgen een tumor in de borst wegnemen, kijken ze ook naar de eerste lymfeklieren in de oksels die verbonden zijn met de borst”, zegt prof. dr. Nistor. “Als die klieren door de kanker zijn aangetast, nemen ze meteen de volledige inhoud van de oksel weg. De kans dat een patiënte dan binnen de twee jaar lymfoedeem ontwikkelt, ligt op dertig procent. Na radiotherapie verdubbelt dat percentage. Lymfoedeem is dus een aanzienlijk risico als je een kankerbehandeling krijgt.”



PROF. DR. MOUSTAPHA HAMDI

> Diensthoofd Plastische Heelkunde

EXPERTISECENTRUM IN BELGIË

De Lymfekliniek van het UZ Brussel ontving recent als eerste en enige in België een accreditatie als Center of Excellence van het Lymphatic Surgery Education & Research Network (LE&RN). Dat blijkt een wereldwijd unicum voor een relatief klein ziekenhuis als het UZ Brussel. “Er zijn in Europa maar elf andere centra met deze accreditatie. En vaak zijn die ziekenhuizen tien keer groter dan het onze, en hebben ze een veel groter budget.”



PROF. DR. ALEXANDRU NISTOR

> Staflid Plastische Heelkunde en coördinator Lymfekliniek

De succesformule is volgens prof. dr. Nistor de multidisciplinaire aanpak van lymfoedeem. Wie in de Lymfekliniek binnenkomt, ondergaat een lange reeks onderzoeken. Maar het resulteert wel in een aanpak op maat waarbij de patiënt effectief geholpen is. “Eens je lymfoedeem hebt, kunnen we het niet terugdraaien. Maar we kunnen wel het leefcomfort verhogen. De meeste patiënten hebben na onze ingreep nog maar weinig tot geen symptomen meer. Dat is

toch een belangrijk verschil. Vroeger waren patiënten veroordeeld tot levenslange massages en compressietherapieën. Die tijd ligt stilaan achter ons.”

PREVENTIEVE INGREPEN

De Lymfekliniek focust niet alleen op therapie, maar ook op preventie. “Met reconstructieve microchirurgie herstellen we bijvoorbeeld de lymfatische circulatie bij borstkankerpatiënten. Als alle lymfeklieren uit de oksel zijn verwijderd, verbinden we de lymfevaten met kleine aders die de lymfe vervolgens afvoeren. Het percentage patiënten dat in de jaren nadien toch lymfoedeem ontwikkelt, ligt heel laag. Ook voor onze sociale zekerheid is dat een significant voordeel. Zonder ingreep moeten patiënten met lymfoedeem voor de rest van hun leven twee à drie keer per week naar de kine. En ze moeten speciale compressiemouwen of – broeken dragen. Dat kost onze samenleving veel geld. In de toekomst zal er dus veel vraag zijn naar dit soort ingrepen, waarbij we meteen de lymfevaten in de oksel reconstrueren.”

ROBOTISCHE MICROCHIRURGIE

Die lymfevaten zijn piepklein: gemiddeld hebben ze een diameter tussen de 0,3 en 0,5 mm. Om ze opnieuw te verbinden, gebruikt de lymfekliniek een chirurgische hechting die vier keer dunner is dan een menselijk haar. Wereldwijd zijn er maar weinig chirurgen die deze ingreep met de hand kunnen uitvoeren. Maar er is hoop: de afdeling Plastische Chirurgie van het UZ Brussel heeft één van de acht microchirurgische robots die wereldwijd te vinden zijn in gebruik.

“Dankzij onze microchirurgierobot kunnen we nu elke vorm van reconstructie aanbieden. Dat maakt dat we wereldwijd één van de weinige ziekenhuizen zijn die lymfoedeem zo geavanceerd en geïntegreerd behandelen.”

CONTACT

Alexandru.Nistor@uzbrussel.be

Bewegen Op Verwijzing nu ook in het UZ Brussel

Eén op twee mensen die meer moet bewegen, komt er vaak niet aan toe. Daarom kunnen zorgverleners hun patiënten nu doorverwijzen naar een zogenaamde Beweging Op Verwijzing-coach.

In het UZ Brussel is kinesiste Karen Feyen zo'n coach. Zij maakt samen met patiënten die meer moeten bewegen een beweegplan op maat. Nadien volgt ze patiënten op en ondersteunt ze hen waar nodig. Zo'n beweegplan is soms heel simpel. Karen gaat vooral aan de slag met het beweegaanbod in de regio om patiënten intrinsiek te motiveren om bijvoorbeeld met de fiets naar het werk te gaan of deel te nemen aan sportieve groepsessies in de buurt.

Om een beroep te doen op een Beweging op Verwijzing-coach moeten patiënten wel eerst een doorverwijsbrief vragen aan hun zorgverlener. Dat kan de huisarts zijn, maar ook de kinesist, diëtist, psycholoog, ergotherapeut, vroedvrouw en ga zo maar door.

Bewegen Op Verwijzing gaat uit van het Vlaams Instituut Gezond Leven. Iedereen vanaf 18 jaar die in Vlaanderen of Brussel woont, kan hiervan gebruik maken.

Meer informatie en online doorverwijsbrieven vindt u op bewegenopverwijzing.be



De dienst Hematologie heeft nieuw diensthoofd

Sinds begin dit jaar staat prof. dr. Ann De Becker aan het hoofd van de dienst Hematologie. Ze volgde prof. dr. Rik Schots op die met welverdiend emeritaat gaat.

Volgens prof. dr. De Becker staan we voor boeiende tijden met de komst van innovatieve cellulaire therapieën. Ze vindt het dan ook een must om als universitair ziekenhuis te blijven investeren in wetenschappelijk onderzoek. Zelf doctoreerde ze rond mesenchymale stromale cellen en deed ze in dat kader vier jaar onderzoek in het stamcellaboratorium.

Vandaag is stamceltransplantatie en de behandeling van acute leukemie haar specialisatie. In die hoedanigheid nam ze vorig jaar ook de rol op van voorzitter van het Acute Leukemia Committee van de Belgian Hematology Society (BHS).

UZ Brussel is erkend als pediatrisch multidisciplinair obesitascentrum

"Als een kind obees is, is de kans klein dat het vanzelf goed komt", meent prof. dr. Inge Gies, endocrinoloog en diensthoofd van het kinderziekenhuis van het UZ Brussel. Daarom pleit ze voor een multidisciplinaire aanpak waarbij artsen, psychologen, diëtisten en maatschappelijk werkers samenwerken om de behoeften van elk kind te begrijpen. "Obesitas op jonge leeftijd heeft een grote impact op de gezondheid voor de rest van het leven. Zowel mentaal als fysiek."

Het is de aanpak van het Kidz Health Castle die nu erkend is door de federale overheid. Dat betekent concreet dat het UZ Brussel tot een lijst van 21 zogenaamde pediatrische multidisciplinaire obesitascentra behoort. Dankzij de federale erkenning valt ook het remgeld weg voor de begeleiding door een zorgverlener.

Ongezouten

Doorbreek het taboe rond bekkenbodemp Problemen

Mensen ervaren enorm veel schroom om bepaalde symptomen ter sprake te brengen. Maar ook heel wat zorgverleners vragen er niet naar uit schrik de patiënt te shockeren. Het is nochtans belangrijk dat artsen het gesprek opstarten door vragen te stellen als "Stoelgang maken, is dat al een keer een probleem geweest?", "Was je al eens te laat op het toilet?" of "Heb je soms last van een vuile veeg in je slip?".

Door te normaliseren, kunt u de stap kleiner maken om het gesprek aan te gaan en helpt u mee het taboe te doorbreken.



Luister naar de podcast

Gezond Ouder Worden

Oud worden is geen kunst meer. Mensen leven vandaag gemiddeld vier jaar langer dan twintig jaar geleden. Maar het is niet omdat we ouder worden dat we dat ook gezond doen. Met de podcast Gezond Ouder Worden gaat het UZ Brussel in gesprek met geriateren, kinesitherapeuten, psychologen en nutritionisten. Zij geven tips voor een gezonde oude dag.

Scan de QR-code voor meer info



Abonneer u op onze nieuwsbrief

Krijg al het nieuws van het UZ Brussel direct in uw mailbox.

www.uzbrussel.be/nieuwsbrief



Save the date!



Ontdek alle events van het UZ Brussel

www.uzbrussel.be/agenda