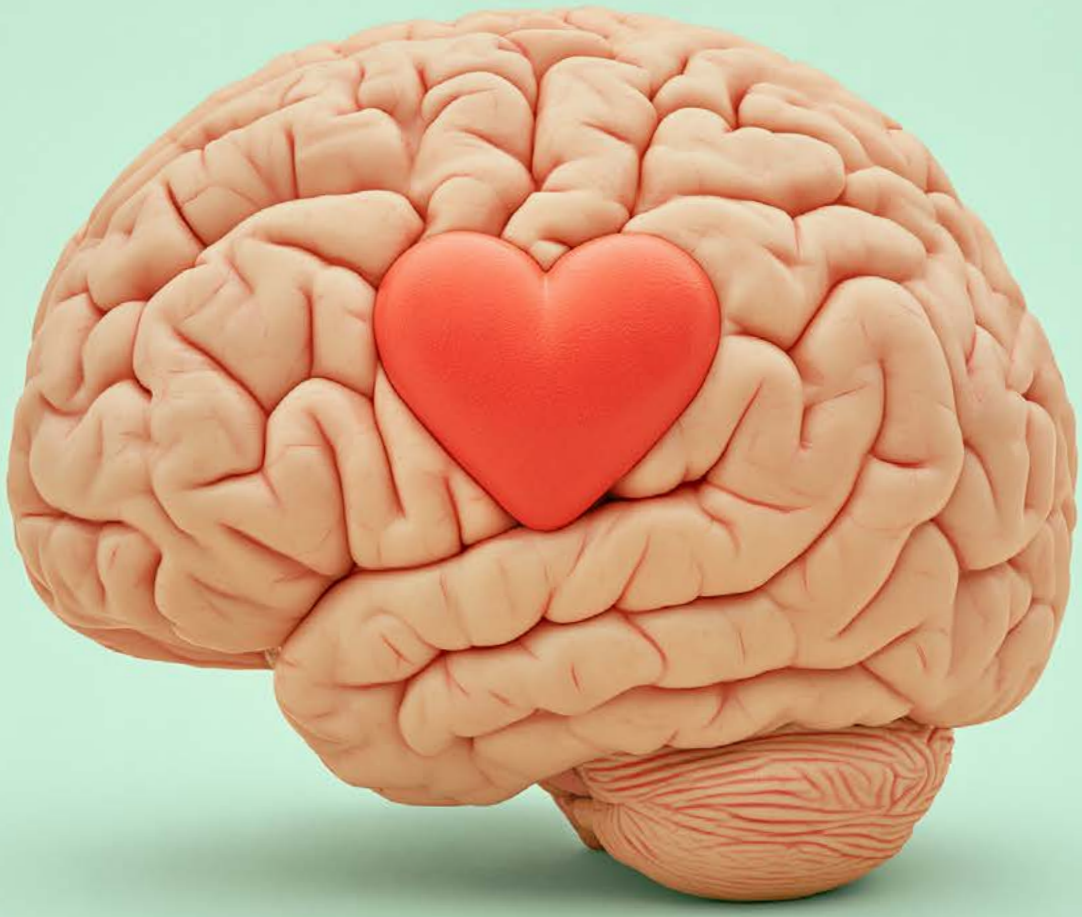
MUZT
N° 17 Oktober 2026 • Must-reads voor de huisarts over medische innovatie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VUB VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL



De onafscheidelijke link tussen hart en hersenen

VAGINAAL BEVALLEN
van baby in stuit

SNEL ZORGPAD VOOR RCA
voorkomt blijvend zichtverlies

NIEUWE CATARACTOPERATIE
bespaart overheid 2 miljoen

voor de huisarts
over medische innovatie

Beste collega,

Innovatie in de zorg zit niet altijd in een spectaculaire doorbraak. Vaak zit ze in een betere organisatie, een snellere diagnose of een behandeling die eenvoudiger wordt voor de patiënt.

In dit nummer ziet u daar verschillende voorbeelden van. Met de Neurocardiokliniek brengen we neurologie en cardiologie structureel samen na een beroerte, zodat onderliggende cardiale oorzaken sneller worden opgespoord. Voor reuscelarteriitis werd een snel zorgpad opgezet waarin elke uur telt om blijvende schade te voorkomen. En in de oogheelkunde kan een druppelloze cataractoperatie de nazorg voor duizenden patiënten aanzienlijk vereenvoudigen.

Ook onze infrastructuur evolueert mee. Medische Beeldvorming en het Oncologisch Centrum verhuizen naar nieuwe, gecentraliseerde locaties. Dat betekent niet alleen nieuwe apparatuur en extra capaciteit, maar vooral minder verplaatsingen voor patiënten en eenvoudiger overleg tussen zorgverleners.

Diezelfde gedachte loopt door andere verhalen in dit magazine: van gepersonaliseerde nazorg na kanker tot nieuwe inzichten in PMOS en gespecialiseerde begeleiding bij stuitligging. Telkens is de vraag dezelfde: hoe kunnen we zorg slimmer organiseren rond wat een patiënt nodig heeft?

Investeren in mensen, expertise, technologie en infrastructuur is daarbij geen doel op zich. Het moet leiden tot betere zorg en tot een samenwerking met de huisarts die helder en praktisch blijft. Want ook de meest gespecialiseerde zorg werkt pas goed wanneer de verschillende schakels op elkaar aansluiten.

Met collegiale groet,



PROF. DR. MARK DE RIDDER
> CEO UZ Brussel

FOCUS

Hart en hersenen zijn meer met elkaar gelinkt dan iedereen denkt ____ 3

Medische beeldvorming verhuist naar één nieuw plateau ____ 5

Ook Oncologisch Centrum en de Borstkliniek samen op een nieuwe plek ____ 6

XPERT TALK

Snel zorgpad voor RCA voorkomt blijvend zichtverlies ____ 7

Zegt u al PMOS tegen PCOS? ____ 9

AWARENESS

Ook in stuit kan een baby vaginaal geboren worden ____ 10

40 jaar transplantcentrum ____ 12

INNOVATIE

Druppelloze cataractoperatie bespaart overheid tot 2 miljoen euro per jaar ____ 14

PRIMEUR

Onderzoeksproject ONCO.CARE Brussels ontwikkelt gepersonaliseerd zorgtraject na een kankerbehandeling ____ 16

FACTS

Juiste voeding verhoogt vruchtbaarheid ____ 18

COLOFON

Redactionele coördinatie: Karolien De Prez **Redactieraad:** Maridi Aerts, Sabine Allard, Deborah De Geyter, Mark De Ridder, Wim Distelmans, Sylvie Geurts, Martine Huybrechts, Patrick Lacor, Isabel Peeters, Jan Schots, Vera Vertessen **Redactionele bijdragen in dit nummer:** Ann De Becker, Johan de Mey, Sylvie De Raedt, Michel De Vos, Elisabeth De Waele, Christel Fontaine, Kasper Hermans, Daniel Jacobs, Jan Lamote, Monika Laubach, Andreea Iulia Motoc, Bart Neyns, Nelson Rabbachin, Lieselot Sablon, Jacques Sennesael, Guy Soete, Karolien Termote, Femke Van de Velde, Marian Vanhoeij, Magalie Vanmeerbeek, Fenne Vandervorst, Karl Martin Wissing **Fotografie:** B2B-Photography, An Clapdorp, Griet Van Wesemael, Michel Van Lint, 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.

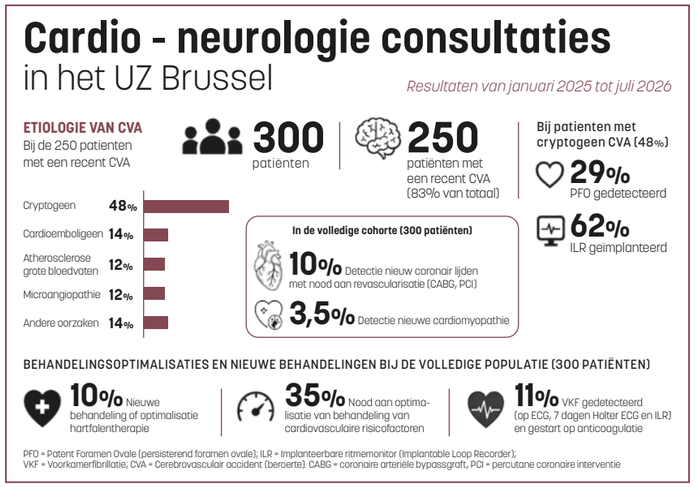
Vragen of suggesties? Adverteren in mUZt?
Abonnement aanvragen of adreswijziging melden?
Mail naar muzt@uzbrussel.be of bel naar de dienst Marketing & Communicatie van het UZ Brussel op 02 477 80 80.

Verantwoordelijke uitgever:
Mark De Ridder, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

FOCUS

Hart en hersenen zijn meer met elkaar gelinkt dan iedereen denkt

Een beroerte is niet louter een neurologisch probleem. Een aanzienlijk deel van de patiënten met een beroerte heeft een onderliggende cardiale aandoening. Daarom startte het UZ Brussel vorig jaar met de zogenaamde Neurocardiokliniek: een gecombineerde consultatie waarin patiënten na een beroerte gezamenlijk door een neuroloog en een cardioloog worden opgevolgd. Deze geïntegreerde aanpak is een unicum in België.



EEN GEZAMENLIJKE BLIK OP BREIN EN HART

Volgens neuroloog prof. dr. Sylvie De Raedt krijgt de cardiale component van een beroerte steeds meer aandacht. "Als neurologen kijken we uiteraard naar het hart bij patiënten met een beroerte, maar in sommige gevallen is een meer uitgebreide cardiologische evaluatie aangewezen. Een eerste cardiologische evaluatie geeft vaak belangrijke informatie, maar sommige hartritmestoornissen, zoals paroxismale voorkamerfibrillatie, zijn nu eenmaal moeilijk te detecteren wanneer ze slechts sporadisch optreden. Ook coronair vaatlijden kan aanwezig zijn zonder duidelijke klachten."

Met de Neurocardiokliniek wil het UZ Brussel die samenwerking nu verder versterken. Het team van prof. dr. De Raedt richt zich daarbij vooral op patiënten bij wie de oorzaak van de beroerte nog niet duidelijk is, bij wie de cardiale uitwerking nog loopt of bij wie sprake is van atherosclerose van de halsvaten omdat bij hen bijkomende cardiovasculaire evaluatie bijzonder relevant kan zijn. "De patiënt ziet eerst de neuroloog en kan vervolgens, op dezelfde locatie en tijdens hetzelfde bezoek, bij de cardioloog terecht. Dat is niet alleen inhoudelijk een meerwaarde, maar ook heel praktisch voor de patiënt."

VOORKAMERFIBRILLATIE

Het initiatief komt niet uit de lucht vallen. Er is medische evidentie dat bij een belangrijk deel van de ischemische beroertes het hart een rol speelt "Eén van de belangrijkste oorzaken van beroerte is voorkamerfibrillatie", zegt cardioloog dr. Andreea Iulia Motoc. "Dat kan al een gekend probleem zijn of duidelijk opduiken tijdens de opname. Maar bij een deel van de patiënten gaat het om occulte voorkamerfibrillatie: een hartritmestoornis die niet tijdens de initiële onderzoeken wordt vastgesteld, maar pas aan het licht komt dankzij langdurige hartritmemonitoring, bijvoorbeeld met een implanteerbare loop recorder."

Ook een patent foramen ovale (PFO), een kleine opening tussen de twee voorkamers van het hart die na de geboorte is blijven bestaan, kan bij sommige patiënten een rol spelen. Een PFO komt voor bij ongeveer één op de vier mensen en veroorzaakt meestal geen problemen. Bij jonge patiënten met een ischemische beroerte wordt echter relatief vaak een PFO gevonden. In een deel van deze gevallen is het waarschijnlijk toevallig aanwezig, maar bij een andere groep kan het de oorzaak van de beroerte zijn geweest, bijvoorbeeld doordat een bloedklonter via het PFO naar de hersenen is doorgeschoten (cf. paradoxale embolie).

'Door structureel samen te werken met cardiologen kunnen we bepaalde cardiale oorzaken van een beroerte sneller opsporen of uitsluiten.'

Wanneer een PFO wordt vastgesteld, bespreken we de patiënt binnen ons multidisciplinaire team dat maandelijks samenkomt. Cardiologen en neurologen beoordelen er gezamenlijk of de beroerte waarschijnlijk PFO-gerelateerd is. Als dat het geval is, bespreken we tijdens de neurocardioconsultatie met de patiënt het verdere traject en, indien aangewezen, de mogelijkheid om het PFO te sluiten. Als een PFO nog niet werd aangetoond, maar er een vermoeden bestaat, plannen we de nodige aanvullende onderzoeken.

CORONAIR LIJDEN

Tijdens de evaluatie in de Neurocardiokliniek is er ook aandacht voor de screening van coronair lijden. "In onze eigen cohorte werd bij tien procent van alle gescreende patiënten met een beroerte ernstig coronair lijden vastgesteld waarvoor een stent of bypassoperatie aangewezen was", zegt prof. dr. De Raedt. "Een grondige cardiologische evaluatie kan dus ook aandoeningen aan het licht brengen die voordien nog niet gekend waren. Door structureel samen te werken met cardiologen kunnen we bepaalde cardiale oorzaken van een beroerte sneller opsporen of uitsluiten en cardiovasculaire risicofactoren beter aanpakken. Daarmee hopen we niet alleen de algemene cardiovasculaire gezondheid van onze patiënten te verbeteren, maar mogelijk ook toekomstige cardiovasculaire gebeurtenissen, zoals een hartinfarct of beroerte te voorkomen."

UNIEK IN BELGIË

Een gecombineerde consultatie waarbij neuroloog en cardioloog de patiënt op dezelfde dag zien, is de eerste geïntegreerde aanpak van dit type in België. Van één keer per week begin 2025 evolueerde de Neurocardiokliniek intussen naar een spreekuur twee keer per week. "We bekijken ook hoe we de werking in de toekomst verder kunnen uitbreiden, bijvoorbeeld met een apart spreekuur voor patiënten met syncope. Daarnaast kan rechtstreekse verwijzing door de huisarts in bepaalde situaties een mogelijkheid zijn. "Bijvoorbeeld bij onverklaarde neurologische klachten waarbij een mogelijke cardiale oorzaak wordt vermoed, bij onverklaarde syncope of hartkloppingen in combinatie met neurologische symptomen, of voor verdere evaluatie na een beroerte of TIA. Het merendeel van onze patiënten wordt vandaag echter na opname op de beroerte-eenheid naar de Neurocardiokliniek verwezen", zegt ook neurologe dr. Fenne Vandervorst.

Het initiatief ligt volledig in lijn met hoe gezondheidszorg vandaag wordt georganiseerd: multidisciplinair. "In het opvolgen van patiënten met een beroerte, werken we uiteraard nauw samen met andere diensten zoals Vaatheelkunde voor carotis- en aortapathologie, Radiologie, Neurochirurgie voor de opvolging van bijvoorbeeld aneurysmale subarachnoïdale bloedingen, Nefrologie bij resistente hypertensie of vermoeden van fibromusculaire dysplasie, Hematologie voor stollingsstoornissen en veneuze sinustrombosen, en Reumatologie bij systeemaandoeningen. Maar de cardioloog blijft de meest frequente collega-arts, en die samenwerking is dankzij de Neurocardionliniek nu structureel ingebed."

PREVENTIE

Een samenwerking tussen de neurocardiokliniek en de huisarts blijft essentieel, zowel preventief als bij eventuele opvolging. "De Neurocardiokliniek staat in voor de onderzoeken en geeft gericht advies", zegt dr. Motoc."Nadien werken we samen met de huisarts om onder andere bloeddruk, cholesterol, diabetes en medicatie op te volgen. Ook de sensibilisering rond gezond leven en meer bewegen is een luik waar de huisarts van groot belang blijft."

NEUROCARDIOKLINIEK IN CIJFERS

- Gestart in januari 2025
- 300 nieuwe patiënten in het eerste jaar
- 11% de novo VKF
- 29% PFO bij de cryptogene CVA's
- 10% van patiënten heeft bij screening ernstig coronair lijden
- 35% optimalisatie van behandeling van cardiovasculaire risicofactoren
- Eerste ziekenhuis in België met een aparte Neurocardiokliniek

OPVOLGING DOOR HUISARTS

- Bloeddruk (streefdoel < 130/80 mmHg)
- Cholesterol (streefdoel LDL cholesterol < 70/55/40 mg/dl i.f.v. risicoprofiel)
- Diabetes (streefdoel HbA1C < 7%)
- Rookstopbegeleiding en -motivatie
- Alcohol beperking (max 1-2 glazen per dag)
- Gezond gewicht (streef BMI 18.5-24.9) en mediterraan zout beperkend dieet
- Voldoende bewegen (minstens 7000 stappen en 20-30 minuten matig intensief bewegen per dag, als gezondheid dit toe laat)
- Therapietrouw
- Jaarlijks labo met o.a. lipidenprofiel en glycemie/HbA1C



PROF. DR. SYLVIE DE RAEDT
> Neuroloog



DR. ANDREEA IULIA MOTOC
> Cardioloog



DR. FENNE VANDERVORST
> Neuroloog

Contacteer de Neurocardiokliniek rechtstreeks op **neurocardio@uzbrussel.be** of bel 02 477 60 12. Consultaties op dinsdag- en donderdagnamiddag. Voor urgent nazicht TIA of iCVA, bel 24/7 naar de neuroloog van wacht op **02 476 37 40**.

Medische beeldvorming verhuist naar één nieuw plateau

In de jaren tachtig waren er vijftien radiologen in het UZ Brussel. Vandaag maar liefst vijfenvijftig. Een organische groei die doorheen de jaren zorgde voor heel wat versplintering. De bouw van een nieuw technisch blok was de kans om alle beeldvorming opnieuw te centraliseren. Dat moet de werking niet alleen versnellen, maar ook verbeteren. Wij gingen eens kijken met diensthoofd Radiologie prof. dr. Johan de Mey.









'Een ziekenhuis is sowieso al een doolhof. Nu zijn patiënten blij dat er één centrale plek is. Sommigen hebben ook meerdere onderzoeken op één dag. Die gebeuren dan aansluitend op dezelfde verdieping. Ze moeten niet meer van -1 naar +2 en terug naar 0.'

MEDISCHE BEELDVORMING IN CIJFERS

- 200.000 patiënten per jaar
- 55 radiologen
- 70.000 röntgenfoto's per jaar
- 45.000 CT-scans per jaar
- 40.000 echo's per jaar
- 35.000 MRI-onderzoeken per jaar
- 95% van de verslagen belanden de dag zelf nog bij de huisarts

Maak een afspraak met de dienst Medische Beeldvorming op **02 477 60 50** of **afspraak_radiologie@uzbrussel.be**

'Doorheen de jaren hebben we vooral aan inbreiding gedaan: een bestaand bureau in twee opdelen of scanners op andere afdelingen parkeren. Op onze MRI-toestellen na is vandaag alles al verhuisd. Er is nu één centraal secretariaat en één grote wachtzaal voor alle beeldvorming samen. Gestructureerd op één horizontaal plateau.'



PROF. DR. JOHAN DE MEY
> Diensthoofd Radiologie

Ook Oncologisch Centrum en de Borstkliniek samen op een nieuwe plek

Ook Radiotherapie, Hematologie, Medische Oncologie zaten tot voor kort verspreid over verschillende verdiepingen", zegt hematoloog prof. dr. Ann De Becker. "Nu zitten we op één plateau, met ook nog de Borstkliniek erbij. "We hebben ook het comfort van de patiënten herbekeken. Sommige behandelingen duren een halve of hele dag. Dan zijn een beetje daglicht en ruimte geen overbodige luxe. Alle kamers kijken nu uit op het groene Laarbeekbos en op de tuinen van de Faculteit Geneeskunde en Farmacie van de VUB."



PROF. DR. ANN DE BECKER
> Diensthoofd Hematologie



PROF. DR. BART NEYNS
> Diensthoofd Medische oncologie



PROF. DR. GUY SOETE
> Dienstverantwoordelijke Radiotherapie



PROF. DR. MARIAN VANHOEIJ
> Coördinator Borstkliniek en borstchirurg





Ook radiotherapeut-oncoloog prof. dr. Guy Soete is blij dat het terug is zoals vroeger. "Ik heb het veel liever zo, ja. We zitten allemaal naast elkaar. Dat maakt het makkelijker om collega's aan te spreken of een patiënt nog even snel door te verwijzen. Het komt de behandeling alleen maar ten goede."

Vandaag voert het oncologisch centrum zo'n zeventig behandelingen per dag uit. Op de nieuwe locatie zal die capaciteit met een vierde kunnen stijgen.



ONCOLOGISCH CENTRUM IN CIJFERS

- Tot 85 behandelingen per dag
- 25% meer capaciteit sinds verhuis
- Dagkliniek open tot 18u
- Binnen 12u raadpleging in dringende gevallen
- 100% van de kamers met zicht op de groene omgeving van het Laarbeekbos

Het Oncologisch Centrum is bereikbaar op **02 477 60 40** of **afspraak_oncologie@uzbrussel.be**

Snel zorgpad voor RCA voorkomt blijvend zichtverlies

Haast en spoed zijn zelden goed, zegt de volkswijsheid. Maar in het geval van zogenaamde reuscelarteriitis (RCA) of arteriitis temporalis moet je snel handelen. Bij deze aandoening ontsteken de grote en middelgrote slagaders in het lichaam. Zonder tijdige behandeling kan de ziekte leiden tot ernstige en onomkeerbare schade, waaronder blijvend zichtverlies. Om die reden startte het UZ Brussel in juni een apart zorgpad voor RCA op.



Craniale reuscelarteriitis kan zich visueel uiten door verdikte, ontstoken slagaders ter hoogte van de slapen.

NIET TREUZELEN

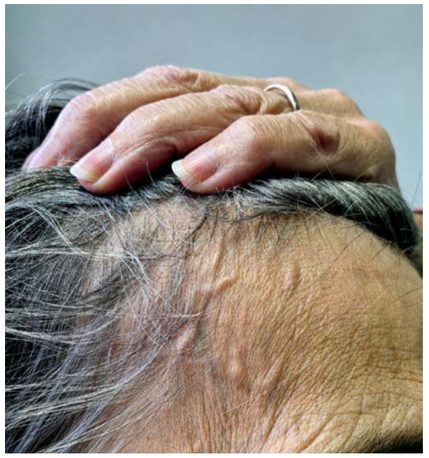
RCA is een aandoening die vrijwel uitsluitend voorkomt bij mensen ouder dan 50 jaar, en vooral ouderen van zeventig à tachtig jaar treft. De medische wereld onderscheidt twee vormen: de *craniale RCA* die de bloedvaten naar en in het hoofd aantast en de zogenaamde *grote vaten RCA* die zich manifesteert in de aorta en haar vertakkingen. Vaak is er echter overlap. Beide ziektepatronen kunnen bij dezelfde patiënt voorkomen. "Als een huisarts een vermoeden van RCA heeft, mogen we niet treuzelen", vertelt reumatoloog dr. Kasper Hermans. "Bij voldoende klinische verdenking wordt na de eerste beoordeling onmiddellijk gestart met corticosteroïden om de ontsteking aan te pakken en het risico op onomkeerbare complicaties te verlagen. Tegelijk organiseren we zo snel mogelijk geschikte beeldvorming, zoals een gespecialiseerde echografie en, wanneer aangewezen, een aangepaste

'Na 10 dagen corticosteroïden zakt de sensitiviteit van een PET-scan terug tot < 40 procent.'

PET-scan om de diagnose te ondersteunen en de uitgebreidheid van de aandoening in kaart te brengen. Hier is timing belangrijk: corticosteroiden onderdrukken snel het ontstekingssignaal, waardoor de sensitiviteit van echografie en PET/CT vervolgens drastisch afneemt. De hoge sensitiviteit van een PET-scan blijft bijvoorbeeld in de eerste drie dagen relatief onaangetast (ca. 70-90%). Na tien dagen corticosteroïden zakt die



DR. KASPER HERMANS
> Staflid Reumatologie & Systeemziekten



terug tot minder dan veertig procent. Bij een te lange doorlooptijd, mis je met PET-scans dus een groot deel van de diagnoses.”.

En hoe langer je wacht, hoe groter de gevolgen, zo blijkt. Het risico op permanente blindheid is volgens dr. Hermans dan ook reëel. “Permanent zichtverlies is een van de meest gevreesde en ingrijpende complicaties van RCA. Daarom was zo’n snel zorgpad nodig. Nu is onze aanpak in een protocol gegoten dat erop gericht is om bij de meeste patiënten binnen 72 uur tot diagnostische duidelijkheid te komen.”

24/7 COÖRDINATOR

Het zorgpad werkt ook met een eigen coördinator: de neuroloog of reumatoloog van wacht. Zij kennen het te volgen protocol en kunnen huisartsen ook bijstaan bij vragen of twijfels. “Huisartsen spelen een cruciale rol in de vroege herkenning. Een uitgebreide doorverwijsbrief of specifieke onderzoeken zijn niet nodig. Een klinisch vermoeden volstaat om contact op te nemen. Vanuit het zorgpad bekijken we vervolgens hoe dringend de patiënt moet worden gezien en welke onderzoeken nodig zijn.”

ALARMSIGNALEN BIJ PATIËNTEN OUDER DAN 50

- Nieuwe, onverklaarde hoofd- of scalppijn
- Pijn of vermoeidheid in de kaak bij het kauwen (kaakclaudicatio)
- Plots wazig zicht, dubbelzien of tijdelijk géén zicht meer
- Sterke verhoogde ontstekingswaarden
- PMR-patiënt met nieuwe hoofdpijn

MINDER BELASTEND VOOR PATIËNT

Vroeger speelde een biopsie van de arteria temporalis een centrale rol in de diagnostiek van RCA. Vandaag is door moderne beeldvorming het aantal biopsieën sterk verminderd. “Je moet bovendien soms te lang op die uitslag wachten. Dat is niet de snelste weg. Met een conclusieve echo en/of PET-scan kunnen we de diagnose ook sluitend stellen.”

“Snelle diagnostiek voorkomt ook langdurige onzekerheid: wanneer aanvullend onderzoek te laat gebeurt, kan de sensitiviteit door corticosteroïden afnemen en blijft een objectieve bevestiging van RCA soms uit. Bij een sterk suggestief klinisch beeld is stoppen met corticosteroïden vervolgens niet altijd veilig, vanwege het risico op ernstige ischemische complicaties bij craniale RCA. Die diagnostische onzekerheid kan ertoe leiden dat patiënten langdurig met corticosteroïden worden behandeld. Met een verhoogd risico op bijwerkingen zoals diabetes, hypertensie, cataract, osteoporose en myopathie. Ook na de diagnose blijft een goeie samenwerking met de huisarts essentieel. Die vervult immers niet alleen een belangrijke rol bij het herkennen van nieuwe symptomen of een mogelijke opstoot, maar ook bij het voorkomen van complicaties van de behandeling.”

BELANGRIJKSTE CIJFERS OVER RCA

- 15 tot 35% kans op permanent zichtverlies zonder tijdige behandeling
- Een PET-scan moet plaatsvinden binnen 72 uur na starten van corticosteroïden voor optimale diagnostische sensitiviteit. Na 10 dagen behandeling daalt die naar < 40%
- 50% van RCA-patiënten heeft ook PMR-klachten – omgekeerd heeft 20% van de PMR-patiënten ook RCA

Acute visuele of neurologische uitval? Verwijs rechtstreeks naar spoed.

Bij vermoeden van RCA zonder acute uitval? Bel de Groene Lijn op **02 477 60 35**.

Zegt u al PMOS tegen PCOS?

Sinds kort draagt het zogenaamde polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) een nieuwe naam. Juister is nu om de aandoening die bij één op de tien vrouwen voorkomt polyendocrien metabool ovariumsyndroom (PMOS) te noemen. “Een belangrijke nuance die benadrukt wat de aandoening écht is: eierstokken die te veel onrijpe follikels aanmaken en zo de hormonale en metabole huishouding verstoren”, zegt fertiliteitsarts prof. dr. Michel De Vos.



Echografie van de eierstok bij een patiënte met PMOS. De donkere, ronde structuren in de eierstok zijn follikels. Voorheen foutief cysten genoemd.

GEEN CYSTEN

De belangrijkste reden om de naam te veranderen, is al te zien op een echografie. “Wat we vroeger cysten noemden, zijn in werkelijkheid eigenlijk heel kleine follikels in de eierstokken”, zegt prof. dr. De Vos. Toch blijkt een echografie vaak niet nodig om PMOS vast te stellen: een eenvoudige bloedtest geeft uitsluitsel. “Een hoge AMH-waarde in het bloed duidt op een teveel aan follikels. Als de patiënte ook spreekt over een onregelmatige of moeilijke menstruatiecyclus of opvallend meer behaard is, is de diagnose helder. We hopen door de huidige sensibilisering rond de nieuwe naam dat patiënten niet langer hoeven te wachten op een gynaecoloog, maar direct bij hun huisarts terechtkunnen voor een snelle diagnose.”

TWEE VARIANTEN

Het is als huisarts ook belangrijk om het onderscheid te maken tussen enerzijds de metabole vorm van PMOS en anderzijds de reproductieve vorm. “De meerderheid van de vrouwen met PMOS heeft de metabole variant. Bij hen zien we een verhoogd risico op diabetes, leversteatose, zwaarlijvigheid en hart- en vaatziekten. Een gezondere levensstijl, voldoende bewegen en de juiste medicatie om de metabole problemen aan te pakken, zijn hier de oplossing.” Daarnaast is er dus ook de reproductieve variant: vrouwen bij wie PMOS de kans om spontaan zwanger te worden kleiner maakt “Buiten een onregelmatige cyclus hebben deze vrouwen vaak geen klachten. Het is niet onlogisch dat huisartsen dan snel naar een progestatief grijpen om de regels elke maand te laten doorkomen. Alleen: vrouwen die met deze medicatie hun maandstonden hebben, dénken ook dat ze zwanger kunnen worden. Terwijl de eierstokken eigenlijk “in winterslaap” blijven. Een groot deel van de patiënten met PMOS wordt niet spontaan zwanger. Het is dus belangrijk dat huisartsen alert zijn voor de symptomen en vrouwen met een kinderwens meteen doorsturen naar onze fertiliteitskliniek.”

TIJDELIJK PROBLEEM

Er is gelukkig ook goed nieuws voor patiënten met PMOS: het is een tijdelijk probleem. Als de patiënt ouder wordt, daalt het aantal follikels vanzelf en zullen de eierstokken opnieuw beginnen werken. “Ik vergelijk het altijd met een overvolle lift: er moeten eerst een paar mensen uitstappen voordat de lift werkt. Zo is het ook met PMOS: te veel follikels blokkeren het systeem. Mettertijd zal er een regelmatige eisprong optreden en kunnen patiënten vaak ook gewoon spontaan zwanger worden, al daalt de kans op zwangerschap uiteraard wel duidelijk vanaf een zekere leeftijd.”

Patiënten met PMOS én een kinderwens?

Stuur ze door naar Brussels IVF op **02 477 66 99** of **info@brusselsivf.be**



PROF. DR. MICHEL DE VOS
> Afdelingshoofd Brussels IVF



Ook in stuit kan een baby vaginaal geboren worden

In 2000 veroorzaakte de conclusie van een Canadese studie heel wat controverse: bij een baby in persisterende stuitligging zou de bevalling door middel van een keizersnede beter zijn voor de gezondheid van de baby. Artsen en ziekenhuizen wereldwijd implementeerden de conclusies van deze studie zeer snel en gingen over tot bevallingen met een geplande keizersnede voor baby's in stuitligging. Studies op langere termijn toonden echter in 2005 aan dat deze conclusies voorbarig waren en dat op een leeftijd van twee en zes jaar geen enkel verschil bestond voor de gezondheid van de baby. De mama's daarentegen deden het gezondheidsgewijs beter als ze niét met een keizersnede bevallen waren. Om deze reden kan je in het UZ Brussel nog altijd kiezen om vaginaal te bevallen van een baby in een persisterende stuitligging. Daarmee is het één van de amper drie Nederlandstalige ziekenhuizen in België die een stuitbevalling systematisch aanbiedt.

VEILIGER VOOR DE MAMA

In de hele discussie over wel of niet vaginaal bevallen van een baby in stuit heeft de medische wereld te vaak alleen (of vooral) aan de baby gedacht. "Als ik morgen beslis om alle baby's op 39 weken met een keizersnede ter wereld te brengen, dan zullen alle baby's het inderdaad beter doen", meent dr. Monika Laubach. "Dit is logisch omdat ze niet door een arbeid moeten gaan, wat toch nog altijd de meest stresserende periode van het leven is. Daardoor is er dus ook geen verhoogd risico op zuurstoftekort tijdens de arbeid en geboorte. Maar diezelfde risico's zijn eigenlijk evengoed aanwezig bij alle baby's in hoofdligging. Een vaginale bevalling houdt voor elke baby eigenlijk altijd een risico in. Ongeacht de positie waarin die ligt."

Gaat het over de mama's, dan is de keuze vanuit medisch standpunt duidelijk: een vaginale bevalling is veiliger aangezien majeure abdominale chirurgie vermeden wordt. "Bij een keizersnede is er meer kans op postoperatieve infecties, een trombose of excessief bloedverlies", meent dr. Rabbachin. "Natuurlijk duurt de opname ook langer: gemiddeld vijf dagen. Bij een vaginale bevalling mag de patiënte al na twee dagen naar huis."

'Elke baby die in stuit ligt, proberen we eerst nog te keren naar een hoofdligging'

Ook naar eventuele volgende zwangerschappen toe zijn er risico's. "De mama blijft achter met een litteken in de baarmoeder. Precies dat litteken leidt bij elke volgende zwangerschap tot een verhoogd risico op placentatieproblemen, een verhoogde kans op ruptuur van de baarmoeder en zelfs meer foetale sterfte. Ook het WHO is duidelijk als het over keizersnedes gaat: hoe minder, hoe beter."

VANAF 36 WEKEN

Gemiddeld ligt drie procent van alle baby's nog in stuit op 36 weken zwangerschap. Maar dat wil niet zeggen dat ze in stuit ter wereld komen. "Aan elke vrouw met een baby die in stuit ligt, stellen we voor om een kering naar hoofdligging te doen. Dit noemen we de externe versie", vertelt dr. Rabbachin. "Dat gebeurt hier in het ziekenhuis. We starten altijd met een echografie om te kijken of de baby effectief nog in stuit ligt en monitoren nadien het hartritme van de baby. Als het foetaal welzijn bevestigd is, krijgt de moeder medicatie toegediend die de baarmoeder ontspant. Het draaien zelf duurt maar een paar minuten. Na afloop controleren we opnieuw het welzijn van de baby met een monitor. Bij iets meer dan de helft van de stuitliggingen lukt het effectief om de baby te keren. En lukt het niet vanaf de eerste keer, dan kunnen we het in overleg met de patiënten eventueel later nog eens proberen."

Een externe versie in ervaren handen heeft een slaagpercentage van ongeveer 50 à 55 procent. Als ze slaagt, kan de zwangerschap voortgezet worden zoals elke andere zwangerschap met een baby in hoofdligging. Als de poging tot externe versie faalt, kunnen in samenspraak met de patiënt de opties naar de bevallingswijze bekeken worden. "Er moeten wel degelijk een aantal factoren vervuld zijn", zegt dr. Rabbachin. "Daarbij kijken we niet alleen naar de medische parameters van de baby, maar ook naar die van de mama. En zeer belangrijk: voelt de mama zich op haar gemak bij zo'n bevalling?"

De eerste info over de mogelijkheid om vaginaal te bevallen van een stuit krijgen patiënten al mee als de baby tijdens de derdetrimesterechografie nog in stuit ligt. Dat is bij zowat één op vier zwangerschappen het geval. De grote meerderheid van de baby's zal echter nog spontaan draaien: Op 36 weken ligt daardoor nog maar vijf procent van de baby's in stuit. Is de baby nog niet gedraaid na de echografische controle tussen week 35 en 37, dan volgt er een individueel gesprek op maat van de situatie van de patiënte. "Aan een vrouw van 45 met maar één kinderwens en een baby in stuit, zullen we sneller het advies geven om voor een keizersnede te kiezen", vertelt dr. Laubach. "Aan een jongere vrouw die een groot gezin wil, zullen we eerder het advies geven om voor een vaginale bevalling te kiezen. Maar nogmaals: het is en blijft een advies. De uiteindelijke keuze ligt altijd bij de toekomstige mama of ouders zelf. In onze ervaring kiest iets meer dan één op de twee wel voor een vaginale bevalling na de counseling."

'Er moeten wel een aantal factoren vervuld zijn. We kijken naar de medische parameters van de baby en de mama. Maar ook: voelt de mama zich op haar gemak bij zo'n bevalling?'

In lijn met die individuele counseling is er ook een rol weggelegd voor de huisarts. "Tijdens de zwangerschap gaan vrouwen vaak naar hun huisarts", zegt dr. Rabbachin. "Over bevallingen in het algemeen en stuitligging in het bijzonder doen veel wilde verhalen de ronde. Een huisarts kan patiënten informeren en geruststellen en bij vragen rechtstreeks doorverwijzen naar onze Stuitkliniek. Een consultatie kan meestal snel binnen de week gepland worden. Op zo een spreekuur kunnen we alle voor- en nadelen van een vaginale bevalling of keizersnede met het koppel overlopen, en tot een gezamenlijke conclusie komen."

VOORWAARDEN VOOR EEN VEILIGE VAGINALE STUITBEVALLING

- Na 36 weken ligt de baby nog in stuit
- Baby weegt tussen 2,5 en 4 kg
- (On)volkomen stuitligging
- Bekkenmeting is gunstig – via MRI, dus veilig voor baby en mama
- Moeder voelt zich op haar gemak met dergelijke partus voor stuitligging

OP KNIEËN EN ELLEBOGEN

In ons centrum hebben we ervaring met alle mogelijke posities voor een stuitpartus. Zowel de klassieke houding in rugligging als de meer fysiologische benadering op knie en elleboog. Tot slot: de houding van de moeder tijdens de bevalling is bij voorkeur anders dan liggend op de rug zoals bij een klassieke bevalling. "De navelstreng wordt dan continu verpletterd tussen het lichaam van de baby en de moederkoek. Het risico op een slechte doorbloeding is zo dus groter", meent dr. Laubach. "Daarom opteren we voor de knie-ellebooghouding. Dat gaat ook vlotter: meer dan negentig procent van onze patiëntes bevalt zo, met minimale tussenkomst door een gynaecoloog."

Elke dinsdag is er van **14u tot 16u** een gespecialiseerde raadpleging rond stuitligging. Maak een afspraak op **02 477 77 26**.



DR. MONIKA LAUBACH
> Gynaecoloog



DR. NELSON RABBACHIN
> Gynaecoloog

40 jaar transplantatiecentrum: klein in omvang, groot in zorg

In 1986 voerden chirurg prof. dr. Jan Lamote en nefroloog dr. Jacques Sennesael de allereerste transplantatie uit in het UZ Brussel. Na hun pensioen gaven ze de verantwoordelijkheid door aan respectievelijk prof. dr. Daniel Jacobs-Tulleneers-Thevissen en prof. dr. Karl Martin Wissing. Vandaag steunt het transplantatieprogramma op een breed multidisciplinair team. Chirurgen, nefrologen, transplantcoördinatoren en verpleegkundigen werken er nauw samen met onder meer immunologen en het HLA-laboratorium, pathologen, anesthesiologen en intensivisten. Elk van deze disciplines speelt een essentiële rol, van de voorbereiding en selectie van donor en ontvanger tot de transplantatie zelf en de intensieve opvolging nadien.

EERST NAAR NU

"Transplantatie is iets fantastisch", begint prof. dr. Wissing. "Mensen die een nierfunctie-vervangende behandeling met hemodialyse krijgen, doen dit drie keer per week gedurende vier uur. Een normale nier werkt 24 op 7. Dialyse kan slechts een klein deel van de continue nierfuncties overnemen en heeft een veel grotere ziektelast dan een succesvolle transplantatie. Na een transplantatie verandert de levenskwaliteit voor veel patiënten ingrijpend. Als arts hieraan bijdragen geeft een grote persoonlijke voldoening."

Het UZ Brussel is dan misschien wel het kleinste transplantatiecentrum in België, maar volgens prof. dr. Jacobs-Tulleneers-Thevissen is dat net een pluspunt. "Met onze persoonlijke begeleiding onderscheiden we ons van andere centra. Onze vier transplantcoördinatoren volgen elke patiënt individueel op, van de evaluatieprocedure voor de transplantatie tot de langetermijnopvolging erna. Die nabije opvolging ligt mee aan de basis van onze goeie resultaten: 98% van de patiënten leeft na één jaar nog altijd met een functionerende donornier. Meer dan 80% doet dat nog na vijf jaar."

Het transplantatieteam voert elk jaar rond de dertig niertransplantaties uit en een zeventigtal transplantatie gerelateerde heelkundige ingrepen uit. Het zijn de transplantcoördinatoren die op de spreekwoordelijke knop drukken en de hele donor- of transplantatieprocedure in goeie banen leiden. Dat proces verloopt dus in twee stappen. "Enerzijds is het transplantatiecentrum verantwoordelijk voor de prelevatie van organen van overleden donoren", zegt prof. dr. Wissing. "Deze organen worden vervolgens aangemeld bij Eurotransplant. Hun systeem vindt dan op basis van verschillende parameters, zoals HLA-match, locatie en dialysetijd, met behulp van een algoritme de meest geschikte ontvanger. Anderzijds werken we ook in de omgekeerde richting: een patiënt uit het UZ Brussel kan ook de meest geschikte ontvanger zijn voor een donornier die in een ander centrum of zelfs in een ander land wordt ontnomen. Dan wordt het orgaan tot hier gebracht voor directe transplantatie in ons ziekenhuis."

TE WEINIG LEVENDE DONOREN

In Nederland gebeurt de helft van alle niertransplantaties met een levende donor. In België is er op dat vlak nog behoorlijk wat achterstand en dus ruimte voor verbetering, ook in het UZ Brussel. "85% van onze transplantaties gebeurt met een nier van een overleden donor. Amper vijftien procent komt van een levende donor", zegt prof. dr. Jacobs.

Het doel van het transplantatieteam is om in de komende jaren minstens een kwart van alle niertransplantaties uit te voeren met nieren van levende donoren. Volgens beide artsen speelt de huisarts daar een grote rol in. "Een huisarts die een patiënt met nierfalen in de praktijk heeft, kan al het gesprek over pre-emptieve transplantatie en levende donatie starten en de patiënt aanmoedigen om dit met het transplantatiecentrum te bespreken", meent prof. dr. Wissing. "De voordelen voor de patiënt zijn helder: een patiënt hoeft niet te wachten en kan vaak al een nieuwe nier krijgen vóór die aan de dialyse moet. Ook de maatschappelijke impact is groot: een levende donor helpt twee personen: de ontvanger en de eerstvolgende op de wachtlijst die het vrijgekomen donororgaan kan krijgen."

'Die sensibilisering rond donatie is nodig, want alleen al in ons ziekenhuis is de gemiddelde wachttijd verdubbeld van anderhalf naar drie jaar.'

Net daarom is het belangrijk dat de huisarts patiënten informeert om zich expliciet als orgaandonor te registreren, vindt prof. dr. Jacobs. "In België is iedereen automatisch orgaandonor, maar familieleden kunnen nog altijd weigeren. Een expliciete registratie blijft wél nuttig om de wens ondubbelzinnig vast te leggen en het gesprek met naasten te vergemakkelijken."

Voor iemand die op een nier wacht, betekent een donororgaan een wereld van verschil: ofwel lig je voor de rest van je leven drie keer per week aan de dialyse ofwel kan je in de meeste gevallen terug een normaal leven leiden. "Er is geen enkel voordeel voor de overledene of voor familieleden om organen niet te doneren", stelt prof. dr. Wissing. "Een huisarts kan hier een verschil maken en mee duiden op de positieve impact van een transplantatie in de hoop het aantal donoren te doen stijgen. Die sensibilisering rond donatie is nodig, want alleen al in ons ziekenhuis is de gemiddelde wachttijd verdubbeld, van anderhalf naar drie jaar."

Voor de volledigheid: het UZ Brussel voert ook pancreastransplantaties en transplantaties van de eilandjes van Langerhans uit. Beide ingrepen behoren echter tot een minderheid.

TERUG NAAR HET BEGIN

Prof. dr. Lamote en dr. Sennesael kunnen zich de start van het transplantatiecentrum in 1986 nog goed herinneren. "Prof. dr. Dirk Verbeelen is met het idee van een transplantatiecentrum naar ons gekomen", vertelt Lamote. "Hij vond dat transplantaties tot het pakket van een academisch ziekenhuis behoorden. Ik ging toen als groentje naar Leiden om zo'n niertransplantatie heelkundig onder de knie te krijgen." Intussen vertrok ook dr. Sennesael naar Leiden om de immunologische kant van een niertransplantatie te leren kennen. "Mijn taak was vooral om samen met de anesthesist het vochtbeleid van de nier in het oog te houden. We moesten ervoor zorgen dat de blaas van de ontvanger vóór de interventie goed gevuld was, omdat dit de recuperatie van de nierfunctie na de transplantatie verbetert."

Nog geen half jaar na hun opleiding in Nederland mochten beide artsen de theorie in de praktijk omzetten. "Dat was met knikkende knieën", weet Lamote. "Maar die eerste transplantatie was wel meteen geslaagd."

Toch was het transplantatiecentrum niet meteen vertrokken. De eerste tien jaar waren zwaar. Als jong ziekenhuis was het UZ Brussel één van de laatste om met een transplantatiecentrum te starten. Toch herinnert ook dr. Sennesael zich anekdotes die eigen waren aan de tijdsgeest. Zo kreeg hij ooit geld aangeboden van een bejaarde vrouw om voorrang te krijgen op de wachtlijst. "Maar wat ik vooral nooit zal vergeten, was de orgaandrang van een Chinese patiënt. Die was getrouwd met 'n Belgische dame. Na screening werd duidelijk dat de patiënt nog niet in aanmerking kwam voor een donornier. Hij legde zich daar niet bij neer en verdween voor enkele maanden uit ons dialysecentrum. Maanden later zag ik die man terug op mijn raadpleging met complicaties na een in China uitgevoerde transplantatie. In de jaren tachtig oogstte China namelijk nog massaal organen van geëxecuteerde gevangenen. Mijn patiënt had zo'n orgaan gekregen, maar dat bleek uiteindelijk niet de beste match te zijn. Met alle gevolgen van dien."

WEES ALERT NA EEN NIERTRANSPLANTATIE

- Immunosuppressiva onderdrukken het afweersysteem. Elke infectie bij een transplantatiepatiënt is dus ernstig: schimmel- en urineweginfecties komen het vaakst voor.
- Neem altijd een urinestaal af vóór het starten van antibiotica, want anders is de kiem van een urineweginfectie niet meer terug te vinden.
- Is uw patiënt langere tijd ziek? Neem dan een hemocultuur af om bacteriën en schimmels op te sporen. Neem laagdrempelig contact op met het transplant team.
- Controleer de interactie van geneesmiddelen met immunosuppressiva: claritromycine kan bijvoorbeeld de tacrolimusspiegel soms verdrievoudigen.

Transplantcoördinatoren
- Eva Van Der Bracht
- Tine Bogaerts
- Hanne Broeckaert
- Daan Van Cauwenbergh

Andere artsen van het transplantatieteam
Nefrologen
- Dr. Lissa Pipeleers
- Prof. dr. Els Van de Perre

Chirurgen
- Dr. Astrid Heeren
- Dr. Ine Luyten
- Prof. dr. Marian Vanhoeij

Bij twijfel stuurt u uw patiënt meteen door. In het UZ Brussel is 24/7 een (transplant) nefroloog van wacht.

Neem contact op met het Transplantatiecentrum op **02 477 60 01**



PROF. DR. KARL MARTIN WISSING
> Diensthoofd Nefrologie



PROF. DR. DANIEL JACOBS-TULLENEERS-THEVISSEN
> Diensthoofd Oncologische-, Thorax en Transplantatieheelkunde



Druppelloze cataractoperatie bespaart overheid tot 2 miljoen euro per jaar

Eén extra prikje in het oog na een cataractoperatie voorkomt dat elk jaar meer dan 176.000 patiënten gedurende vier weken vier keer per dag druppels in het oog moeten doen. Maar bovenal zou dit de gezondheidszorg tot twee miljoen euro per jaar kunnen besparen. Dat berekenden oogartsen prof. dr. Sorcha Ni Dhubhghaill en dr. Karolien Termote samen met collega prof. dr. Heleen Delbeke van het UZ Leuven. In het najaar zou de druppelloze behandeling ook al effectief kunnen starten.

LAGE THERAPIETROUW

Net zoals je grijs haar krijgt als je ouder wordt, krijgt elke oudere mens cataract. Elk jaar moeten zo'n 176.000 patiënten een cataractoperatie ondergaan. Een ingreep waarbij de oogarts de troebele lens van de patiënt vervangt door een nieuwe kunstlens. Na de ingreep moeten patiënten vier weken lang antibiotica- en cortisonedruppels in het oog doen. "Alleen blijkt dat voor veel oudere patiënten niet altijd even handig", zegt dr. Termote. "Meer dan 92% hanteert een foutieve druppeltechniek, amper 50% is therapietrouw. Om die reden schakelen veel patiënten thuisverpleging in. Dat heeft niet alleen een financiële impact, maar kost ook tijd. Als de thuisverpleging vier keer per dag moet langskomen om oogdruppels toe te dienen, kan haar tijd niet naar andere of meer dringende verzorging gaan."

Het verschil met de klassieke cataractoperatie zit uitsluitend in de nazorg. De ingreep blijft dus hetzelfde, maar meteen na de ingreep krijgt de patiënt een ontstekingsremmende injectie met corticosteroïden. "Die ene prik vervangt vier weken thuisdruppelen. En nog belangrijker: ze vermijdt ontstekingen en vochtophopingen bij patiënten die niet trouw hun druppels toedienen. Het is wel belangrijk om aan te stippen dat deze druppelmethode enkel geschikt is voor patiënten die naast cataract geen andere oogaandoening hebben, zoals glaucoom, maculadegeneratie of diabetische retinopathie."

'Als thuisverpleging vier keer per dag moet langskomen om oogdruppels toe te dienen, kan haar tijd niet naar andere belangrijkere of meer dringende verzorging gaan.'

2 MILJOEN EURO

In de medische literatuur is er al even sprake van de voordelen van deze druppelloze cataractoperatie. Met de recente studie die in juni verscheen in *The Journal of Cataract & Refractive Surgery* is nu bewezen dat de nieuwe ingreep ook in België een maatschappelijke winst kan opleveren. En die is niet min. "Tussen 2015 en 2024 gaf België bijna 1,3 miljoen euro uit aan postoperatieve oogdruppelzorg door verpleegkundigen. Voor één specifiek oog bedraagt de totale kostprijs van de nazorg vandaag gemiddeld 717 euro. Stappen we over op de procedure zonder thuisdruppelen, dan dalen de kosten per oog naar iets meer dan 10 euro. De potentiële totale jaarlijkse besparing voor de Belgische gezondheidszorg bedraagt dus ruim twee miljoen euro per jaar."

DE MAATSCHAPPELIJKE WINST VAN EEN DRUPPELLOZE CATARACTBEHANDELING

	Vroeger met druppels	Nu zonder druppels
Postoperatieve nazorg	**€ 717**	**€ 10,92**
Remgeld thuisverpleging	**€ 176,93**	**€ 1,62**
Medisch afval	**352.000 plastic flesjes**	**Géén plastic afval**

Ook patiënten zullen deze nieuwe aanpak direct in hun portemonnee voelen. Voor wie een beroep doet op thuisverpleging, zullen de remgelden en eigen bijdragen aanzienlijk verlagen. "De totale kostprijs voor de patiënt zakt van ruim 176 euro per oog naar net geen twee euro. Een directe besparing van quasi 175 euro. Opnieuw per oog."

MINDER VERSPILLING

Naast het financiële luik is er natuurlijk nog de maatschappelijke winst. In de eerste plaats neemt de druk op de zorgsector af. "Verpleegkundigen en huisartsen hoeven minder tijd te besteden aan het geven van instructies bij druppelschema's. Net zoals bij de thuisverpleging maken we zo ruimte vrij voor urgentere ingrepen. En ook patiënten ervaren minder stress en meer comfort: ze hoeven niet thuis te blijven voor de thuisverpleging of zich druk te maken als een flesje leeg is en de apotheek dicht is."

'De ingreep zonder thuisdruppelen vermijdt ontstekingen en vochtophopingen bij patiënten die niet trouw hun druppels toedienen.'

Daarnaast stipt dr. Termote ook de impact op het milieu aan. De verplichte oogdruppels zitten namelijk in plastic flesjes. "Als meer dan honderdduizend patiënten per jaar geen druppels meer hoeven toe te dienen, helpen we mee de afvalberg en ecologische voetafdruk te verkleinen. Dat is in de huidige maatschappelijke context een extra belangrijk argument."

VEILIGHEID

Verschillende studies hebben intussen al aangetoond dat de ingreep zonder druppels dezelfde hoge kwaliteit biedt en veilig is. "Als patiënten zich hier zorgen over maken, kan de huisarts hen dus perfect geruststellen. Patiënten komen vaak als eerste bij de huisarts met klachten over een vertroebeld zicht of om te zeggen dat ze hun bril niet meer nodig hebben om ver te zien. Dat zijn de eerste tekenen van cataract. De huisarts kan vandaag dan wel perfect inschatten wie thuis zelfstandig kan druppelen en wie thuisverpleging nodig heeft, maar met de nieuwe druppelloze aanpak is die inschatting in feite niet meer nodig."



DR. KAROLIEN TERMOTE
> Oogarts

Onderzoeksproject ONCO.CARE Brussels ontwikkelt gepersonaliseerd zorgtraject na een kankerbehandeling

Wie kanker overleeft, is daarom nog niet hersteld. De meeste patiënten krijgen na hun behandeling te maken met lichamelijke en psychosociale klachten. Een klassieke consultatie bij de oncoloog biedt vandaag weinig tot geen tijd voor die gestructureerde nazorg. Onder leiding van psychiater prof. dr. Anne Rogiers van de VUB en diensthoofd Medische Oncologie prof. dr. Bart Neyns neemt het UZ Brussel - samen met met verschillende Brusselse en nationale partners waaronder de ULB, het Jules Bordet Instituut, Sciensano en het Patient Expert Center - deel aan ONCO.CARE: een grootschalig onderzoek naar een gepersonaliseerd nazorgtraject voor Brusselse kankerpatiënten. De ULB neemt daarbij een coördinerende rol op binnen het project. Wij gingen praten met co-onderzoekster en medisch oncoloog dr. Christel Fontaine.

ONDERSCHATTE IMPACT

Een succesvolle kankerbehandeling blijft uiteraard de eerste stap naar herstel. Maar nadien begint een tweede, belangrijke stap. "En die wordt vaak onderschat", meent dr. Fontaine. "Vermoeidheid, brain fog en angst voor herval zijn zowat de grootste klachten bij kankerpatiënten. Ook het zelfvertrouwen krijgt vaak een flinke deuk. En op het werk ben je een jaar lang vervangen. Als je dan terug aan het werk wil gaan, blijkt re-integratie niet altijd even vlot te verlopen."

> 'Vermoeidheid, brain fog en angst voor herval zijn zowat de grootste, onderschatte klachten bij kankerpatiënten.'

Om patiënten ook na hun kankerbehandeling lichamelijk en psychosociaal te blijven helpen, zoekt ONCO.CARE Brussels sinds 2021 naar de juiste aanpak om een relevant nazorgtraject op te zetten. Het eerste luik is een grondige screening van de noden van kankerpatiënten. En die zijn in een grootstad als Brussel vaak heel divers. "Het is wat dit onderzoeksproject onderscheidt van andere gelijkaardige initiatieven.De multiculturaliteit binnen onze patiëntengroep vraagt om een gepersonaliseerde aanpak. In taal, maar ook in cultuur. Niet iedereen praat ronduit over de klachten die hij of zij ervaart. Denk maar aan de verandering in intimiteit of eventuele seksuele klachten. En in de ene cultuur is de familiale opvang veel groter dan in de andere. Daarom is het goed dat de onderzoeksgroep bestaat uit een consortium van Nederlandstalige en Franstalige ziekenhuizen en organisaties in Brussel."

EERSTE SCREENING

Voor de eerste screening ontwikkelde ONCO.CARE Brussels al een tool op basis van drie bestaande vragenlijsten: het RESET-programma, de Stressbarometer en de Kanker Nazorg Wijzer uit Nederland. "De uitkomst is voor elke patiënt anders. Net daarom is die screening zo belangrijk: om een zo breed en tegelijk gepersonaliseerd mogelijk nazorgtraject te ontwikkelen. De nazorg is vandaag te versplinterd. Een oncoloog heeft tijdens een consultatie maar een kwartiertje tijd om de patiënt op te volgen. Angsten, slaapproblemen en neurocognitieve kwalen vereisen meer aandacht als we willen dat kankerpatiënten volledig herstellen. De impact van zo'n behandeling is namelijk immens."

REBOUNCE

Vanaf dit najaar wil ONCO.CARE Brussels starten met een eerste multidisciplinair nazorgtraject. Dat traject wordt gebundeld onder de naam REBOUNCE. "Wanneer de actieve oncologische behandeling is afgerond, kunnen patiënten de overstap maken naar REBOUNCE: een multidisciplinair nazorgprogramma dat hen begeleidt in de periode na hun behandeling", zegt dr. Fontaine. "Elk programma is volledig op maat van de patiënt. Veel klachten versterken elkaar namelijk. Als je je niet kunt concentreren op het werk, verlies je je zelfvertrouwen. Als je je zelfvertrouwen verliest, slaap je slechter. Als je slechter slaapt, word je sneller vermoeid. Het is een negatieve spiraal die we vaak pas veel te laat herkennen."

> 'Net daarom is die screening zo belangrijk: om een zo breed en tegelijk gepersonaliseerd mogelijk nazorgtraject te ontwikkelen.'

Bijkomend ziet dr. Fontaine ook psychosociale noden die even zwaar doorwegen als de lichamelijke. Een kankerdiagnose en het bijhorende oncologische traject kunnen voor patiënten een bijzonder ingrijpende en soms traumatische ervaring zijn, die ook na afloop van de actieve behandeling verschillende klachten met zich mee kan brengen. Denk bijvoorbeeld aan pijn, emotionele stoornissen, vermoeidheid, cognitieve problemen maar ook moeilijkheiden bij terugkeer naar het werk. "Ik heb een patiënte gehad die er alles aan had gedaan om terug bij haar werkgever aan de slag te gaan. Bij de arbeidsarts hoort ze dat ze best in ziekteverlof blijft. Die vrouw was in één klap de grond in geboord. Zo kelder je met één zin iemands zelfvertrouwen."
Daarom werkt het REBOUNCE-programma multidisciplinair. Wie kampt met vermoeidheid versterkt de fysieke capaciteit of krijgt advies en psychosociale ondersteuning in lichaamsbeweging. Wie slaapproblemen heeft, vindt de gepaste begeleiding in de Slaapkliniek. Wie cognitieve klachten heeft, zal een doorverwijzing krijgen naar de neurocognitieve remediërings kliniek in het UVC Brugmann.

DE ROL VAN DE HUISARTS

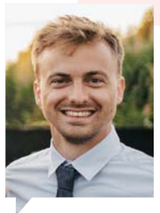
Na elke nazorgconsultatie gaat er een volledig verslag naar de huisarts. Dat is belangrijk, omdat een patiënt er ook voor kan kiezen om de nazorg mede door de huisarts te laten opvolgen. De huisarts staat immers dicht bij de patiënt en merkt vaak sneller lichamelijke of psychosociale klachten op. Op die manier kan de huisarts een centrale rol innemen in de ondersteuning. Daarom zullen ook huisartsen rechtstreeks kunnen doorverwijzen naar het REBOUNCE-programma. Aanhoudende vermoeidheid, concentratiestoornissen, angstaanvallen of slaapproblemen zijn dan de symptomen die kunnen wijzen op een nood aan extra gespecialiseerde nazorg."

ONCO.CARE BRUSSELS

ONCO.CARE Brussels is een co-creatief project. Het nazorgtraject wordt niet alleen door onderzoekers en zorgverleners ontwikkeld, maar samen met patiënten, hun naasten, en betrokkenen uit de Brusselse zorg. Zo wil het project oplossingen ontwikkelen die niet alleen wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar ook aansluiten bij de dagelijkse realiteit van patiënten.

- Project gestart in 2025 en loopt tot 2029
- 6 partners: VUB, ULB, UZ Brussel, Jules Bordet Instituut, Sciensano en Patient Expert Center
- In kaart brengen van nazorgnoden
- Screening tool ontwikkelen
- REBOUNCE op maat: een gepersonaliseerd nazorgprogramma voor patiënten na hun actieve oncologische behandeling.
- ONCO'PASS: medische informatie die de patiënt ondersteunt in het nazorgtraject.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen op **nazorgnakanker@uzbrussel.be**



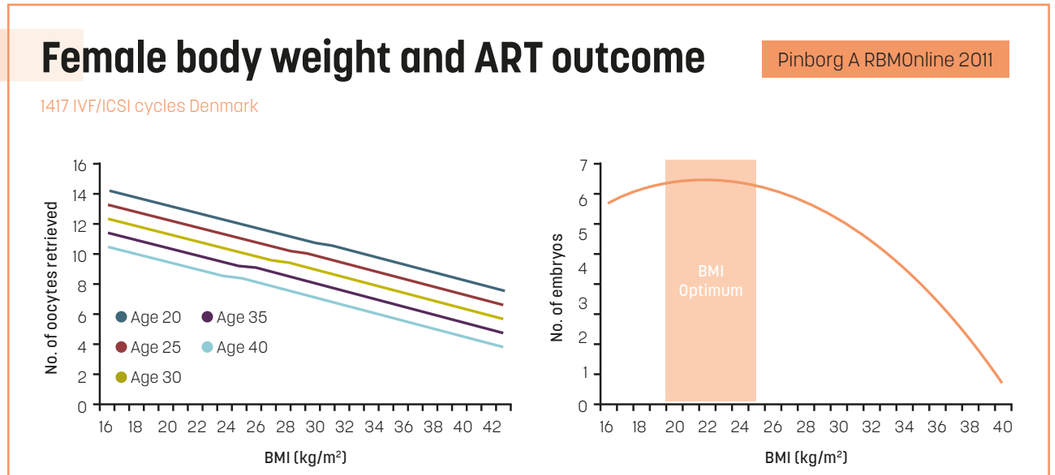
PROF. STEF FEIJEN
> Onderzoekspsycholoog



DR. CHRISTEL FONTAINE
> Medisch oncoloog

Juiste voeding verhoogt vruchtbaarheid

We weten allemaal hoe de voortplanting in elkaar zit, maar dat betekent niet dat een zwangerschap vanzelf volgt. Eén op de zes koppels heeft medische hulp nodig om zwanger te worden. Daarbij bleef de link tussen vruchtbaarheid, voeding en lichaamssamenstelling lang onderbelicht. Met FerMet – kort voor Fertiliteit & Metabolisme – startte Brussels IVF in 2021 met een gespecialiseerd zorgtraject voor koppels met over- én ondergewicht, patiëntes met PMOS of geïnteresseerden met een normaal gewicht. En dat doet het met succes, zo blijkt uit de cijfers.



DRIE GROEPEN

Koppels die in een zorgtraject van FerMet stappen, zijn door de band genomen in te delen in drie groepen. Je hebt koppels waarvan de man of vrouw overgewicht heeft, je hebt koppels met ondergewicht en je hebt de sportieve types met een laag vetpercentage. "In alle drie de gevallen kan de lichaamssamenstelling de vruchtbaarheid bemoeilijken", zegt dienstverantwoordelijke Klinische Nutritie prof. dr. Elisabeth De Waele. "Obesitas veroorzaakt bijvoorbeeld insulineresistentie en oxidatieve stress wat zorgt voor een moeilijke eisprong en eventuele innesteling. Vrouwen met ondergewicht of die veel sporten, kampen dan weer vaker met een verstoorde menstruatiecyclus of met een lichaam dat denkt dat het in hongersnood verkeert en" in winterslaap" gaat. Dat is sowieso geen goeie situatie om zwanger te worden."

'Een magere man en een zwaardere vrouw hebben bijna 4 keer minder kans op een spontane zwangerschap.'

Naast de medische factor is ook het psychologische luik niet te onderschatten. "Twintig procent van onze patiënten ervaart een seksuele disfunctie als gevolg van een negatief zelfbeeld", weet diëtiste Femke Van de Velde. "Er komen hier bijvoorbeeld koppels op consultatie waarbij de vrouw dan vraagt om haar gewicht niet te vermelden waar haar partner bijzit. Het verklaart waarom sommige doorverwijzingen dus ook via de psycholoog gebeuren."

MEER DAN DE BMI

Belangrijk om aan te stippen: de diëtisten van FerMet gaan niet alleen aan de slag met vrouwen. Ook mannen stappen mee in het traject. "Uit onze cijfers weten we dat koppels met een combinatie van magere mannen met een laag BMI met een vrouw met een BMI boven de dertig, tot bijna vier keer minder kans hebben op een spontane zwangerschap", vertelt diëtiste Lieselot Sablon. "Maar ook visceraal vet speelt een rol: hoe hoger dat percentage, hoe minder vruchtbaar de man is."

"Iemand met een hoge BMI moet niet gewoon wat afvallen. Dat zou een verkeerd advies zijn", vult prof. dr. De Waele aan. "Een man die honderd kilogram weegt, kan bijvoorbeeld heel gespierd zijn en net baat hebben bij meer vetmassa. Daarom kijken we verder dan alleen de BMI en doen we standaard een volledige lichaamsmeting."

Elke nieuwe patiënt van FerMet start met een zogenaamde oppuntstelling: lichaamsgewicht, lichaamsbouw en lichaamssamenstelling worden in kaart gebracht. Verder doet het team ook een indirecte calorimetrie om het rustmetabolisme te kennen. "Wat moet een patiënt minimaal elke dag aan calorieën binnenkrijgen? Jezelf uithongeren helpt niet. Dan mis je essentiële vitamines en dat helpt je vruchtbaarheid niet Tot slot vragen we patiënten ook om een voedingsdagboek bij te houden: wat eten ze wanneer", zegt diëtiste Magalie Vanmeerbeek.

'We laten de BMI los zodra mensen hier binnenstappen. Iemand van 100 kg kan heel gespierd zijn en net baat hebben bij meer vetmassa.'

Nadien start een traject van gemiddeld drie maanden, met om de viertal weken een consultatie in het UZ Brussel. "Al houden we ook consultaties via videocall", zegt prof. dr. De Waele. "Brussels IVF staat internationaal hoog aangeschreven. Patiënten die al in een fertiliteitstraject zitten, komen dus van heinde en verre. Onze consultaties kunnen in het Nederlands, Frans en Engels of via een tolk."

OOK VOORDELIG NADIEN

Een gezonde lichaamssamenstelling brengt je niet alleen fitter aan de start bij de conceptie, maar ook tijdens en na de zwangerschap plukken patiënten er de vruchten van. "Je hebt bijvoorbeeld minders kans op zwangerschapsdiabetes of -vergiftiging", duidt Lieselot Sablon. "Ook het risico op vroeggeboorte, bloedingen na de bevalling of keizersnedes daalt gevoelig. Kortom: je raakt makkelijker zwanger, hebt een gezondere zwangerschap en de bevalling zelf is minder risicovol."

'Bij koppels met ondergewicht stijgt de kans op een spontane zwangerschap na een FerMet-traject met maar liefst met 44%.'

Die duurzame werking en verankering is voor FerMet essentieel. Gezonder leven is niet alleen voordeliger voor wie zwanger wil worden, maar gewoon voor iedereen. "Dat lukt alleen als het volledige gezin meedoet", zegt Van de Velde. "Het heeft geen zin dat de vrouw haar eetgewoontes aanpast als thuis niemand meedoet. Kinderen van ouders met obesitas hebben bijvoorbeeld significant meer kans op gezondheidsproblemen. Huisartsen bevinden zich in een unieke positie om patiënten van dichtbij op te volgen: blijf alert voor over- en ondergewicht, blijf diabetes goed opvolgen. Als er een kinderwens is, kunnen zij makkelijk doorsturen naar FerMet. Wij doen de volledige lichaamsmeting en geven advies rond voeding en leefstijl zoals beweging. Nadien kunnen patiënt en huisarts zelf aan de slag of volgen wij de patiënt van dichtbij op."

GOED OM WETEN

- De oppuntstelling is terugbetaald door het ziekenfonds, de consultatie bij de diëtist niet
- FerMet helpt ook bij PMOS - zie artikel op pagina 9
- Patiënten krijgen in de meeste gevallen geen vruchtbaarheidsbehandeling tijdens FerMet-traject
- Onder- of overgewicht zónder kinderwens? Verwijs door naar een reguliere diëtist.

Contacteer FerMet op **02 474 95 95** of op **fermet@uzbrussel.be**



Van links naar rechts op foto:

LIESELOT SABLON
> Diëtiste

FEMKE VAN DE VELDE
> Diëtiste

PROF. DR. ELISABETH DE WAELE
> Afdelingshoofd Klinische Nutritie & Diëtiek

MAGALIE VANMEERBEEK
> Diëtiste



Een gezonde start in de buik

Met *Een gezonde start in de buik* schreven De Waele, Sablon, Van de Velde en Vanmeerbeek een praktische gids rond voeding en leefstijl voor, tijdens en na de zwangerschap. "Mensen lezen de zotste dingen online over diëten die het geslacht van een kind bepalen. Het was tijd voor een medische en paramedische gids die koppels een houvast geeft over voeding, gebaseerd op feiten."

MUST
N° 16 April 2026 Must-reads voor de huisarts over medische innovatie



Seminaries, symposia en studiedagen voor de huisarts

OKTOBER	
24/10/2026	**Obesitas in beweging: Samen maken we het verschil UZ Brussel** - Zaal Den Agora, Landmark Plateau
29/10/2026	**5de stroke netwerk event UZ Brussel - lustrum editie UZ Brussel** - Zaal Den Agora, Landmark Plateau
NOVEMBER	
14/11/2026	**Saffier Congres Kinderchirurgie** - Van der Valk Hotel - Mechelen
19/11/2026	**UTC Postacademische Vorming: Het patiëntendossier en verzekeringen** - VUB UTC - Laarbeeklaan 103, 1090 Jette
20/11/2026	**Ronald McDonald Kinderfonds Family Centered Care Symposium** - Online
21/11/2026	**Congres Belgian Association for Paediatric Anaesthesiology (BAPA)** - UZ Brussel - Zaal Den Agora, Landmark Plateau
28/11/2026	**Huisartsensymposium Cardiologie UZ Brussel** - AZ Jan Portaels - Indringingsweg 1, 1800 Vilvoorde
DECEMBER	
05/12/2026	**Huisartsensymposium - Van klacht naar diagnose: de weg door de gastro-enterologie** - UZ Brussel - Zaal Den Agora, Landmark Plateau
10/12/2026	**UTC Postacademische Vorming: Photobiomodulation** - VUB UTC - Laarbeeklaan 103, 1090 Jette

Save the date!

Abonneer u op onze nieuwsbrief

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

www.uzbrussel.be/nieuwsbrief

Ontdek alle events van het UZ Brussel

www.uzbrussel.be/agenda