# azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 46
Editie december 2020
www.azlink.be

**Klinische psychologie:**
psychologische zorg van zwangerschapswens tot palliatieve zorg

az sint-jan
brugge - oostende av

*Editie december 2020*

**Adviesraad**
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Sarah Roels
dr. Olivier Deryck
dr. Catherine Dick
dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Hans Rigauts
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Suzy Van Erum
dr. Hugo Vereecke
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle
Anja Proksch
Ashley T'Jaeckx

**Werkten mee aan dit nummer**
dr. Patrick Deprez
dr. Bruno Dillemans
dr. Davy Hoste
dr. Ludo Marcelis
dr. Jan Mulier
dr. Farhad Tajdar
Gertie Van den Driessche
dr. René Tavernier
Klinisch psychologe dr. Charlotte Van Herzeele
Elke De Geeter
Annelies Hervent
Anne-Mie Vansteelant
Living Stone nv - www.livingstone.eu

**Ontwerp, illustraties, redactie en projectmanagement**
Living Stone nv – www.livingstone.eu

**Secretariaat azlink**
Dienst Communicatie
Ruddershove 10, 8000 Brugge
communicatie@azsintjan.be
www.azlink.be

**Druk**
Drukkerij Perka nv

**Verantwoordelijke uitgever**
dr. Hans Rigauts

FSC www.fsc.org MIX Papier van verantwoorde herkomst FSC® C014697

# INHOUD

**Voorwoord** 3

**Dr. Luc Missault,** een groot gemis 4
*dr. René Tavernier*

**Klinische psychologie:** psychologische zorg van zwangerschapswens tot palliatieve zorg 5-6
*Klinisch psychologe dr. Charlotte Van Herzeele*

Minimaal invasieve voet- en enkelchirurgie: indicaties voor **percutane technieken** 7-9
*dr. Patrick Deprez, dr. Farhad Tajdar en dr. Davy Hoste*

**Spreken met een mondmasker**, tips & tricks 10-11
*Gertie Van den Driessche*

**COVID-19** en **obesitas** 12-15
*dr. Jan Mulier en dr. Bruno Dillemans*

Voorstelling nieuwe medisch directeur: **dr. Ludo Marcelis** 16

**Nieuwe artsen** 17-19

**Educatief programma** 20

Copyright © 2020 AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.
Alle rechten voorbehouden. De inhoud (zowel teksten als afbeeldingen) van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden aan derden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.
Foto dr. Hans Rigauts: © Lander Loeckx.
Contact: dienst Communicatie, communicatie@azsintjan.be

az sint-jan
brugge - oostende av

# VOORWOORD

## Hans Rigauts

*algemeen directeur*

Lap! Nu heb ik het aan m'n been. Ik blijk plots geweldig populair te zijn op de sociale media, heel specifiek op Facebook. Het ontgaat me helemaal of dit nu al dan niet een prestatie is, of een verdienste. Zelf ben ik niet actief op Facebook, Instagram, Twitter ... Velen zullen nu hun wenkbrauwen fronsen. Hoe is het mogelijk dat je vandaag de dag geen deel uitmaakt van de onuitputtelijke bron van informatie die je op de sociale media vindt. Ik beken schuld en buig nederig het hoofd. Ik kan nu allerlei excuses gaan opsommen waarom dit zo is, maar misschien leunt luiheid het dichtst bij de waarheid. Ik vind van mezelf dat ik redelijk goed mee ben met de digitale wereld en de manier waarop die functioneert. Toch zette ik nooit de stap naar de sociale media. Ik heb het gevoel dat ik er weinig zinvols aan kan bijdragen.
Eens je die stap zet, dan ga ik ervan uit dat je dat ook actief doet en daar dus behoorlijk wat tijd en energie in stopt. Net dat heb ik te weinig (ik weet het, dit is een flauw excuus).

Ik ben dus blijkbaar populair op de sociale media. Mijn secretaressen en m'n communicatiedienst meldden dat ik fors geciteerd en verspreid werd met een voorwoord. Weet je, ik schrijf zo veel stukjes voor personeel, artsen, ziekenhuismagazines, recepties, afscheidsmomenten ... dat ik de draad wat kwijt ben en me niet altijd perfect herinner wat er op een gegeven moment uit m'n ongebreidelde fantasie tevoorschijn komt. Het doet er niet toe. Het blijkt dat sommige reacties op Facebook me een "charismatisch leider" noemen. Als man - ik geef het toe - begint uiteraard m'n neus te krullen en word ik een klein beetje groter. Eerlijkheidshalve moet ik eraan toevoegen dat de volledige zin was: "een charismatisch leider van de corona-aanpak". Wat dit precies betekent, ontgaat me helemaal. Ik vind ook dat het er niet toe doet of dit nu positief of negatief bedoeld wordt. Als man op leeftijd kan ik me beroepen op m'n geheugen. Twee woorden (de eerste twee van de zin, voor alle duidelijkheid) onthouden, lukt me beter dan zes woorden onthouden. Dus laat ik veiligheidshalve "van de corona-aanpak" vallen.

Weet je, ik heb heel wat geschreven over de huidige coronacrisis. De rode draad in m'n verhaal blijft dezelfde. In essentie zijn er twee belangrijke aspecten. Het eerste is de angst die bij de bevolking leeft en gevoed wordt door de talrijke negatieve berichten over deze ernstige infectie, de stijgende cijfers, de opnames op intensieve zorgen ... Dit baart me zorgen. Angst is nooit een goede raadgever. Mensen stellen hun behandeling voor ernstige ziekten uit omwille van die angst, wat zich op termijn zal wreken. Bezoekers in het ziekenhuis ergeren zich aan allerlei aspecten die al dan niet conform de voortdurend wisselende regels lopen, waardoor onze verpleegkundigen nog meer belast worden om die door angst gedreven vragen en houdingen bij te sturen. Onze medewerkers staan fors onder druk. Laat hen bezig zijn met zorgverlening aan de patiënt in plaats van bijsturing van de gemediatiseerde angst. Het tweede essentiële probleem van de huidige crisis is dat de jarenlange besparingen in de gezondheidszorg ertoe geleid hebben dat er op vandaag een tekort aan mensen en middelen is, wat schrijnend duidelijk wordt in de huidige crisis.

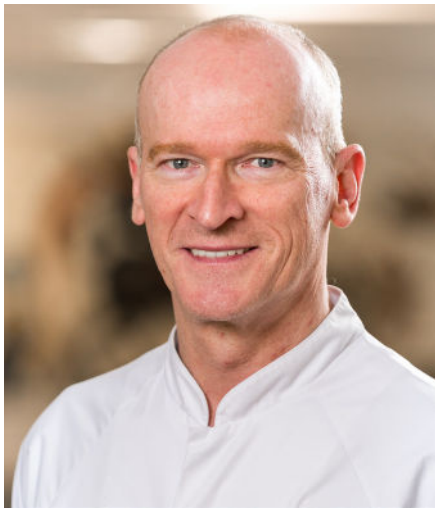
Ik wil graag, nogmaals, een lans breken voor elke medewerker en arts in de zorg. Jullie taak is essentieel om deze crisis te overwinnen. Jullie inzet wordt veel te weinig gewaardeerd. Ik hoor - eveneens in de media - dat sommige beroepsgroepen 'moe' zijn. Alle begrip daarvoor. Men vergeet daarbij dat er een beroepsgroep niet moe kan of mag zijn, met name de zorgverleners. Wij gaan door ondanks alle beperkingen waarmee we geconfronteerd werden en worden. We doen dit in het belang van de patiënt, in het belang van de maatschappij. Dat is mijn boodschap! Misschien moet ik toch zelf de moeite doen dit als "charismatisch leider"' op de sociale media te brengen. Mijn dubbele boodschap is gemeend, gegrond en wars van al dan niet goed bedoelde commentaar uit de vluchtige digitale wereld.

Veel leesgenot.

Hans Rigauts
Algemeen directeur

# **Dr. Luc Missault,** een groot gemis

**dr. René Tavernier //** *dienst Cardiologie, campus Sint-Jan*



*In memoriam: dr. Luc Missault (°09/10/1961 - †22/05/2020)*

*Op de terugweg van een fietstocht met vrienden kreeg ik telefoon van Bernadette. Ik geloof dat het de eerste keer was dat mijn kinderen mij hebben zien huilen. Het overlijden van dr. Luc Missault heeft niet alleen op mij, maar op alle personeelsleden van de dienst Cardiologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV een diepe indruk nagelaten.*

De onverwachte dood van Luc komt vaak ter sprake op de dienst en helpt ons, hoe raar het ook mag klinken, om de juiste beslissingen te nemen in ons professioneel en persoonlijk leven. Ik ontving talrijke rouwbetuigingen van patiënten die allen getuigen over de uitzonderlijke cardioloog die Luc was. Ik zie nu op mijn consultatie regelmatig patiënten die door hem werden gevolgd. Ik doe mijn best hun vertrouwen te winnen, maar het zijn grote schoenen om te vullen. Mijn eerste herinneringen aan Luc dateren van 1990. Ik was toen student geneeskunde aan de Universiteit Gent en deed stage op de dienst Cardiologie van het Universitair Ziekenhuis Gent onder de vleugels van Luc. Piekfijn uitgedost luisteren naar de patiënt, gerichte evaluatie, duidelijke communicatie, wetenschappelijk onderbouwde behandeling: het is altijd zijn manier van werken gebleven. Het was een plezier om als cardioloog in opleiding aan zijn zijde te zitten tijdens een echocardiografie. Gestructureerd en gericht de essentie uit een onderzoek halen, was zijn grote kracht.

Luc was een van de meest veelzijdige cardiologen die ik ken. Hij had een uitstekend klinisch oog, was bedreven in de echocardiografie en had 'magische handen' in de katheterisatiezaal. Zijn bijdrage in de ontwikkeling en groei van de interventionele cardiologie in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV kan niet genoeg onderlijnd worden. Hij werkte altijd snel en efficiënt en ook in kritieke omstandigheden bleef hij ongewoon kalm en doelgericht. Hij was de steun en toeverlaat van menig consulent. Ik ben zo vrij om een van hen te citeren: "Ik heb 20 jaar kunnen rekenen op perfecte back-up als ik begon te sukkelen aan tafel … met zwierige flair kwam hij dat altijd oplossen. Mijn namiddagje cathlab zal nooit meer hetzelfde zijn." Ik ben ervan overtuigd dat vele patiënten hun leven te danken hebben aan de competentie van dr. Luc Missault. Zijn interesse in de katheterisatiezaal beperkte zich niet alleen tot de coronaire pathologie. Hij was een specialist in de sluiting van het patent foramen ovale en het atrium septumdefect, waarvoor hij over gans Europa werd gevraagd. Hij stond in ons ziekenhuis mee aan de wieg van de percutane afsluiting van het hartoor bij patiënten met voorkamerfibrillatie en was een van de cardiologen die het programma voor de percutane plaatsing van een aortaklep op punt stelde. Ook buiten de katheterisatiezaal kon de patiënt op zijn blijvende aandacht rekenen. Streven naar een perfecte controle van het lipidogram en de arteriële bloeddruk was een van zijn stokpaardjes. Zijn engagement voor dit minder 'flashy' gedeelte van de cardiologie blijkt uit zijn inzet voor de Belgische Cardiologische Liga, waarvan hij jarenlang voorzitter is geweest. Dr. Missault was ook aangetrokken tot wetenschappelijk onderzoek. In 1993 behaalde hij aan de Universiteit Gent een doctoraat in de biomedische wetenschappen. Daarnaast schreef hij meer dan 30 artikels die gepubliceerd werden in toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften. Zijn bijdrage in de OvA-studie, gepubliceerd in de New England Journal of Medicine, die de grote prognostische waarde van de ambulante bloeddruk bij hypertensie aantoonde, dient hier zeker vermeld te worden. Het was altijd een plezier om naar de voordrachten van Luc te luisteren: helder, overzichtelijk en steeds met de nodige wetenschappelijke ondersteuning. Zijn voordrachten waren steeds tot in de puntjes voorbereid en hadden onmiddellijke impact op de praktijk van de aanwezige artsen.

De duidelijke "goedemorgen" voor iedereen die je pad kruiste, bekend of onbekend, hoog of laag in rang, horen we niet meer. Het is vreemd je niet meer met vaste pas door de gang te zien wandelen, bruin lederen rechthoekige koffer met gouden sloten stevig in de rechterhand. Iedereen vroeg zich af wat er in dat koffertje zat dat je overal vergezelde. Ooit vertrouwde je me toe dat je er de papieren van DOC1 en DOC2 in bewaarde, meer zijn we nooit te weten gekomen. 'Het koffertje' was niet het enige dat bijna altijd gesloten bleef.

Door de bijzondere tijd waarin we nu leven, konden we geen afscheid nemen van Luc. De gedichten, de neergeschreven herinneringen en persoonlijke reflecties van de medewerkers van onze dienst werden bezorgd aan Bernadette, de weduwe van Luc. Ze zijn het bewijs van de waardering die iedereen had voor deze uitzonderlijke cardioloog. Het heengaan van Luc Missault laat een leemte achter op de dienst Cardiologie. Onze oprechte deelneming gaat uit naar zijn familie en vrienden.

In naam van alle medewerkers van de dienst Cardiologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

# **Klinische psychologie:** psychologische zorg van zwangerschapswens tot palliatieve zorg

**Klinisch psychologe dr. Charlotte Van Herzeele //** *diensthoofd Klinische psychologie campus Sint-Jan, campus Henri Serruys en campus SFX*

*Op de drie campussen biedt de dienst Klinische psychologie psychologische tweedelijnszorg aan patiënten en de mensen die hen dicht omringen. Vanuit elke discipline en afdeling van het ziekenhuis kunnen zij op deze dienst terecht met psychologische zorgvragen die de volledige levenscyclus bestrijken, van zwangerschapswens tot palliatieve zorgverlening.*

## AUTONOME DIENST

Dat het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV al meer dan 40 jaar zo sterk inzet op psychologische ondersteuning van zijn patiënten maakt het ziekenhuis best uniek. Door de jaren heen is de dienst Klinische psychologie stevig gegroeid en heeft deze zich ook tot een volledig autonome dienst ontwikkeld. Vanuit het streven naar toegevoegde waarde ten opzichte van de medische zorgverlening, werken de klinisch psychologen steeds in afstemming met andere zorgverleners.

## TRANSDISCIPLINAIRE ZORG

Dankzij de autonomie van de dienst werken de klinisch psychologen niet in opdracht van een andere zorgverlener, maar verlenen ze samen met collega-zorgverleners transdisciplinaire zorg door een totaalbeeld van de patiënt te schetsen. Ze vervolledigen het behandelingsproces door in aanvulling op het medische luik inzichten in en begeleiding bij de psychologische aspecten van 'patiënt zijn' te bieden. Deze inzichten en zorgverlening kunnen zowel de patiënt zelf als het behandelende team van dienst zijn. De psycholoog kan de samenhang tussen de psychische klachten en de pathologie onderzoeken, maar ook de psychologische factoren behandelen die een rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van een ziekte en ziektegedrag, of die de genezing daarvan bevorderen of in de weg staan. Tot slot kan deze ook waken over de subjectieve beleving van de patiënt en diens betekenisgeving aan de situatie en ervoor zorgen dat de mens achter de pathologie gezien wordt en zich gezien voelt. Zo vormt de psychologische dienstverlening een niet weg te denken onderdeel van de zorgverlening binnen het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

## EIGEN INITIATIEF

Doorverwijzing naar de dienst Klinische psychologie kan door een arts gebeuren, maar verpleegkundigen en andere paramedici kunnen net zo goed psychologische bijstand inroepen als een patiënt daar volgens hen nood aan heeft. De patiënt kan ook op eigen initiatief de stap naar deze dienst zetten. De sterk gestegen zorgvraag maakt evenwel dat de dienstverlening sinds een aantal jaar enkel nog toegankelijk is voor patiënten van het ziekenhuis. De prioriteit gaat waar mogelijk uit naar gehospitaliseerde patiënten, maar er is ook een aanbod op ambulante basis, zowel voor nazorg als voor de ambulante patiënt.

*Op de dienst Klinische psychologie staan klinisch psychologen paraat om op de drie campussen psychologische tweedelijnszorg te verlenen aan patiënten en de mensen die hen dicht omringen.*

## IN ELKE LEVENSFASE

Los van de pathologie die tot de psychologische hulpvraag leidt, stellen de klinisch psychologen de patiënt en diens context steeds centraal. Ze hanteren een veeleer vertragende en verbredende aanpak door het ruimere verhaal en de context van de patiënt mee te nemen om op basis van de individuele noden van de patiënt op dat specifieke punt in diens leven zorg op maat

aan te bieden. De psycholoog kan bij zowat elke aandoening of pathologie en in om het even welke levensfase van betekenis zijn. Toch kunnen twee patiënten met een gelijkaardig profiel en eenzelfde medische problematiek een volledig ander parcours afleggen op de dienst Klinische psychologie. Bij elke vraag start de psycholoog van nul.

## VAN DIAGNOSE TOT PSYCHO-EDUCATIE

De bijdrage van een klinisch psycholoog kan op verschillende niveaus van betekenis zijn. Zo kunnen bepaalde onderzoeken, zoals neuropsychologisch onderzoek, een belangrijke meerwaarde betekenen voor de diagnosestelling en ook voor andere disciplines van belang zijn om het verdere therapeutische traject te bepalen. De klinisch psychologen therapeutisch inzetten, bijvoorbeeld voor begeleiding bij chronische ziekte, is een andere mogelijkheid. Psychologisch leed kan er namelijk toe leiden dat iemand het moeilijk heeft om de nodige of juiste beslissingen te nemen omtrent de behandeling of ervoor zorgen dat de therapietrouw afneemt. Ook de tevredenheid over de medische behandeling kan erdoor in het gedrang komen. Verder kan een klinisch psycholoog ook bij revalidatie een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld om de patiënt beter te leren omgaan met pijnklachten. Tot slot geven de klinisch psychologen de patiënt waar nodig psycho-educatie: meer inzicht in hoe de geest het lichaam beïnvloedt en omgekeerd. Om welke psychologische zorgverlening het ook gaat, ze heeft als doel de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren, als essentieel onderdeel van kwalitatieve zorgverlening.

## DIVERSE SPECIALITEITEN

Dankzij de sterke ondersteuning vanuit het ziekenhuis is de dienst uitgegroeid tot een volwaardige autonome dienst, die naast de algemene psychologische expertise ook een specialistisch kennisvermogen kon uitbouwen. Aansluitend op de sterk gespecialiseerde tertiaire medische zorgverlening in het ziekenhuis hebben alle klinisch psychologen hun eigen specialisatie en expertise, zoals neuro-, onco-, pediatrische of revalidatiepsychologie. Ook de vier grote psychotherapeutische scholen - gedragstherapie, psychodynamische/psychoanalytische therapie, contextuele/systeemtherapie en experiëntiële therapie - zijn binnen de groep vertegenwoordigd, zodat ook daarin de mogelijkheid bestaat om de aanpak te hanteren die het best beantwoordt aan de noden van de patiënt.

*Psychologische zorgverlening heeft als doel de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren, als essentieel onderdeel van kwalitatieve zorgverlening.*

## GROOTSTE UITDAGINGEN

Een van de grote uitdagingen voor de klinisch psychologen is het dagelijks zoeken naar evenwicht tussen een goede multidisciplinaire samenwerking en op een correcte manier omgaan met de deontologie. Welke informatie gedeeld mag worden en meerwaarde kan geven in het kader van de medische zorgverlening is een constante overweging, voor elke patiënt. Een andere evenwichtsoefening is die tussen de continuïteit van zorg en de diverse expertises. Het streefdoel is dat een patiënt doorheen zijn traject dezelfde psycholoog behoudt, maar een verandering in de medische zorgbehoefte vraagt soms om een andere psychologische expertise. Een derde uitdaging is elke zorgvraag opnemen met een beperkte wachttijd. Ondanks de ruime bezetting van de dienst, blijkt dit niet altijd een haalbare kaart, gezien sommige onderzoeken op zich al veel tijd in beslag nemen. Tot slot wil de dienst steeds voldoende aandacht blijven besteden aan de zorg voor zorgenden, om te vermijden dat bepaalde problematieken voor de eigen collega's te zwaar beginnen doorwegen.

## ZO TOEGANKELIJK MOGELIJK

In lijn met de missie van het ziekenhuis, innovatieve referentiezorg voor iedereen, stelt de dienst Klinische psychologie zich zo laagdrempelig en toegankelijk mogelijk op, ook naar consultatietarieven toe. Toch vinden sommige patiënten die nood hebben aan psychologische ondersteuning de weg erheen nog niet. Ze krijgen niet of niet tijdig de juiste doorverwijzing of blijken onvoldoende op de hoogte te zijn van het psychologisch zorgaanbod binnen het ziekenhuis of de mogelijkheid om deze dienst op eigen initiatief in te schakelen. Mensen met psychosociale of psychische klachten aarzelen bovendien vaak lang om de stap te zetten naar psychologische hulpverlening. De ziekenhuiscontext biedt daarin nochtans een unieke opportuniteit. Bij pathologieën of medische interventies met een gekend risico op psychische implicaties kunnen al in een vroeg stadium de nodige stappen ondernomen worden om de psycholoog te betrekken bij de begeleiding en bij het verstrekken van informatie rond de impact van de diagnose, de ziektebeleving en het psychorelationeel functioneren van de patiënt. Zo kan de psycholoog niet alleen het medische team ontlasten, maar de patiënt bovendien optimale psychosociale bijstand verzekeren. Door in te zetten op zichtbaarheid bij zowel patiënten als collega-zorgverleners en de samenwerking met diverse disciplines verder uit te bouwen, wil de dienst deze troef uitspelen en de drempels nog verder verlagen.

## AUTEUR

**Klinisch psychologe dr. Charlotte Van Herzeele**
*diensthoofd Klinische psychologie, campus Sint-Jan, campus Henri Serruys en campus SFX*

**azlink is er ook als app voor u.**
Available on the App Store
Google play

# **Minimaal invasieve voet- en enkelchirurgie:** indicaties voor percutane technieken

**dr. Patrick Deprez, dr. Farhad Tajdar en dr. Davy Hoste //** *dienst Orthopedie – Orthoclinic Brugge, campus Sint-Jan*

*Voet- en enkelchirurgie is een van de snelst evoluerende subdisciplines binnen de orthopedische heelkunde. De Minimaal Invasieve Technieken (MIT) hebben daar in grote mate toe bijgedragen en, gedeeltelijk of volledig, de klassieke open chirurgie vervangen. Er vallen twee MIT te onderscheiden: enerzijds de artroscopische (enkel)chirurgie en, meer recent, de percutane (voorvoet)chirurgie. Deze laatste is enorm geëvolueerd het afgelopen decennium.*

Een voordeel van percutane chirurgie is een maximaal behoud van de weke delen rond de botstructuren, waardoor de verplaatsing van botfragmenten na osteotomie gecontroleerd blijft. De vroeger hinderlijke pinfixatie postoperatief is dan ook vervangen door een meer dynamisch corrigerend verband en/of taping (zie Fig. 1). Daarnaast is er postoperatief ook minder littekenvorming, gewrichtsverstijving, bloeding, zwelling en pijn. Percutane chirurgie vraagt evenwel specifieke opleiding, heeft haar leercurve en de uitvoering ervan kan enkel mits een specifiek instrumentarium.

## PERCUTANE VOORVOETCHIRURGIE

Bij voorvoetchirurgie is realignatie en stabilisatie van de tenen heel vaak geïndiceerd. Hiervoor worden botprocedures (osteotomie, artroplastie ...) en/of wekedelenprocedures (pezen, kapsel) uitgevoerd. In essentie zijn deze procedures evenzeer in de klassieke open chirurgie als in percutane chirurgie in gebruik, maar de technische uitvoering verschilt. Kenmerkend voor de percutane aanpak zijn:

1) Mini-incisies waarlangs specifiek instrumentarium wordt ingebracht (zie Fig. 1 en 2).
2) Indirect zicht op de te opereren weefsels met fluoroscopische beeldversterker.

Zeer specifiek materiaal (boortjes, mesjes en motoren) is essentieel (zie Tabel 1). Bloedvat- en zenuwstructuren worden maximaal vermeden door mini-incisies te maken op strikt bepaalde anatomische punten met speciaal daartoe ontwikkelde wekedelensparende boortjes. Percutane chirurgie is vooral een technische evolutie, eerder dan een revolutie. Tegenwoordig wordt vaak hybride chirurgie toegepast die klassieke open technieken combineert met percutane.

## INDICATIES VOOR PERCUTANE VOORVOETCHIRURGIE

### Hallux valgus

Knookpijn bij een hallux valgus-afwijking is de frequentste indicatie binnen de voorvoetchirurgie. Er zijn wel 200 manieren ter realignatie van de hallux beschreven, alsook verschillende percutane technieken. De 'mini-open Chevron met percutane Akin'-procedure, wat een combinatie is van een mini-open metatarsaal osteotomie met aanvullend een percutane procedure op de eerste falanx, wordt in de Orthoclinic Brugge als standaardprocedure toegepast. Voordelen zijn een kleinere incisie en litteken en minder wekedelenschade. Vergelijkende studies tonen aan dat

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Klassieke open chirurgie** | Direct zicht op weefsels | Grotere incisie | Klassieke chirurgische instrumenten |
| **Percutane chirurgie** | Indirect zicht onder fluoroscopie | Strikt anatomisch bepaalde kleine mini-incisies | Percutane motoren (regelbare snelheid / torque) Percutane boortjes en mesjes |

*Tabel 1*

minimaal invasieve hallux valgus-correcties minstens gelijkwaardige klinische en radiografische resultaten opleveren (zie Fig. 2).

**Plantaire hyperpressie metatarsalgie**
Pijn ter hoogte van de (plantaire) voorvoet bij langdurige belasting (= metatarsalgie) vindt zijn oorzaak in overdruk onder de metatarsaalkoppen bij het afrollen van de voet. Vaak ziet men onder één of meerdere metatarsaalkoppen eelt ontstaan. In veel gevallen is de voorvoet doorgezakt met diepstand en/of distalisatie van de centrale metatarsaalkoppen. Fysiotherapie en steunzoolbehandeling verhelpen veelal dit probleem. Operatieve correctie bestaat uit proximalisatie en elevatie van de metatarsaalkoppen door distale osteotomie. Naast de open techniek, de Weil-osteotomie, is eveneens percutane uitvoering mogelijk met een Distale Metatarsaal Mini-Invasieve Osteotomie (DMMO). Voordeel van de percutane techniek is opnieuw minder littekenvorming en postoperatieve verstijving in de tenen. Postoperatief kan de patiënt er bijna onmiddellijk op steunen mits vier weken corrigerend verband met verbandschoen (zie Fig. 3).

**Hamertenen, klauwtenen en curly toe**
Functioneel hinderlijke hamer- en klauwtenen verhelpen, kan chirurgisch door teenrealignatie met herbalancering van buig- en strekpezen, gecombineerd met beenderige verkorting op niveau van het gewricht of de falangen. De 'open PIP plastie' wordt als klassieke standaardingreep beschouwd, maar er is eveneens een percutane techniek mogelijk. Afhankelijk van de ernst van de afwijking worden één of meerdere falangeale osteotomieën en peesverlengingen of -secties voorzien. De plaatsing van pinnetjes wordt vervangen door corrigerend verband en dynamische taping. Naast het voordeel van kleinere incisies is ook de zwelling en postoperatieve functionaliteit beter beheersbaar. Correcte taping is wel essentieel. Ideale indicaties zijn soepele of semirigide hamertenen en 'curly toe'-afwijkingen, meestal van de vierde of vijfde teen (zie Fig. 4).

**Bunionette/'Kleermakersknook'**
Een zeer frequent voorkomende hinder lateraal op de voorvoet is de *tailor's bunion*. Het betreft een overdruk en/of irritatie ter hoogte van de vijfde metatarsaalkop, vaak in combinatie met spreidvoet.

*Fig. 1. Percutane chirurgie: wekedelensparende stepcut-incisies en dynamisch verband nadien.*

*Fig. 2. Hallux valgus-correctie: mini-open Chevron met percutane Akin.*

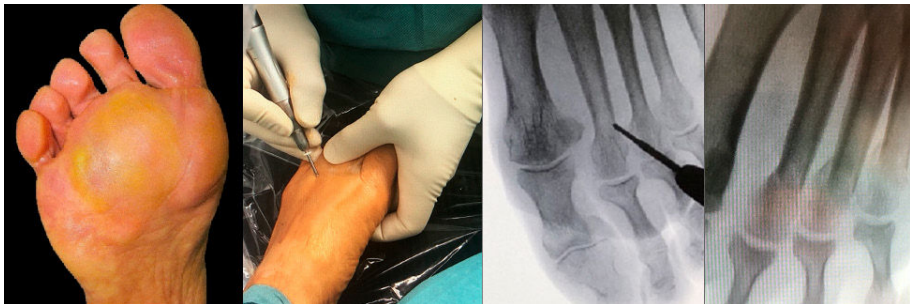


*Fig. 3. DMMO: Distale Metatarsaal Mini-invasieve Osteotomie.*

*Fig. 4. 'Curly toe'-correctie.*

*Fig. 5. Percutane correctie tailor's bunion.*

*Fig. 6. Percutane exostoseresectie bij diabetische Charcot-voet.*

De percutane osteotomie ter hoogte van de vijfde metatarsaalkop is een eenvoudige en elegante techniek om dit probleem te verhelpen.[1] De metatarsaalkop wordt losgemaakt, naar mediaal verplaatst en daar ter plaatse gehouden door corrigerend verband en eenvoudige sporttaping tot zes weken na de ingreep. Postoperatieve hinder is beperkt en onmiddellijke steunname is toegestaan daar dit de beenderige heling bevordert (zie Fig. 5).

**Diabetesvoet**

Gezien de vaak precaire neurovasculaire status en de vrees voor wondproblemen postoperatief, is een minimaal invasieve chirurgie te verkiezen bij diabetici met chronische voetulceraties door overdruk. Deze laatste valt vaak te verhelpen door percutane oprichtingsosteotomieën (cfr. DMMO) via kleine huidincisies. Ook hinderlijke exostosen kunnen percutaan worden weggefreesd, bijvoorbeeld bij gedeformeerde neuropathische Charcot-voet (zie Fig. 6).

**Conclusie**

Minimaal invasieve voet- en enkelchirurgie heeft als groot voordeel wekedelensparend te werken, wat de revalidatie en resultaten bevordert. Ze vereist wel specifieke chirurgische training en instrumentarium. Bij bepaalde pathologieën heeft deze de klassieke open chirurgie volledig vervangen. Percutane en open voorvoetchirurgie laat zich perfect combineren, wat leidt tot chirurgische optimalisatie.

**REFERENTIES**


[1] Molenaers B, Vanlommel J, Deprez P. Percutaneous hardware free corrective osteotomy for bunionnette deformity. Acta Orthop Belg. 2017 Jun;83(2):284-291


**AUTEUR**

**dr. Patrick Deprez**
*dienst Orthopedie – Orthoclinic Brugge, campus Sint-Jan*



Meer info beschikbaar in de azlink-app
App Store
Google play

# Spreken met een mondmasker, tips & tricks

**Gertie Van den Driessche //**
*dienst Logopedie, campus Sint-Jan*

*Een mondmasker dragen, behoort tot de gouden regels in de strijd tegen COVID-19. Het is intussen volop geïntegreerd in het dagelijks leven, met een bewezen positief effect op het besmettingsrisico. Het verandert evenwel noodgedwongen onze manier van communiceren. De logopedisten van campus Sint-Jan ontmaskeren de tips en tricks om te spreken met een mondmasker.*

### BELEMMERING COMMUNICATIE

Als men een mondmasker draagt, is het moeilijk om gezichtsexpressies, emoties en non-verbale signalen op te vangen of over te brengen. Liplezen is niet mogelijk. Er gaat dus veel informatie verloren. Er is enkel auditieve input over wat de spreker wil vertellen. Ook daarin zijn er bovendien beperkingen. Het masker dempt de klank, wat een impact heeft op de luidheid. In tijden van social distancing is echter een hoger stemvolume vereist. Mensen kunnen zich door een mondmasker belemmerd voelen om te articuleren, doordat het de bewegingsvrijheid van mond en kaak inperkt. Kortom, de eisen die gesteld worden aan de manier van spreken, liggen een stuk hoger. Dit kan zorgen voor stemklachten, zoals stemvermoeidheid, heesheid, schorre stem, droge keel of keelpijn.

### RISICOVOLLE TIJDEN VOOR HET STEMAPPARAAT

De coronacrisis stelt het stemapparaat sowieso voor bepaalde uitdagingen. Veel mensen ervaren een verhoogd **stressniveau**. Dit zorgt voor spanning. De stemplooien trillen hierdoor minder soepel. Spreken vraagt meer energie. Het kost meer moeite om de stemplooien te activeren. Wat nog een rol kan spelen is **vermoeidheid**. Veel mensen werken lange dagen, moeten opvang van kinderen combineren met thuiswerk, slapen kwalitatief minder goed om verscheidene redenen. De basis van stemplooien wordt gevormd door de musculus vocalis. Net als alle andere spieren in het lichaam functioneren deze minder gezwind bij vermoeidheid. Besmetting met het virus houdt ook enkele risico's in. Symptomen als langdurig **hoesten** en **ademhalingsproblemen** hebben een impact op de stemkwaliteit. Bij hoesten slaan de stemplooien met grote kracht tegen elkaar. Als dit opeenvolgend meermaals gebeurt, kan de lamina propria van de stemplooien beschadigd raken door het harde contact. Ademhalingsproblemen door het coronavirus hebben dan weer een negatief effect op de bron van fonatie. De ademhaling is de drijvende kracht om de stemplooien aan het trillen te krijgen. Als de ademhaling oppervlakkiger verloopt, lukt spreken op eenzelfde uitademing minder lang en is het moeilijker om luid te spreken. Daarbovenop komt nog de impact van een mondmasker op de stem. Zorg voor het stemapparaat vormt in deze tijden dus zeker een aandachtspunt. Vandaar enkele nuttige tips.

### TIPS OM DE VERSTAANBAARHEID TE VERBETEREN

Het mondmasker belemmert het zicht op de articulatie. Door **trager te spreken** krijgen de articulatoren meer kans om met de nodige finesse de bewegingen nauwkeuriger af te werken. De luisteraar heeft zo ook meer tijd om de boodschap auditief te verwerken. Focus bij het trager spreken op de vorming van de **consonanten**. Die hebben de grootste meerwaarde op het vlak van spraakverstaanbaarheid. Probeer aandacht te hebben voor **expressiviteit**. Lichaamstaal en gebaren gebruiken ter ondersteuning van de mondelinge boodschap kan helpen. Maak **oogcontact** met de gesprekspartner. De volle aandacht is vereist bij efficiënte communicatie. Oogcontact is hiervoor een goede parameter.

### TIPS OM DE LUIDHEID TE VERBETEREN

Mensen hebben de neiging om luider te willen praten als ze een mondmasker dragen, om zich zo beter verstaanbaar te maken. Continu met een toegenomen volume spreken, is echter niet aangewezen. Dit is te belastend voor het stemapparaat. Met een **scherpere klank** spreken, biedt een valabel alternatief voor luidheid. Bij deze manier van vocaliseren, wordt de inspanning verdeeld tussen de stemplooien zelf en de epilarynx. Dit zorgt voor een specifieke versterking van het stemgeluid in de zone rond 2500-3000 Hz. De tonotopie van het menselijk oor is extra gevoelig voor deze frequenties, waardoor de klank als luider gepercipieerd wordt (ongeveer 10 tot 15 dB). Denk aan een huilende baby. Zijn korte stemplooien en gering longvolume belemmeren hem niet om volume op te bouwen. Dankzij het vernauwen van de epilarynx weerklinkt er veel lawaai met relatief weinig inspanning. Nog voorbeelden van scherpe klanken zijn het miauwen van een kat, kwaken van een eend, een lachende heks ... Countryzangers klinken vaak ook heel scherp. Er bestaan duidelijk gradaties van scherpte. Te scherp spreken, klinkt zelfs vervelend. De kunst is om enkel de noodzakelijke scherpte te gebruiken. Spreken met brede lippen faciliteert het passende formantgebruik om een bepaalde mate van scherpte aan de stem toe te voegen.

*v.l.n.r.: Ines Verté - Gertie Van den Driessche - Christelle Vanmaele - Charlotte Vande Woestyne - Caroline Vandenbruaene*

De **stof** waaruit een mondmasker bestaat, heeft een impact op de demping van de stemklank. Bepaalde materialen absorberen geluid meer dan andere. Katoenen mondmaskers absorberen beduidend meer geluid in vergelijking met chirurgische maskers. Hoe dikker de lagen (bijvoorbeeld: dubbele laag katoen met daartussen een filter), hoe minder vlot de geluidstransmissie verloopt. Verkies bij spreeksituaties dus liever chirurgische maskers dan katoenen maskers.

### TIPS OM DE STEM TE VERZORGEN

Langdurig spreken is zoals topsport. Het vergt uithouding, coördinatie en kracht van tal van spieren. Een passende **opwarming** voor het starten met een lange spreekopdracht bewijst zeker zijn nut. Enkele mogelijke oefeningen zijn liptrillen en resonantieoefeningen. Bij liptrillen vibreren de lippen op elkaar tijdens het stemgeven. Voor resonantieoefeningen wordt gefocust op de m-klank. De /m/ wordt op een comfortabele, ontspannen manier lang aangehouden. Een leuke variatie is liedjes meeneuriën, zonder buiten de comfortzone te treden qua toonhoogtebereik.
Spreken met een mondmasker zorgt sneller voor een droge keel.
**Hydrateren** is de boodschap. De stemplooien functioneren beter in een waterachtig milieu. Droogte kan ervoor zorgen dat de stemplooien stugger zijn, met duidelijke impact op de mucosale wave. In plaats van soepel over elkaar te glijden, gaan ze eerder hard over elkaar schuren. Dit is vermoeiend en veroorzaakt op lange termijn mogelijk dysfonie. Door voldoende water te drinken (anderhalve liter per dag) wordt de vochtbalans in het hele lichaam op peil gehouden, dus ook ter hoogte van de stemplooien. Een rechtstreekse, zeer effectieve manier van hydrateren, is dampen met fysiologisch water. De werkwijze is als volgt:

- Vul een kom met heet water.
- Voeg per 500 ml een afgestreken theelepel keukenzout toe.
- Adem de warme waterdamp in door met het hoofd onder een handdoek boven de kom te hangen.

Dagelijks een vijftal minuten dampen is aan te raden.

### POSTER

Om personeel en bezoekers van de verschillende campussen te sensibiliseren, maakte de dienst Logopedie een poster. Deze hangt verspreid in het ziekenhuis.

### AANHOUDENDE STEMKLACHTEN

Deze tips vormen een leidraad, als preventie of als eerste hulp bij lichte stemproblemen. Bij blijvende problemen of ernstige klachten is het aangewezen om professioneel advies in te winnen. De **Stemkliniek** van campus Sint-Jan bestaat uit een gespecialiseerde foniater en een stemtherapeut.
Via een holistische kijk op stemproblemen ontleden zij samen het probleem en stellen een beleid voor, op maat gemaakt van elke patiënt. Een afspraak maken, kan via het secretariaat van de consultatie Neus-, keel- en oorziekten: 050 45 22 80.

### REFERENTIES


[1]
- Helding L., Carroll T., Nix J., Johns M., LeBorgne W., Meyer D. (2020). COVID-19 After Effects: Concerns for Singers. Journal of Voice, article in press.
- Lombard L., Steinhauer K. (2007). A Novel Treatment for Hypophonic Voice: Twang Therapy. Journal of Voice, 21 (3), 294-299.
- Tanner K., Roy N., Merrill R., Muntz F. (2010). Nebulized Isotonic Saline Versus Water Following a Laryngeal Desiccation Challenge in Classically Trained Sopranos. Journal of Speech Language and Hearing Research, 53 (6), 1555-66.


### AUTEUR

**Gertie Van den Driessche**
*dienst Logopedie campus Sint-Jan*



**Meer info beschikbaar in de azlink-app**
App Store | Google play

# COVID-19 en obesitas

**dr. Jan Mulier & dr. Bruno Dillemans //**
*dienst Anesthesiologie, Intensieve en Reanimatie & Algemene, kinder- en vaatheelkunde, campus Sint-Jan*

*Tijdens de COVID-19-pandemie kwamen er geregeld alarmerende berichten dat naast oudere patiënten ook meer mannen met zwaarlijvigheid of obesitas ernstig ziek werden, intensieve zorgen nodig hadden en frequenter overleden. Deze mannen waren daarenboven niet eens extreem zwaarlijvig, wat vragen opriep over deze mogelijke relatie.*

## SLECHTE CORRELATIE

Op basis van die eerste alarmerende berichten vreesde iedereen voor het ergste toen in Engeland en daarna in Amerika de COVID-19-pandemie in volle hevigheid losbarstte, gezien de hogere prevalentie van extreme obesitas in deze landen in vergelijking met Italië en zeker met China. De frequentie en de mortaliteit waren inderdaad hoger, maar vonden eerst een verklaring in het feit dat isolatiemaatregelen er niet of pas veel te laat genomen werden. Mortaliteit steeg echter niet verder bij superzwaarlijvigheid, zodat de BMI uiteindelijk slecht correleerde met COVID-19.

## VERKORTE LEVENSVERWACHTING

Wat wel bleek, was dat dubbel zoveel zwarte mannen met zelfs maar een matige obesitas stierven aan COVID-19. Dit werd door armoede of slechtere geneeskundige verzorging verklaard. Nochtans is dit in overeenstemming met vroegere studies over obesitas bij blanke en zwarte mannen en vrouwen, waaruit bleek dat ernstige obesitas (BMI > 45) op jonge leeftijd (< 25 jaar) een dramatische levensverkorting geeft van 20 jaar voor zwarte mannen, van 12 jaar voor blanke mannen, van 8 jaar voor blanke vrouwen en van slechts 4 jaar voor zwarte vrouwen. Dit neemt af wanneer obesitas op latere leeftijd start of de BMI minder ernstig is.[1] Bij vergelijking met de verdeling tussen visceraal en perifeer vet is er meer visceraal vet te vinden bij mannen en zwarten, wat betekent dat vooral visceraal vet op jonge leeftijd de levensverwachting dramatisch verkort.

## METABOOL SYNDROOM

Obesitas wordt klassiek gemeten door berekening van de BMI, wat een goede parameter is om de ernst en de evolutie van obesitas te volgen. Nochtans is dit geen goede parameter om het risico op hart- en vaatziekten te voorspellen. Hiervoor blijkt de hoeveelheid visceraal vet belangrijker te zijn dan de BMI op zich.[2] De viscerale vetcellen sterven 30 maal sneller af en het celdebris inclusief de vrijgekomen vetten trekken massaal macrofagen aan om alles op te ruimen, maar creëren hierdoor een chronische inflammatietoestand (zie Fig. 1). Dit visceraal vet wordt daarom pro-inflammatoir genoemd. Het induceert chronische ziekten, zoals het metabool syndroom en hart- en vaatziekten. Er zijn minimum drie klinische kenmerken van de volgende vier nodig om te spreken van een metabool syndroom:

- Een toegenomen hoeveelheid visceraal vet;
- Een glucose-intolerantie tot een diabetes;
- Hypertensie;

*Fig. 3. Het meten van de buikomtrek lijkt eenvoudig, maar zou bij elke patiënt moeten gebeuren met dezelfde standaardmethode: rechtopstaand met een lintmeter ter hoogte van L4, te herkennen aan de hoogte van de heupkammen en wat meestal overeenkomt met de navel. De buikomtrek gedeeld door de lengte noemen we de WHtR en correleert met de hoeveelheid visceraal vet gemeten via CT en met het verhoogd risico op hart- en vaatziekten.*

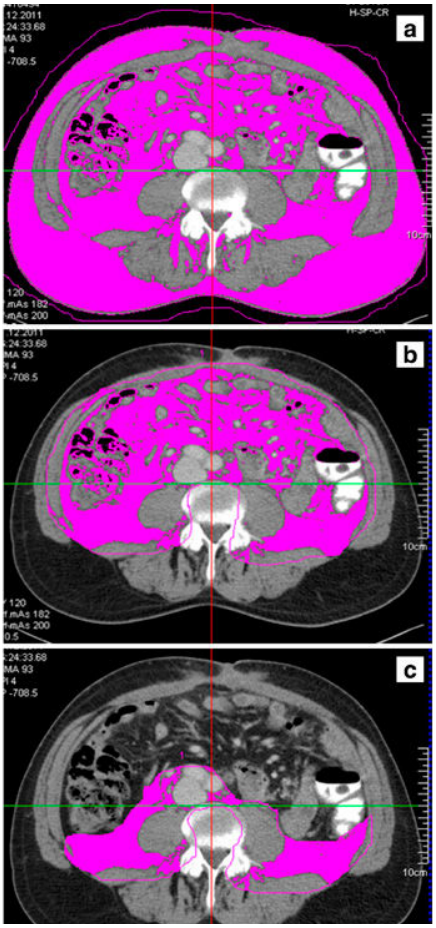



*Fig. 2. CT-doorsnede van buikholte ter hoogte van L4. De met meerdere CT-beelden berekende totale abdominale vetmassa komt het best overeen met het vetoppervlak gemeten op CT of echo ter hoogte van L4 (normale navelhoogte) (a: total fat area (TFA)). De subcutane vetmassa (subcutaneous fat area (SFA)) is metabool niet actief en het metabole viscerale vet (b: visceral fat area (VFA)) kan verder onderverdeeld worden in intraperitoneaal (IFA) en retroperitoneaal vet (c: RFA).*
*• a: Totale vetmasssa.*
*• b: Viscerale vetmassa.*
*• c: Retroperitoneale deel van de viscerale vetmassa.*
*Deze gemeten oppervlakte correleert ook het best met de waist-to-height ratio: (bron: uit J. Nattenmueller (Eur Radiol. 2016;26(11):4131-4140))*

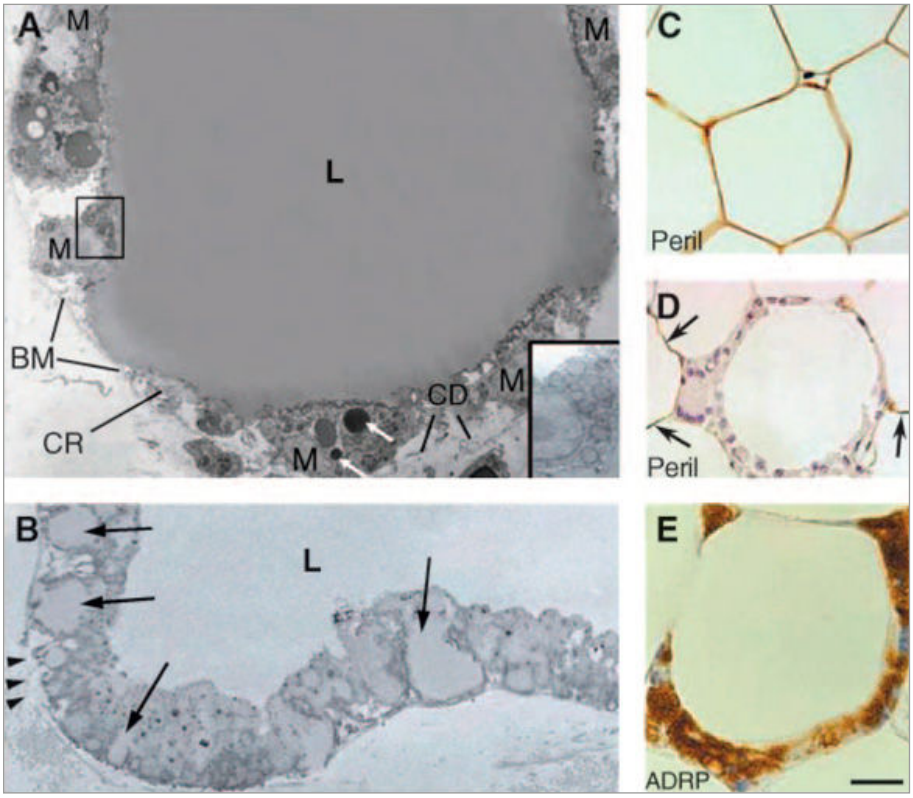



*Fig. 1. Voorbeeld van een afgestorven viscerale vetcel (gebroken basale membraan BM) waarvan het vet (L) en de celafbraak (CD, CR) opgeruimd moeten worden door geïnfiltreerde macrofagen (M) die een chronische inflammatie onderhouden.*
*Niet-viscerale vetcellen (C) vertonen deze modulatie niet en zijn dus minder pro-inflammatoir. (bron: uit S. Cinti (J. Lipid Res. 2005. 46: 2347-2355))*

- Een gestoord vetmetabolisme, zoals verhoogde triglyceriden.

## VISCERAAL VET

Mannen hebben meestal veel meer visceraal vet dan vrouwen bij de ontwikkeling van obesitas. Het visceraal vet kan gemeten worden met een abdominale CT (zie Fig. 2) of met een echo van de buik, maar veel eenvoudiger nog door de buikomtrek ter hoogte van de navel of op niveau L4 te meten en de verhouding te nemen met de lichaamslengte (waist-to-height ratio: WHtR) (zie Fig. 3). Zodra deze waarde meer dan 0,5 bedraagt, is er sprake van een abnormale hoeveelheid visceraal vet met verhoogd risico op metabool syndroom en cardiovasculaire complicaties.[3] Vroeger werd de buikomtrek over de heupomtrek (waist-to-hip ratio, normaal < 1,0) gebruikt, maar dit levert geen betere voorspelling op en vraagt een extra heupomtrek te meten.

## COVID-19 OP INTENSIEVE ZORGEN

Indien men op intensieve zorgen terechtkomt om andere redenen dan COVID-19 heeft men een betere overlevingskans indien de vetreserve verhoogd is, iets wat men de 'obesity paradox' noemt (zie Fig. 4). Bij een COVID-19-pneumonie is obesitas zelf waarschijnlijk niet de boosdoener op intensieve zorgen, maar wel het visceraal vet. Op intensieve zorgen werd het inflammatoire karakter van een COVID-19-pneumonie bepalend voor behandeling en overleving.

## VERHOOGD RISICO

Met betrekking tot de COVID-19-pneumonie blijken inderdaad de patiënten met één of meerdere kenmerken van het metabool syndroom, zoals diabetes en hypertensie, een verhoogd risico te hebben om een ernstige pneumonie door te maken. Hiermee hebben naast patiënten met een hoge leeftijd en immuundeficiëntie ook diegenen met een verhoogde WHtR een hoger risico op ernstige pneumonie en overlijden bij COVID-19-infectie.

## METABOLE HEELKUNDE

De vraag stelt zich of metabole heelkunde in analogie met de verlaging van

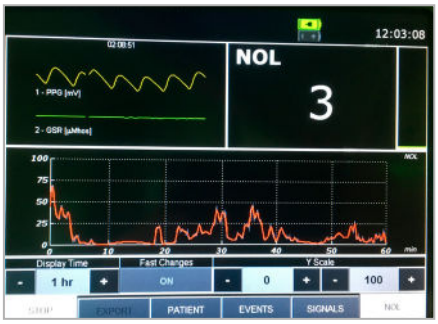



*Fig. 6. Meten van de variabiliteit in het hartritme laat toe het parasympathisch systeem te scheiden van het sympathisch systeem dat correleert met chirurgische stress en inflammatie. Na intubatie en ook bij opblazen van het pneumoperitoneum viel toegenomen sympathische activiteit te meten (ANI < 60%) die snel terug onderdrukt werd zodat ANI opnieuw 100% werd.*

cardiovasculaire en metabole risico's ook de COVID-19-pneumonie kan beperken? Het is geweten dat meteen na een bariatrische ingreep en zelfs voor het lichaamsgewicht met meer dan 10 % gedaald is, de glucose-intolerantie en de hypertensie verbeteren. Dit omdat het visceraal vet als eerste verbrand wordt, zoals ook na een zuiver proteïnedieet, wat altijd gevraagd wordt ter voorbereiding op metabole heelkunde. Het zou goed zijn de buikomtrek preoperatief bij iedereen te meten en bij een WHtR > 0,5 een proteïnedieet af te spreken om in enkele weken tijd beter voorbereid en beschermd te zijn tegen elke heelkunde onder algehele anesthesie.

## STOF VOOR VERDER ONDERZOEK

Of patiënten die recent een bariatrische ingreep ondergingen dus ook beter beschermd zijn tegen een ernstiger verloop van COVID-19 is stof voor verder onderzoek. In Lille heeft men onderzocht of een COVID-19-infectie bij recent geopereerde obese patiënten minder complicaties gaf dan bij vergelijkbare obese patiënten zonder chirurgie. Minder frequent moesten obese patiënten na bariatrische heelkunde op intensieve zorgen opgenomen worden. Op campus Sint-Jan waren de licht obese mannen ook in groter aantal opgenomen op intensieve zorgen, maar ontbrak info over hoeveel patiënten post-bariatrie COVID-19-positief werden zonder ernstig ziek te worden. Omwille van patiëntgeheimhouding was het niet toegelaten deze data op te vragen. Intussen heeft de European Society for Perioperative Care of the Obese Patient (ESPCOP) in samenwerking met de European Society of Anaesthesiology (ESA) een enquête verricht bij 175 ICU's in Europa. Er waren meer mannen met een metaboolsyndroom opgenomen op ICU's en deze hadden een verhoogde mortaliteit, net zoals patiënten ouder dan 60 jaar.

## IN URGENTIE BEHANDELEN

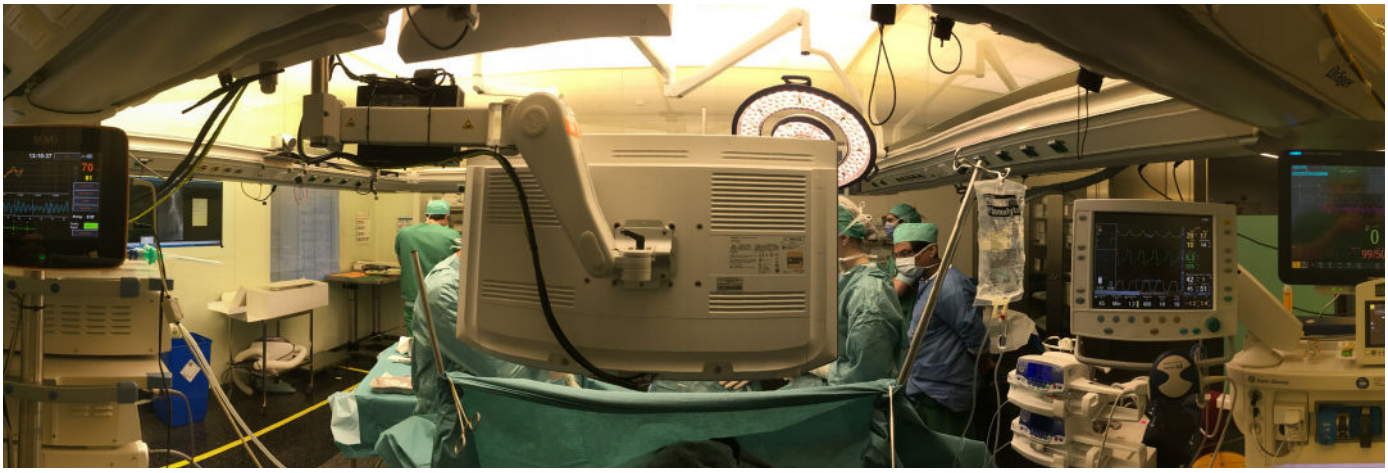
Op basis van de beschikbare data van andere centra valt te besluiten dat patiënten met het metabool syndroom een verhoogd risico hebben op een ernstiger verloop.[4] Gezien de analogie met andere cardiovasculaire complicaties is het alleen maar aan te raden dat deze patiënten zo snel mogelijk vermageren en hun visceraal vet mobiliseren. Bariatrische heelkunde is het meest effectief, ook op langere termijn, en staat daarom ook sinds vele jaren bekend als metabole chirurgie. Zolang een goed werkend vaccin niet beschikbaar is, zouden obese personen met een verhoogde hoeveelheid visceraal vet, zelfs voor alle tekens van metabool syndroom zichtbaar zijn, preferentieel in urgentie behandeld moeten worden.

## SYSTEMATISCH BUIKOMTREK METEN

Het zou goed zijn om naast lichaamsgewicht en lengte systematisch bij elke patiënt die opgenomen wordt in het ziekenhuis of geopereerd moet worden steeds de buikomtrek te meten om diens WHtR te bepalen. Indien de WHtR meer is dan 0,5 betekent dit te veel pro-inflammatoir visceraal vet (zie Fig. 5). Chirurgie, ook minimaal invasief, stimuleert nog steeds de inflammatie en dit des te meer in patiënten met een voorafbestaand gestimuleerd inflammatoir systeem, zoals het metabool syndroom. Anesthesie kan dit tot op vandaag dikwijls onvoldoende onderdrukken, met hierdoor het gekende verhoogd risico op trombo-embolische problemen. Klassieke anesthetica en hypnotica hebben hier geen impact op. Het toedienen van een zeer hoge dosis opioïden in de jaren 80 en het gebruik van thoracale epidurale verdoving in de jaren 90 kon dan wel een betere sympathische verdoving geven, de inflammatoire reacties bleven bestaan.

## ONDERDRUKKING INFLAMMATOIRE REACTIE

Intussen worden de vele nadelen die verbonden zijn aan een hoge dosis opioïden beter herkend en is het terug mogelijk om met minder opioïden anesthesie te geven, maar mag niet vergeten worden verder aandacht te geven aan de onderdrukking van het sympathisch en endocrinologisch systeem. De opioïden beperken zonder iets in de plaats te geven, zou nog veel slechter kunnen zijn. Onderzoek naar medicatie die ook inflammatie beter onderdrukt, is moeilijk, maar er is een reeks oudere producten die hun effecten reeds bewezen hebben en deze worden nu ook voor COVID-19 ingezet waar inflammatie het probleem is en trombose het eerste klinische teken is dat de cascade in gang zet. Naast starten met zeer hoge dosis antistolling zou een zeer



hoge dosis steroïden zinvol kunnen zijn. Onderzoek naar de impact van alpha-2-agonisten, zoals dexmedetomidine, die het sympathisch systeem onderdrukken, is veelbelovend, net als het onderzoek naar heart rate variability als parameter om de ernst van inflammatie te meten en de efficiëntie van onderdrukking te volgen. Deze medicatiegroep heeft zijn voordeel reeds bewezen in de onderdrukking van de inflammatoire reactie tijdens algehele anesthesie voor laparoscopie van de obese patiënten met het metabool syndroom, zoals op campus Sint-Jan in wetenschappelijke studies viel vast te stellen.[5]

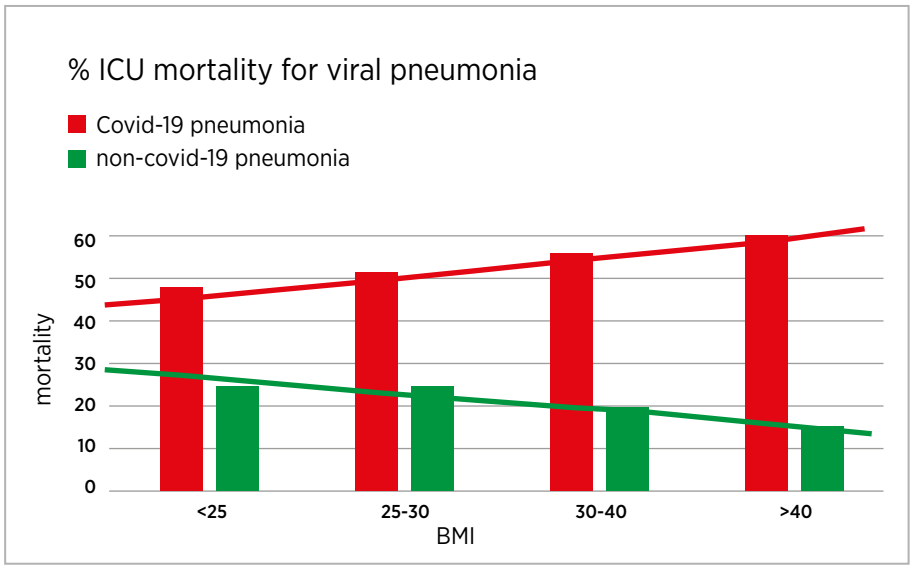



*Fig. 4. Deze grafiek vergelijkt de impact van BMI op overlijden door virale pneumonie voor de uitbraak en na de uitbraak van COVID-19, waarbij de obesity paradox duidelijk zichtbaar is voor de klassieke virale pneumonie: hoe hoger de BMI, hoe beter de overleving. Bij COVID-19 gaat dit echter niet op en stijgt de mortaliteit traag bij stijgende BMI. (bron: London; 2020 https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports).*

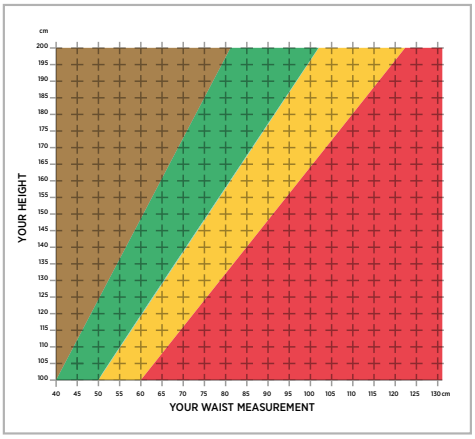



*Fig. 5. Grafiek toont buikomtrek (X-as) versus lichaamslengte (Y-as) met de verschillende zones voor kinderen > 5 j en volwassenen:*

- *Bruine zone (WHtR < 0.4) staat voor Take Care – jouw gewicht is normaal of zelfs te laag, helemaal geen nood om buikomtrek te verlagen.*
- *Groene zone (WHtR < 0.5) staat voor ideale buikomtrek.*
- *Gele zone (WHtR > 0.5) staat voor Consider Action for adults en Take Action for children.*
- *Rode zone (WHtR > 0.6) staat voor Take Action (Ernstige viscerale obesitas, geneeskundig advies nodig. Na enkele jaren is er verhoogd risico op overlijden door toegenomen hart- en vaatziekten en vandaag ook op een ernstiger verlopende COVID-19-infectie).*

*Door de steeds groter wordende schermen verliezen chirurg en anesthesioloog soms het oogcontact tijdens laparoscopie. Om een patiënt optimaal te 'monitoren' (of bewaken) zijn meerdere toestellen nodig. V.l.n.r.: sympathische stressmonitor ANI, achterkant chirurgisch scherm met erboven het anesthesiescherm voor chirurgie, infuuspompen voor continue medicatie, beademingsparameters en gasanalyse, hemodynamische bewaking en diepte-anesthesiemeting, meting diepte spierverslapping en medisch intranet voor opvolging operatiegebeuren, geneesmiddelenvoorschrift ...*

## REFERENTIES


1. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. Jama. 2003;289(2):187-193.
2. Matsuzawa Y, Shimomura I, Nakamura T, Keno Y, Kotani K, Tokunaga K. Pathophysiology and pathogenesis of visceral fat obesity. Obes Res. 1995;3 Suppl 2:187S-194S.
3. M. Ashwell, P. Gunn and S. Gibson Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis obesity reviews (2012) 13, 275–286.
4. K.I. Zheng, F. Gao, X.-B. Wang, et al., Obesity as a risk factor for greater severity of COVID-19 in patients with metabolic associated fatty liver disease, Metabolism (2020), https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154244
5. J.P. Mulier and B. Dillemans. Anesthetic factors affecting outcome after bariatric surgery, a retrospective leveled regression analysis. Obes Surg. (2019) 29, 1841-1850


## AUTEURS

**dr. Jan Mulier**
*dienst Anesthesiologie, Intensieve en Reanimatie, campus Sint-Jan*

**dr. Bruno Dillemans**
*dienst Algemene, kinder- en vaatheelkunde campus Sint-Jan*



**Meer info beschikbaar in de azlink-app**

# AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV verwelkomt nieuwe medisch directeur: **dr. Ludo Marcelis**

**Directie**
*050 45 22 40, directiesecretariaat.medisch-directeur@azsintjan.be*

*Nadat hij het ziekenhuis de voorbije twee jaar reeds bijstond als stafmedewerker, nam dr. Ludo Marcelis op 1 december de rol van Medisch directeur over van dr. Marco Lanckneus.*

## STUDIES

Dr. Ludo Marcelis behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven en specialiseerde zich vervolgens in de klinische biologie, waarbinnen hij zich toespitste op de virologie als subspecialisatie. In de loop der jaren voegde hij daar nog diverse opleidingen aan toe. In het licht van de functie die hij opneemt, vormen een manama in het management en het beleid van de gezondheidszorg en een Clinical Leadership-opleiding aan het Institute for Healthcare Improvement in Boston daarvan de meest vermeldenswaardige.

## PROFESSIONEEL PARCOURS

Tegen zijn verwachtingen in leidde het professionele pad van dr. Marcelis hem naar het toenmalige Heilig-Hartziekenhuis in Roeselare, waar hij niet de virologie, maar de hematologie en de bloedbank onder zijn hoede nam. Hij groeide er door tot laboratoriumdirecteur. Hij vervulde deze functie een tiental jaar en greep ze aan om de dienst uit te bouwen tot een performant laboratorium dat actief is in alle domeinen van de klinische biologie en zich meermaals een pionier toonde in de moleculaire biologie en transfusiegeneeskunde. Kort voor de fusie tot AZ Delta maakte hij de overstap naar de rol van medisch directeur. Als dusdanig droeg hij bij tot de uitbouw van het zorgmodel voor de verschillende campussen en tot de voorbereiding van de JCI-accreditatie, die even na zijn vertrek behaald werd. Ook de introductie van het nieuwe elektronische patiëntendossier leidde hij in goede banen.

## ENGAGEMENT

Een vijftal jaar na de start van dit parcours nam hij het voorzitterschap van de Ethische Commissie op zich. Vanuit dit engagement zette hij twee boeken over medische ethiek op zijn naam. Hij voegde daar ook nog het voorzitterschap van de transfusiecommissie aan toe en zetelde jarenlang als secretaris in de medische raad. Daarbovenop kwamen nog een aantal bestuursmandaten, onder meer als afgevaardigde van de Belgische Vereniging voor Klinische Biologie in de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

## OVERSTAP

Zijn overstap naar het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV heeft dr. Marcelis uit volle overtuiging gemaakt, omdat hij zich volledig kan vinden in de geest en het DNA van het ziekenhuis. Als verantwoordelijke voor de hematologische en transfusiegeneeskunde groeide er doorheen de jaren al een hechte samenwerking en goede band met de collega's van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Op een meer persoonlijke noot overleed zijn overgrootvader, eveneens arts, vlak na WOII in het Oud Sint-Jan aan tuberculose, en trad hij met een Brugse in het huwelijk.

## HOOGWAARDIGE ZORG

Als directielid ziet hij de missie, visie en strategische doelstellingen van het ziekenhuis verwezenlijken als zijn kerntaak. Innovatieve referentiezorg voor iedereen is een visie en missie waar hij volledig achter staat en die hij wil verderzetten. Het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV beschikt volgens hem over unieke mogelijkheden om hoogwaardige zorg aan te bieden voor de regio, weliswaar als deel van een groter team, waarin ook de verpleegkundige directie een zeer belangrijke rol speelt. Hij stelt een drievoudige doelstelling voorop:

- De kwaliteitslat voor gezondheidszorg steeds hoger leggen.
- Ervoor zorgen dat medewerkers tevreden zijn.
- Een data-driven beleid voeren.

## AMBITIES

Zijn persoonlijke ambities als medisch directeur van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV? Toptalenten aantrekken en, vanuit het besef dat het ziekenhuis slechts een schakel vormt binnen het totale zorgnetwerk in de regio, de middelen van de gemeenschap zo efficiënt mogelijk inzetten om samen een geïntegreerde aanpak te realiseren omheen de patiëntenstromen binnen het ziekenhuis.
De grootste uitdagingen ziet hij in de verdere uitbouw van een goede samenwerking met de omliggende ziekenhuizen en de ontwikkeling en implementatie van een solide strategische visie voor campus Henri Serruys binnen het ziekenhuis. Samenwerking, intra- én extramuraal, vormt daarbij voor hem het sleutelwoord.

# NIEUWE ARTSEN

## dr. Heleen Ameye

*Nefroloog*

*dienst Nefrologie en infectieziekten, campus Sint-Jan*

*050 45 23 10*
*nefrologie@azsintjan.be*

Dr. Heleen Ameye startte op 1 september 2020 als tijdelijk aangesteld geneesheer bij de dienst Nefrologie en infectieziekten. Ze studeerde in 2014 af als arts aan de KU Leuven. Tijdens haar specialisatie werkte ze als assistent in het AZ Groeninge in Kortrijk, AZ Delta in Roeselare en UZ Leuven.

Hetgeen haar enorm boeit in de nefrologie is de chronische hemodialysepopulatie met een brede waaier aan internistische problemen. Ze is van mening dat een goede klinische blik daarbij belangrijk blijft. In 2018 bekwaamde ze zich in Amsterdam verder in de peritoneaaldialyse. Daarnaast heeft dr. Ameye ook een grote belangstelling voor niertransplantatie, waarbij ze zich voor haar masterpaper verdiepte in de antistofgemedieerde rejectie na transplantatie. Naast de algemene nefrologie heeft ze tevens een grote interesse in systeem- en infectieziekten. In 2019 werd ze erkend als specialist in de inwendige geneeskunde en in 2020 ontving ze haar erkenning voor bijzondere beroepsbekwaamheid in de nefrologie. In Eindhoven zal dr. Ameye zich in 2020-2021 nog verder bekwamen in de abdominale echografie.

## dr. Edward De Wolf

*Plastisch chirurg*

*dienst Plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie, campus Sint-Jan*

*050 45 23 60*
*plastische.heelkunde@azsintjan.be*

Dr. Edward De Wolf studeerde geneeskunde aan de UGent en behaalde er zijn diploma als arts in 2013. Na een tweejarige basisopleiding in de algemene heelkunde in de GZA-ziekenhuizen in Antwerpen vervolledigde hij zijn opleiding in de plastische heelkunde met een jaar opleiding in het AZ Groeninge in Kortrijk en een vierjarige opleiding aan het UZ Gent. Bijkomende kennis en vaardigheden deed hij op tijdens diverse fellowships in binnen- en buitenland (Caen, Genève, Bad Kreuznach, Istanbul en Leuven). In 2020 werd dr. De Wolf erkend als specialist in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde en sinds september van dat jaar versterkt hij de dienst Plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie op de campussen Sint-Jan in Brugge en Henri Serruys in Oostende. Hij zal zich toeleggen op de verschillende aspecten van deze heelkundige discipline met bijzondere focus op de microchirurgische reconstructie van de borst en de esthetische heelkunde van borst en gelaat.

## dr. Kris Gillis

*Cardioloog*

*dienst Cardiologie, campus Sint-Jan*

*050 45 26 70*
*policardiologiesecretariaat@azsintjan.be*

Dr. Kris Gillis behaalde in 2012 zijn artsendiploma aan de Vrije Universiteit Brussel.
Hij verrichtte er ook wetenschappelijk onderzoek naar de echocardiografische kwantificatie van aortaklepcalcificaties in het In Vivo Cellular and Molecular Imaging (ICMI) Laboratory en behaalde in 2016 zijn doctoraat in de Medische Wetenschappen onder leiding van prof. dr. Bernard Cosyns. Nadien genoot hij zijn opleiding tot cardioloog in het Universitair Ziekenhuis Brussel en ZNA Middelheim. Zijn voorliefde voor de ritmologie bracht dr. Gillis in 2020 naar campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, waar hij zich nu verder toelegt op cardiale elektrofysiologie.

## dr. Martijn Swimberghe

*Radiotherapeut*

*dienst Radiotherapie, campus Sint-Jan*

*050 45 28 00*
*radiotherapie.brugge@azsintjan.be*

Dr. Martijn Swimberghe behaalde in 2013 zijn diploma geneeskunde aan de UGent en voltooide er in 2018 de specialisatie radiotherapie-oncologie. Nadien volgde hij een fellowship in het UZ Gent waar hij zich gedurende een jaar verdiepte in de urologische oncologie en ruime ervaring kon opdoen in de toepassing van stereotactische radiotherapie bij patiënten met een oligometastatische ziekte. In deze periode was hij ook een viertal maanden werkzaam in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV ter vervanging van een collega. Het voorbije jaar was dr. Swimberghe staflid op campus Sint-Elisabeth van het CHU UCL Namur, waar hij de radiotherapeutische behandeling verzekerde van tumoren in het centrale zenuwstelsel en in het hoofd- en halsgebied. Hij was er ook verantwoordelijk voor de neurologische stereotactische radiochirurgie. Sinds 1 september 2020 versterkt dr. Swimberghe de dienst Radiotherapie van campus Sint-Jan. Hij zal zich voornamelijk toeleggen op de behandeling van patiënten met neurologische en gynaecologische tumoren, alsook zijn expertise verruimen binnen de urologische en hoofd- en halsoncologie. Daarnaast zal hij de verdere uitwerking en implementering van stereotactische bestralingen mee ondersteunen.

## dr. Elisabeth Vander Stichele

*Geriater*

*dienst Geriatrie, campus Henri Serruys*

*059 55 55 02*
*info@azsintjan.be*

Dr. Elisabeth Vander Stichele studeerde af als internist-geriater aan de UGent in 2010, onder toezicht van prof. dr. Nele Van Den Noortgate en prof. dr. Mirko Petrovic. Zij deed een bijkomende vrije stage ouderenpsychiatrie bij dr. Lieve Lemey. Na haar afstuderen was zij zeven jaar werkzaam op campus Henri Serruys van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV in een associatie met dr. Dirk VandeVondele. Hier deed ze ervaring op met orthopedische problematiek bij ouderen. Nadien werkte zij drie jaar in AZ Jan Palfijn in Gent, waar ze als diensthoofd heeft bijgedragen tot de professionalisering van hun geriatrische dienst en de uitwerking van een interdisciplinair zorgpad voor heupfractuur.
Naast haar specialisatie als geriater werd dr. Vander Stichele in 2016 LEIF-arts en is ze in 2020 ook afgestudeerd als seksuologe aan de Ugent, onder begeleiding van prof. Els Elaut en prof. dr. Guy T'Sjoen. Dr. Vander Stichele combineert deze diverse specialisaties in een unieke aanpak voor de geriatrische zorgvrager.
Dr. Vander Stichele kiest voluit voor een interdisciplinaire en patiëntgerichte aanpak, waarbij warmte en professionaliteit hand in hand gaan bij de zorg voor de patiënt. Zij heeft zich bijgeschoold in het oplossingsgericht en verbindend communiceren met patiënt, familie en medewerkers.

## dr. Nele Vangheluwe

*Acutist*

*dienst Spoedopname, campus Henri Serruys*

*059 55 51 10*
*Spoedgevallen.oostende@azsintjan.be*

Dr. Nele Vangheluwe studeerde af als arts aan de KU Leuven in 1985. Ze werd huisarts en docent in verschillende hogescholen. Deze taken ruilde ze voor een functie als jeugdarts in een Gents Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) van 2000 tot op heden. Vandaag werkt ze nog heel beperkt in het CLB voor vaccinatieprogramma's. In 2003 haalde ze haar brevet acute geneeskunde. Sindsdien werkt ze op de spoeddienst in het AZ Sint-Vincentius in Deinze, waar ze ook woont. In juli 2020 koos ze ervoor om ook op de dienst Spoedopname van campus Henri Serruys in Oostende te komen werken. Samen met de spoedequipe hoopt ze er bij te dragen tot een kwaliteitsvolle spoedeisende zorg. Daarnaast werkt ze als vrijwilliger voor Artsen Zonder Vakantie en LUMOS in Congo en andere Afrikaanse landen, om er bij te dragen tot een efficiëntere spoedzorg.

## dr. Dimitri Verbruggen

*Orthopedist*

*dienst Orthopedie, campus Henri Serruys*

*059 55 51 83*
*orthopediesecretariaat.oostende@azsintjan.be*

Dr. Dimitri Verbruggen genoot zijn specialisatie-opleiding tot orthopedist in het OLV in Aalst en het AZ Delta in Roeselare onder leiding van dr. Luc Van den Daelen en in het UZ Gent onder leiding van prof. dr. Jan Victor. Aansluitend doorliep hij een residentschap voor anterieure, minimaal invasieve heupchirurgie in ASZ op campus Aalst. Op campus Henri Serruys van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV zal hij zich toeleggen op de heupchirurgie, zowel minimaal invasieve chirurgie als revisiechirurgie, en voetchirurgie.

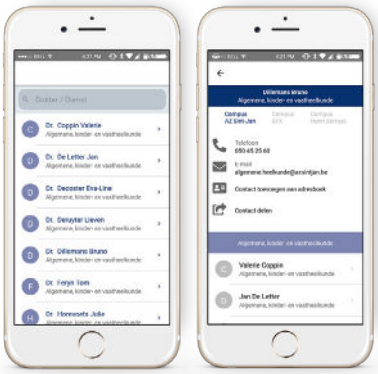

DOWNLOAD GRATIS!

## De handige artsenlijst van het AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV

✔ Meer dan 350 telefoonnummers binnen handbereik
✔ Zoek op arts of dienst
✔ Alle gegevens in 1 oogopslag

Zoek naar 'Artsenlijst AZ Sint-Jan'

Available on the App Store
ANDROID APP ON Google play



az sint-jan
brugge - oostende av

# EDUCATIEF PROGRAMMA

**Programma, inschrijving & meer informatie:** www.azlink.be

We houden onze activiteiten voorlopig digitaal, hieronder een overzicht:

## Januari 2021

### AZ COLLOQUIA - Symposium Ethiek en Economie - Privacy, beroepsgeheim en veilig informatie uitwisselen. Digitale hygiëne zonder geheimen

*Dinsdag 12 januari – 20.30-22.30 uur – webinar*

Sinds de AVG of GDPR van kracht is, wordt er veel gezegd en geschreven over privacy, gegevensbescherming en vaak in één adem ook over beroepsgeheim. Heeft de huidige regelgeving voor u nog geheimen? Weet u wat de beste en meest veilige manier is om vertrouwelijke informatie te delen met collega's? We zenden u naar huis met een reeks vuistregels zodat informatieveiligheid en privacy geen last meer zijn, maar een goede reflex.

**Programma en inschrijving: academy.azlink.be**

### Staf Interne - Avond der geaffilieerde ziekenhuizen

*Donderdag 14 januari 2021 – 19.00 uur – webinar*

**Inschrijving niet vereist.**

## Februari 2021

### AZ COLLOQUIA - Cardiochirurgie - Cardiochirurgie en -anesthesie in een nieuw kleedje

*Dinsdag 9 februari 2021 - webinar*

**Meer informatie over het concrete programma volgt. Inschrijven via azlink.academy.**

### Staf Interne - COVID-19-pandemie

*Donderdag 11 februari 2021 – 19.00 uur – webinar*

**Inschrijving niet vereist.**

## Maart 2021

### AZ COLLOQUIA - Symposium Pijnlijke Darm - Inflammatoir darmlijden: Multidisciplinaire zorg voor de IBD-patiënt

*Dinsdag 9 maart 2021 - webinar*

**Meer informatie over het concrete programma volgt. Inschrijven via azlink.academy.**

### Staf Interne - Zeldzame ziekten / systemic sclerosis

*Donderdag 11 maart – 19.00 uur – webinar*

**Inschrijving niet vereist.**

Volgt u ons al op **LinkedIn?**

azlink
www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av