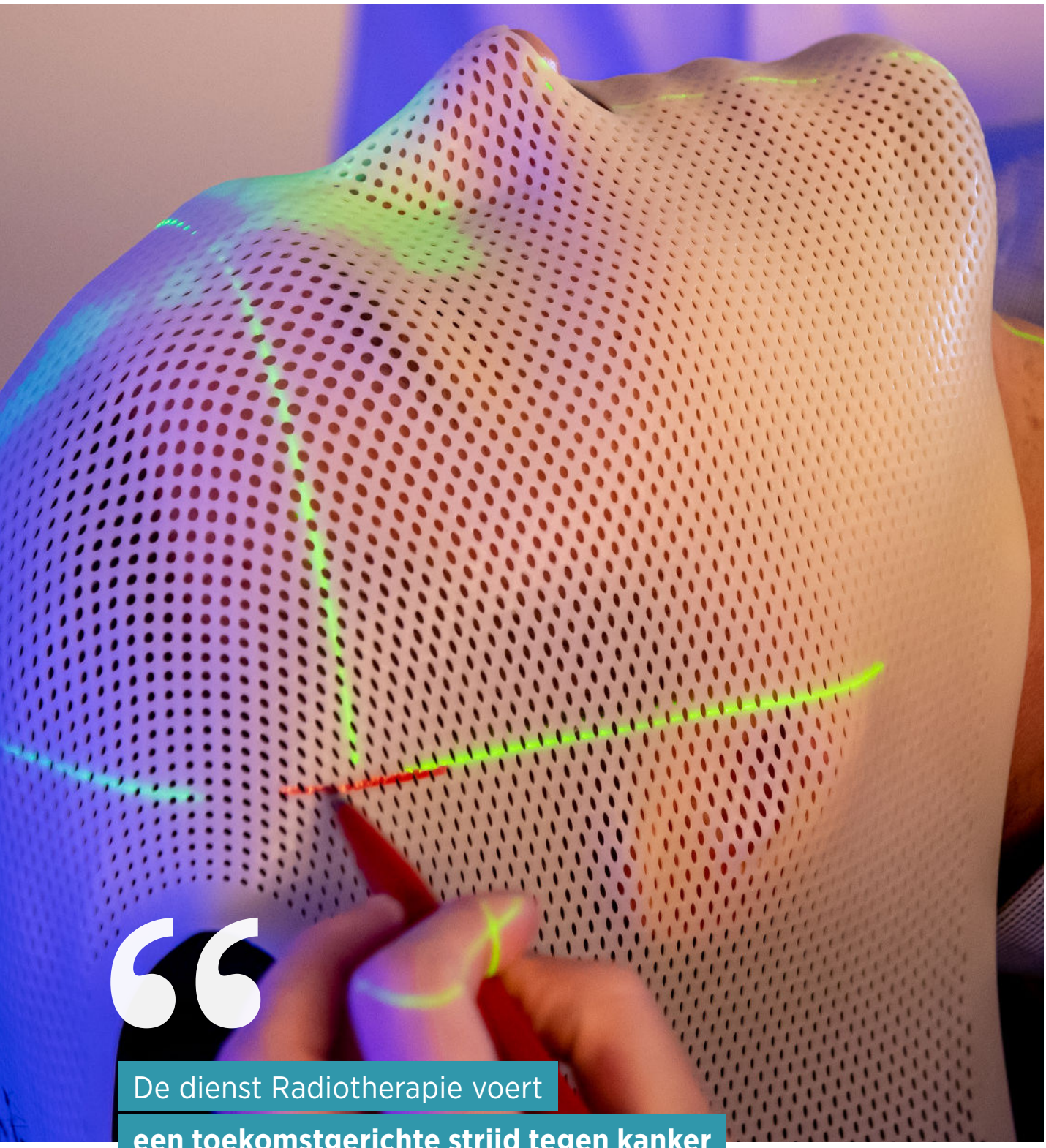
azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 48
Editie mei 2021
www.azlink.be



De dienst Radiotherapie voert **een toekomstgerichte strijd tegen kanker**

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie mei 2021

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Elisabeth Vander Stichele
dr. Olivier Deryck
dr. Catherine Dick
dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Hugo Vereecke
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle
Marieke Damme
Anja Proksch

Werkten mee aan dit nummer
Bert Bakelandt
dr. Gudrun Bossuyt
dr. Sylvia Depoorter
dr. Helinton Fonseca de Oliveira Souto
dr. Sarah Roels
dr. Marc Schepens
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Jan Van der Heyden
dr. Gilles Van Eetvelde
dr. Mathias Van Tornout
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

De dienst **Radiotherapie** voert een toekomstgerichte strijd tegen kanker 4-7
dr. Sarah Roels en hoofdstralingsfysicus Bert Bakelandt

Hartactiviteiten geconsolideerd in gloednieuwe **interventioneel-chirurgische cardiale eenheid** 8-9
dr. Marc Schepens, dr. Jan Van der Heyden

Locoregionale anesthesie, een bondgenoot in de strijd tegen pijn én de COVID-pandemie 10-13
dr. Mathias Van Tornout, dr. Gudrun Bossuyt

Medical Mystery: Semitendinosus frictiesyndroom, quid nunc? 13
dr. Gilles Van Eetvelde, dr. Pieter-Jan Vandekerckhove

Multidisciplinaire aanpak van **overgewicht en obesitas bij kinderen**. Mag het een maatje meer zijn? 14-17
dr. Sylvia Depoorter, dr. Helinton Fonseca de Oliveira Souto

Nieuwe artsen 18

Medical Mystery: Oplossing 19

Educatief programma 20

Copyright © 2021 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.
Contact: dienst Communicatie, communicatie@azsintjan.be

az sint-jan
brugge - oostende av

VOORWOORD

Hans Rigauts

algemeen directeur

Weet je wat bijzonder fel begint te knagen? Het feit dat we nu al meer dan één jaar in onze vrijheid beperkt zijn. Allerlei maatregelen in voortdurend wisselende zwaarte en voortdurend wisselende volgorde maken dat je het noorden kwijtraakt. En ik weet dat ik zelf niet echt mag klagen. We kunnen zoals voorheen aan het werk. Als we thuiskomen, is dit in een relatief ruime omgeving met toch nog een beperkte tuin. Velen zitten al meer dan één jaar thuis, mogelijk op een kleine ruimte met z'n allen samen vanwege thuiswerk, gesloten of deels gesloten scholen of kinderopvang ... met weinig of geen open ruimte en nauwelijks contact met de buitenwereld tenzij via Zoom of Skype.

Van die laatste 'pareltjes' van IT hebben we aan den lijve ondervonden dat virtueel samenkomen en vergaderen absoluut niet vergelijkbaar is met een reële face-to-face meeting. Uit eigen ervaring leer ik dat die technologische parels toch nog moeten rijpen. De uitdaging begint bij het tot stand brengen van de verbinding om dan verder te hopen op een voldoende stabiele beeld- en klankkwaliteit. Je moet er bovendien voortdurend op letten dat je op het juiste moment de microfoon aan- en uitzet. Niet dat we per se iets te verbergen hebben, maar soms heb ik de neiging om toch al een keer binnensmonds te mompelen of eens een diepe zucht te laten. Zuchten verhoogt het zuurstofgehalte en is daarom bijzonder aan te raden, ook op vergaderingen (dit is toch wat ze mij wijsgemaakt hebben en zoals altijd volg ik goede raad graag op). Vervelend wordt het natuurlijk wanneer het gemompel of de diepe zucht via digitale versterkers en luidsprekers uitvergroot bij elke deelnemer terechtkomt. Dus bij een diepe zucht eerst tijdig op het juiste knopje drukken zodat je microfoon uit staat om hem daarna, wanneer je iets zinvols te zeggen hebt (wat me zelden overkomt), weer aan te zetten door terug op het juiste knopje te drukken. Ideaal is zo'n digitale vergadering niet: je mist een directe interactie met je collega's en niet-verbale signalen, maar bovenal mis je het menselijk contact.

Dus ja, we zijn onze isolatie en beperkte vrijheid grondig beu en denken vooral aan hen die helemaal vastgekluisterd zitten en niet de mogelijkheid hebben om toch nog regelmatig naar de werkplek te gaan of anderen te ontmoeten. Er wordt vandaag terecht veel aandacht besteed aan de fysieke impact van het coronavirus, aan het letterlijk ziekmakend aspect, zoals forse ademnood waarbij je in het ernstigste geval ademhalingsondersteuning op intensieve zorgen nodig hebt. En dat is waar wij als zorgverlener voor staan: zorgen dat de patiënt opnieuw herstelt, 'geneest'. Met genezen bedoelen we dan vooral het herstel van de fysiologische functies. De mentale impact van de coronacrisis durven we al eens opzij te schuiven. Uiteraard gaan we in een ziekenhuis in de eerste plaats zo snel als mogelijk ingrijpen op de zichtbare symptomen, maar het zijn vooral die minder zichtbare mentale symptomen die vandaag zwaarder beginnen doorwegen. We ervaren meer en meer lusteloosheid, prikkelbaarheid, effecten van stress, leidend tot depressie en burn-out. Allemaal termen die vlot in de mond genomen worden, maar waarvan de ernst en de draagwijdte sterk worden onderschat. Elk van ons ervaart vandaag ongetwijfeld de zware last van de aanslepende zorg voor corona. We voelen dit in de eerste plaats fysiek, maar er is ook de mentale last. De mentale weerbaarheid en draagkracht komen steeds meer onder druk te staan. Laten we met z'n allen hopen dat de zomer ons meer perspectief geeft op vrijheid, op persoonlijke communicatie en persoonlijke contacten. De IT-parels zoals Skype en Zoom als parels voor de zwijnen kunnen gooien, dat zou pas een opluchting zijn.

Veel leesgenot.

Hans Rigauts
Algemeen directeur

De dienst **Radiotherapie** voert een toekomstgerichte strijd tegen kanker

dr. Sarah Roels en hoofdstralingsfysicus Bert Bakelandt
dienst Radiotherapie, campus Sint-Jan

Campus Sint-Jan huisvest een van de grotere radiotherapiecentra van Vlaanderen. Een uitgebreid team van radiotherapeuten, medisch stralingsdeskundigen, dosimetristen en gespecialiseerde verpleegkundigen zet er de nieuwste bestralingstechnieken in voor de behandeling van oncologische patiënten met een brede waaier aan indicaties.

GROOT RADIOTHERAPIECENTRUM

Met vier lineaire versnellers en een brachytherapietoestel is campus Sint-Jan het grootste radiotherapiecentrum in West-Vlaanderen en behoort het tot de grotere centra van Vlaanderen. Als enige in de provincie biedt de dienst brachytherapie aan voor patiënten met zowel prostaat- als gynaecologische en huidtumoren. In 2019 dienden bijna 1.900 patiënten zich aan voor uitwendige bestraling, zo'n 470 per versneller. Een 60-tal patiënten onderging brachytherapie.
Zo'n 60 à 70 % van de behandelingen heeft een curatieve intentie, de overige 30 à 40 % een palliatieve, gericht op symptoomcontrole. Jaarlijks worden ongeveer 500 patiënten met borstkanker bestraald, 300 met prostaatkanker, 150 met hoofd-halskanker, 130 met gastro-enterologische tumoren, 150 met longkanker en 70 met gynaecologische maligniteiten.

ENORME TECHNOLOGISCHE EVOLUTIE

De laatste twintig jaar is de discipline enorm geëvolueerd. Bestraling gebeurt steeds vaker volgens de nieuwere, complexere technieken zoals volumetrisch of intensiteitsgemoduleerde arc-therapie (VMAT). Eind 2019 zijn ook de stereotactische bestralingen opgestart, in eerste instantie bij longkankerpatiënten en patiënten met kleine kliermetastasen. Deze indicaties verlopen intussen vlot en in 2021 volgt verdere uitbreiding naar bot-, bijnier- en hersenmetastasen.

Hypofractionering en SIB

Hypofractionering, de dosis per bestralingsbeurt verhogen om het aantal sessies en de totale behandelingsduur te kunnen beperken, wint steeds meer terrein. Het verlaagt het aantal verplaatsingen voor de patiënt en laat toe meer patiënten te behandelen per toestel. Voor bepaalde borst- en prostaatbehandelingen daalde het aantal sessies van respectievelijk 33 en 35 naar 20. Dat elke sessie iets langer duurt, weegt - zeker in pandemietijden - niet op tegen drie weken minder lang moeten komen. Enerzijds vanuit de wetenschap dat een zo kort mogelijke *overall treatment time* betere resultaten oplevert voor bepaalde tumoren, zoals spinocellulaire carcinomen, en anderzijds vanuit organisatorische overwegingen, zal de dienst vanaf de zomer daarbovenop de *Simultaneously Integrated Boost* (SIB) uitvoeren. Aan de hand van een complexere planning integreert deze een hogere dosis op bepaalde tumorregio's om de bestralingsbehandeling zo kort mogelijk te houden.

Oppervlaktescanner

De recente evoluties qua positionerings-technieken en monitoring dragen bij tot de

De samenwerking tussen radiotherapeuten, verpleegkundigen en medisch stralingsdeskundigen is essentieel voor een goede werking van de dienst Radiotherapie.

mogelijkheden om gerichter te bestralen en hypofractionering op een veilige manier toe te passen, met dezelfde resultaten voor de patiënt.
De dienst Radiotherapie toonde zich voorloper in de implementatie van de oppervlaktescanner, een laserloos positioneringssysteem. Het systeem omvat twee modules: het biedt de mogelijkheid om de patiënt correct te installeren zonder inktlijnen op de huid en laat ook continue monitoring van de patiënt toe tijdens de bestraling. Terwijl verificatie van de positie tijdens de bestraling vroeger enkel visueel door de verpleegkundige via het beeldscherm kon, detecteert het oppervlaktescanningsysteem nu aan de hand van camera's voortdurend de reflectie van een lichtbron die op de patiënt geprojecteerd wordt. Duidt de reflectie erop dat de patiënt bewoog en niet langer in de juiste positie ligt, dan zal het systeem de bestraling onderbreken. Sinds 2018 is deze monitoringmethode zeer intensief in gebruik en worden nagenoeg alle patiënten zonder inktlijnen gepositioneerd. Patiënten voelden zich door de lijnen vaak gestigmatiseerd, zeker als ze zich op zichtbare plaatsen bevonden, ze vormden vaak een hinderpaal naar hygiëne toe en lokten bij bepaalde patiënten allergische reacties uit. Ook voor indicaties die een immobilisatiemasker vereisen, zal de dienst de nodige oplossingen implementeren om met de oppervlaktescanner te kunnen werken.

De oppervlaktescanner, een laserloos positioneringssysteem, biedt de mogelijkheid om de patiënt correct te installeren zonder inktlijnen op de huid en laat ook continue monitoring van de patiënt toe tijdens de bestraling.

DIBH

De continue monitoring speelt ook een belangrijke rol in de *deep inspiration breath hold* (DIBH)-techniek, die bij linkerborstkankerpatiënten toegepast wordt. Door tijdens de bestraling de adem in te houden, is het mogelijk de stralingsdosis op het hart aanzienlijk te verminderen. Dat verkleint het risico op nevenwerkingen, voornamelijk op langere termijn. De techniek aanleren en afstellen gebeurt tijdens een simulatie; aan de eigenlijke bestraling gaat ook nog een oefensessie op het toestel zelf vooraf. De patiënt volgt de eigen ademhaling via een monitor (bril of tablet), een verpleegkundige begeleidt deze via de intercom en het scanningsysteem stuurt de versneller aan om enkel bij ingehouden adem te bestralen. De dienst kan daarnaast overschakelen op een *free breathing* back-upplan bij patiënten die niet de nodige inspanningen kunnen leveren om de adem diep en lang genoeg in te houden, met een zodanig aangepaste planning dat het hart toch een minimale dosis krijgt.

De recente evoluties qua positioneringstechnieken en continue monitoring dragen bij tot de mogelijkheden om gerichter te bestralen en hypofractionering op een veilige manier toe te passen, met dezelfde resultaten voor de patiënt.

STERK, HOOGGESPECIALISEERD TEAM

Het artsenteam is recent uitgebreid met een zesde geaccrediteerde specialist. Alle stafleden zijn lid van een beroepsvereniging, zowel op nationaal als internationaal niveau. Zo zijn de meesten lid van de European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO). Ze volgen jaarlijks of tweejaarlijks de cursussen die hiervan uitgaan en wonen zeer regelmatig het jaarlijkse congres bij. Ook de zes medische stralingsfysici zijn vaste deelnemers aan congressen, zoals ESTRO en ASTRO, *user meetings* en firma-opleidingen. Twee dosimetristen ondersteunen het team. Voor de begeleiding van de patiënten en de bediening van de toestellen staat een team van een twintigtal gespecialiseerde verpleegkundigen in. Een verpleegkundige en een stralingsdeskundige vervullen samen de functie van kwaliteitsmanager. Zowel intern als via de Vereniging Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (VVRO) krijgt het verpleegkundigenteam regelmatig navorming. Gezien de samenwerking tussen radiotherapeuten, verpleegkundigen en medisch stralingsdeskundigen essentieel is voor een goede werking van de dienst, voorzien het diensthoofd, de hoofdverpleegkundige en de

hoofdstralingsfysicus elke vrijdag een overleg om eventuele pijnpunten en de lopende projecten te bespreken.
De aanwezigheid van een stagemeester biedt de mogelijkheid tot assistentschap en de dienst ontvangt zeer regelmatig stagiairs medische stralingsfysica, medische beeldvorming en verpleegkunde. Vanuit een samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen (Nederland) komen ook hun studenten medische beeldvorming geregeld een aantal maanden meelopen.

UITWISSELBARE TOESTELLEN

Om uitval en bijgevolg langere wachttijden te voorkomen, wordt elk bestralingstoestel één dag per maand onderworpen aan controles en onderhoud door de firma. Daarop volgt meteen dubbelcontrole door de fysici die het toestel opnieuw klinisch in gebruik stellen. Dat de dienst sinds 2007 bewust de keuze maakte voor uitwisselbare toestellen zorgt ervoor dat uitval en onderhoud doorgaans vlot opgevangen worden, zonder al te veel noodherplanning, verlengde shifts of weekendwerk. Er loopt een aanbesteding voor de vervanging van twee lineaire versnellers. Een vijfde gebruiksklare bunker maakt het mogelijk om de plaatsing ervan te organiseren zonder terugschaling van de activiteiten naar drie toestellen en laat op termijn ruimte voor uitbreiding naar vijf toestellen. Voor het brachytherapietoestel staat de investering in nieuwe applicatoren op de planning. Die zullen toelaten om de indicaties voor brachytherapie te verruimen, vooral in gynaecologische en mogelijk ook dermatologische oncologie.

De deep inspiration breath hold (DIBH)-techniek wordt bij linkerborstkankerpatiënten toegepast om de stralingsdosis op het hart aanzienlijk te verminderen. Deze aanleren en afstellen gebeurt tijdens een simulatie.

Brachytherapiebehandelingen voor prostaatkanker worden uitgevoerd op campus Henri Serruys en in het AZ Sint Lucas Brugge. In samenwerking met de urologen vinden deze behandelingen om de zes weken plaats in het AZ Sint-Lucas en indien aangewezen op campus Henri Serruys.

INTRA- EN EXTRAMURALE SAMENWERKINGEN

Samen met de diensten Oncologie en Nucleaire geneeskunde vormt de dienst Radiotherapie één departement. Op Nucleaire geneeskunde gebruiken de radiotherapeuten regelmatig de PET-CT om patiënten in bestralingshouding te scannen en op Radiologie krijgen alle prostaatkankerpatiënten een MRI in bestralingshouding. Naast de simulatie-CT-scan dragen deze bijkomende beeldvormingstechnieken bij tot het beter in kaart brengen van de tumor en zodoende het te bestralen volume exacter te definiëren. Samenwerking met andere diensten gebeurt hoofdzakelijk via de verschillende multidisciplinaire oncologische consulten (MOC's) voor borst-, long-, hoofd-hals- en MKA-kanker, alsook voor gynaecologische, urologische,

Het artsenteam is recent uitgebreid met een zesde geaccrediteerde specialist. V.l.n.r.: dr. Sabine Meersschout, dr. Elke Blyweert, dr. Geertrui Demeestere, dr. Sarah Roels, dr. Martijn Swimberghe en dr. Isabel Hutsebaut.

endocrinologische, neurologische en gastro-enterologische oncologie. Ook op campus Henri Serruys en extramuraal nemen de radiotherapeuten deel aan zowel live als tele-MOC's in onder andere AZ Damiaan, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ West en AZ Zeno. Voor een aantal pathologieën worden patiënten die een bestralingsbehandeling ondergingen - al dan niet gecombineerd met heelkunde - opgevolgd via een gemeenschappelijke oncologische raadpleging. De radiotherapeut en de chirurg controleren hierbij de evolutie van de ziekte en de aanwezigheid van nevenwerkingen. Dat gebeurt wekelijks voor borstkankerpatiënten, waar ze in totaal zo'n 400 patiënten per jaar zien. Om de twee weken is er afwisselend zo'n raadpleging met de neus-, keel- oorartsen (een 350-tal patiënten per jaar), en met de mond-, kaak- en aangezichtchirurgen (jaarlijks een 250-tal patiënten). Op de maandelijkse raadpleging voor gynaecologische tumoren volgt de radiotherapeut samen met de oncologisch chirurg een 100-tal patiënten per jaar op.

Gezien de dienst Radiotherapie - en in het bijzonder de medisch stralingsdeskundigen - zeer sterk afhankelijk is van vlotwerkende software, staat deze in nauw contact met de dienst ICT. Die wordt bijvoorbeeld ook betrokken bij de aankoop van de nieuwe versnellers. Ook met de preventieadviseur, die aan het hoofd staat van de interne dienst Fysische controle, en extern met Controlatom, het controle-orgaan dat van overheidswege instaat voor de driemaandelijkse fysische controle, zijn er nauwe banden.

GOEDE RELATIES

Naast de structurele samenwerkingen, onderhoudt de dienst Radiotherapie goede relaties met zowel de andere West-Vlaamse radiotherapiecentra, voor de uitwisseling van ervaringen, als de universitaire centra, voor doorverwijzing van zeer complexe bestralingen, zoals protonenbehandelingen. In samenwerking met het UZ Gent lopen er momenteel ook diverse studies. Een drietal studies situeert zich op het domein van de urologische oncologie: LONG, STORM en SAFE. De gynaecologische KWALI-studie bevraagt cervixcarcinoompatiënten over seksualiteit na bestraling. Van de Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie (BESTRO) en het College van Geneesheren Radiotherapie gaan ook nationale kwaliteitsbevorderende studies uit: PROCARE voor rectale kanker, PROCAB voor borstkanker en PROCALU voor longkanker.

MULTIDISCIPLINAIRE PATIËNTENONDERSTEUNING

Binnen diverse oncologische zorgprogramma's mogen patiënten dienstoverkoepelend op de ondersteuning van expertverpleegkundigen rekenen. Er zijn twee expertverpleegkundigen voor digestieve oncologie, twee voor borstkanker, één voor gynaecologische oncologie en één voor hoofd-halskanker. Zij volgen de patiënt doorheen het volledige zorgtraject, vormen een zeer toegankelijk aanspreekpunt, bieden emotionele en praktische ondersteuning en kunnen heel wat vragen beantwoorden of waar nodig correct doorverwijzen. In de geplande verbouwingen is voor hen meer ruimte voorzien, met een gezamenlijk eilandbureau en eigen consultatieruimtes. Vanuit de dienst Klinische psychologie bieden drie oncologische psychologen ondersteuning. Een van hen is bovendien seksuoloog, een belangrijke meerwaarde in de opvolging van patiëntes die behandeld werden voor een gynaecologische tumor. Verder zijn er nog twee sociaal medewerkers en twee diëtisten vast verbonden aan de dienst. Aan de hand van nieuwe beeldschermen in de wachtzaal wil de dienst de communicatie naar patiënten toe versterken. Een patiëntentevredenheidsenquête, die ook digitaal beschikbaar is, maakt deel uit van de zorgverlening. De voorbije twee jaar is de dienst Radiotherapie trouwens overgeschakeld op een zo goed als papierloos, digitaal workflowsysteem. De opeenvolgende schakels om een bestralingsbehandeling tot een goed einde te brengen, zitten daarin vervat. Ze zijn dusdanig gekoppeld dat elke taak afgewerkt en goedgekeurd moet worden voor de volgende kan aangevat worden: vanaf de inschrijving van de patiënt, over de goedkeuring van het bestralingsplan tot het maken van een eindbrief na afloop van de bestralingsbehandeling.

VEEL AANDACHT VOOR KWALITEITSCONTROLE

Om radiobiologische redenen starten behandelingen meestal in het begin van de week. Zeker voor de complexere behandelingsplannen, zoals VMAT en stereotaxie, gebeurt voorafgaand nog een volledige kwaliteitscontrole van het bestralingsplan. De eerste sessies duren meestal iets langer omdat er onder toezicht van een fysicus of een radiotherapeut extra aandacht uitgaat naar een correcte patiëntenpositionering.

Binnen het kwaliteitsbeleid voorziet een opvolgingsprocedure in een regelmatige herziening van elk bestralingsprotocol. Het kwaliteitsoverleg besteedt ook veel aandacht aan rapportering van (potentiële) incidenten en dit volgens een laagdrempelig '*no shame, no blame*'-principe. Aan de hand van deze meldingen worden acties uitgewerkt om het risico op deze incidenten te beperken. Daaruit volgde bijvoorbeeld optimalisatie van de coördinatie en communicatie tussen de secretariaatsmedewerkers en verpleegkundigen. De verbouwingen, die een veel centralere locatie toekennen aan het secretariaat, tussen de consultatie- en de bestralingsruimtes in, zullen hier zeker verder toe bijdragen.

AUTEURS

dr. Sarah Roels
dienst Radiotherapie, campus Sint-Jan

Hoofdstralingsfysicus Bert Bakelandt
dienst Radiotherapie, campus Sint-Jan

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

Hartactiviteiten geconsolideerd in gloednieuwe **interventioneel-chirurgische cardiale eenheid**

dr. Marc Schepens // *dienst Hartheelkunde, campus Sint-Jan*
dr. Jan Van der Heyden // *dienst Cardiologie, campus Sint-Jan*

Wereldwijd groeien de disciplines cardiologie en cardiochirurgie steeds dichter naar elkaar toe. Geheel in lijn met de Europese adviezen heeft dit op campus Sint-Jan geleid tot een bundeling van expertise en de uitkristallisering van een steeds hechtere samenwerking tussen de diensten Cardiologie en Hartheelkunde.

FYSIEK DICHTER BIJ ELKAAR

Al iets meer dan vijf jaar vinden cardiologen en hartchirurgen elkaar een twee- à drietal keer per week in het Hartteam. Voor de complexere casussen van zowel de eigen campus als verwijzende ziekenhuizen stippelen ze er samen het beste traject voor elke individuele patiënt uit. De grenzen tussen zuiver percutane en volledig open ingrepen vervagen: de steeds sterkere tendens naar minimaal invasieve ingrepen manifesteert zich ook binnen de hartheelkunde en de aanwezigheid van een hartchirurg vormt bij bepaalde cardiologische ingrepen ontegensprekelijk een meerwaarde. Dat de twee operatiezalen van de hartchirurgen in het operatiekwartier aan vernieuwing toe waren, bood de ideale gelegenheid om na de poliklinieken ook de interventieruimtes van beide diensten fysiek dichter bij elkaar te brengen en alle hartactiviteiten te consolideren in een gloednieuwe cardio-unit. De nieuwe interventioneel-chirurgische cardiale eenheid sluit aan op het bestaande cathlab op de eerste verdieping van campus Sint-Jan, dat zelf trouwens ook aan verdere uitbreiding toe was.

ZEVEN ZALEN VOL INNOVATIE

Tot eind 2020 bestond het cathlab uit twee coronarografiezalen, bestemd voor de coronaire interventies, twee elektrofysiologie (EFO)-zalen, voor diagnose en behandeling van hartritmestoornissen, en een afdrukruimte, waar patiënten voorafgaand aan de ingreep worden ondergebracht en na afloop nog even onder toezicht staan. Daar zijn nu een tweede afdrukruimte en een hybride zaal aan toegevoegd. Deze laatste leent zich naast de structurele cardiologie, zoals TAVI's, MitraClips, PFO-sluitingen, ASD-sluitingen en linkerhartoorsluitingen, tot EFO en kan bovendien als volwaardige cardiochirurgische operatiekamer dienstdoen. Daarnaast zijn er twee gloednieuwe, spatieuze hartoperatiezalen

Na een coronarografie-onderzoek overlegt dr. Jan Van der Heyden met een fellow terwijl de patiënt op de onderzoekstafel bewaakt wordt door een verpleegkundige.

Een blik op de nieuwe operatiezaal waar een klassieke hartoperatie plaatsvindt.

Ablatie van een atriale fibrillatie in een van de twee 'dedicated' elektrofysiologiezalen.

met een centrale opdekruimte, een recoveryruimte, heel wat bergruimte en nieuwe personeelslokalen bijgekomen. Daarmee beschikt campus Sint-Jan over een van de grootste cardiale behandeleenheden in België: zeven zalen, uitgerust met de nieuwste technologie.

VOORTOUW NEMEN IN HARTPATIËNTENZORG

De nieuwe infrastructuur leent zich perfect tot een hechtere samenwerking en versterking van het wederzijds vertrouwen tussen de cardiologische en cardiochirurgische teams. Ook de band tussen het cardiologieteam en de cardio-anesthesisten en cardio-anesthesieverpleegkundigen zal er ongetwijfeld wel bij varen. Dat alles vanzelfsprekend in het voordeel van de patiënt. De ruimtelijke uitbreiding sluit bovendien mooi aan bij de groeiambities van beide diensten en opent nieuwe mogelijkheden om het voortouw te blijven nemen in hartpatiëntenzorg.

Overzichtsbeeld van de nieuwe hybride zaal. De twee beeldschermen aan beide kanten van de zaal laten toe om op een vlotte manier van de ene procedure, bijvoorbeeld een TAVI, over te schakelen naar een andere, zoals een complexe pacemakerimplantatie, zonder dat er een volledige herschikking van de zaal nodig is.

AUTEURS

dr. Marc Schepens
dienst Hartheelkunde, campus Sint-Jan

dr. Jan Van der Heyden
dienst Cardiologie, campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Locoregionale anesthesie: een bondgenoot in de strijd tegen pijn én de COVID-pandemie

dr. Mathias Van Tornout // *departement Anesthesie-Reanimatie, campus Sint-Jan*
dr. Gudrun Bossuyt // *departement Anesthesie-Reanimatie, campus Sint-Jan*

De meest doeltreffende manier van pijnstilling is de onderbreking van het pijnsignaal op weg van het letsel naar de somatosensorische cortex. Binnen locoregionale anesthesie valt een onderscheid te maken tussen anesthetische en analgetische blocks. Tijdens deze COVID-pandemie zijn de anesthetische blocks bijzonder interessant gezien zij luchtwegmanipulatie tot een minimum kunnen beperken.

PIJNSIGNAAL ONDERBREKEN

Onder locoregionale anesthesie verstaat men het volledig gevoelloos maken van cutane en musculoskeletale zones van het lichaam, door doelgerichte injectie van een lokaal anestheticum rond één of meerdere zenuwen, op een welomschreven plaats. Lokale anesthetica inhiberen de voortgeleiding van het actiepotentiaal in zenuwen door de blokkering van voltagegevoelige natriumkanalen. Binnen de locoregionale technieken (locoregionale blocks) valt onderscheid te maken tussen anesthetische en analgetische blocks. Anesthetische blocks kunnen het chirurgische gebied volledig verdoven zodat in principe geen bijkomende algemene verdoving nodig is en de patiënt vele uren postoperatief gespaard blijft van pijn. Analgetische blocks kunnen an sich geen complete chirurgische anesthesie bieden, maar verdoven een belangrijk deel van de operatiezone en vormen een centraal onderdeel in een multimodaal perioperatief pijnbeleid, waarin klassieke analgetica een belangrijke complementaire rol spelen. Op deze manier kunnen locoregionale blocks de verblijfsduur op de ontwaakzaal en, in geval van dagchirurgie, zelfs de hospitalisatieduur verkorten. Anesthetische blocks zijn de gouden standaard voor postoperatieve pijnstilling en zijn bijzonder interessant tijdens deze COVID-pandemie, gezien zij luchtwegmanipulatie, een hoogrisicoprocedure voor besmetting van zorgverleners door druppeltjes en aerosols, tot een minimum kunnen beperken. De patiënt (bewezen SARS-Cov-2-positief of vals-negatief) kan gedurende de volledige procedure het mondmasker ophouden.

INDICATIES EN AANDACHTSPUNTEN VAN DE MEEST COURANTE LOCOREGIONALE BLOCKS

Locoregionale technieken bieden een meerwaarde in het anesthesiologische beleid van vele chirurgische disciplines (inclusief technieken voor verdoving van de thoraco-abdominale wand), maar worden het meest courant toegepast in heelkunde van het bovenste en onderste lidmaat. De cervicothoracale en lumbosacrale spinale zenuwen die de bovenste en onderste extremiteit bezenuwen, vormen eerst zenuwvlechten of plexi op afstand van het ruggenmerg, van waaruit dan samengestelde sensorimotorische zenuwen ontspringen. De plexus brachialis en lumbosacralis en hun vertakkingen voor respectievelijk arm

en been, vormen interessante doelwitten voor locoregionale anesthesie.

BOVENSTE LIDMAAT

Intermediair Plexus Cervicalis Block + Truncus Superior Block
Het intermediair plexus cervicalis block wordt vaak aangewend in combinatie met een truncus superior block voor analgesie na heelkundig herstel van een claviculafractuur.

Interscalenus Block (ISB)
Dit block levert de beste analgesie voor open of artroscopische schouderchirurgie en heelkunde van de proximale humerus. De nervus phrenicus bezenuwt het diafragma en loopt in de buurt van de interscaleengroeve waar de plexus brachialis wordt verdoofd. Zelfs bij beperking van de volumes lokaal anestheticum raakt de nervus phrenicus vaak mee verdoofd, wat kan leiden tot hemidiafragmaparese. Dit geeft doorgaans geen respiratoire weerslag, maar kan problematisch zijn bij de pulmonaal belaste patiënt. Een ISB kan een voorbijgaand syndroom van Horner (ipsilateraal afhangend bovenste ooglid en miosis) veroorzaken door spreiding van lokaal anestheticum naar het ganglion stellatum, alsook tijdelijke heesheid door spreiding van lokaal anestheticum naar de nervus laryngeus recurrens. Dit zijn logisch te verklaren nevenwerkingen en geen complicaties.

Supraclaviculair Block
Dit block levert anesthesie voor chirurgie van het bovenste lidmaat van bovenarm tot hand, met uitzondering van het mediale deel van de bovenarm en de oksel. Het wordt courant gebruikt bij orthopedische chirurgie van bovenarm, elleboog, pols of hand en de aanleg van arterioveneuze (AV-) fistels ter hoogte van elleboog of distale voorarm. Er is een hogere slaagkans na aanleg van een AV-fistel indien dit gebeurde onder locoregionale anesthesie.[1] In principe kan dit block ook aangewend worden voor analgesie bij schouderchirurgie, met een iets lager risico op hemidiafragmaparese bij de respiratoir belaste patiënt. Tijdens de punctie komt de naald in de buurt van de pleura. Pneumothorax is een zeldzame complicatie bij een ervaren locoregionalist. Een tijdelijk syndroom van Horner en voorbijgaande heesheid kunnen ook hier voorkomen.

Infraclaviculair Block
De chirurgische indicaties zijn dezelfde als voor het supraclaviculair block. De keuze tussen een supra- of infraclaviculair block hangt voornamelijk af van de persoonlijke voorkeur van de anesthesist. Elk block heeft namelijk zijn specifieke aandachtspunten. Gezien de geviseerde zenuwen op het infraclaviculaire niveau bedekt zijn door de musculus pectoralis major en minor en de aanprikhoek steil is door aanwezigheid van de clavicula, is dit een block voor de ervaren locoregionalist, vanwege de vaak moeilijke echografische visualisatie van de naald, zeker bij de obese of gespierde patiënt. Een perineurale katheter kan uitstekend gefixeerd worden in de dikke spierlaag waar doorheen dient geprikt te worden, wat dit block uitermate geschikt maakt voor verlengde analgesie van het bovenste lidmaat door middel van een pijnpomp.

Axillair Block
Het axillair block biedt anesthesie voor chirurgie onder de elleboog (orthopedische ingrepen van voorarm, pols of hand en aanleg van een AV-fistel ter hoogte van de voorarm). De indicaties voor dit block overlappen deels met die van een supra- of infraclaviculair block. Een axillair block leidt daarentegen niet tot een motorisch block van de schoudergordelspieren, waardoor de patiënt volledige motorische controle behoudt over het schoudergewricht.

Polsblock
Het polsblock biedt anesthesie voor minder uitgebreide chirurgie van de hand (bijvoorbeeld *carpal tunnel release*, springvingerrelease ...). De operatietijd dient kort (best < 30 minuten) te zijn indien gebruikgemaakt wordt van een bovenarmknelband, gezien anders ischemische 'garrotpijn' optreedt. In geval van langere operatieduur gaat de keuze best uit naar een supra- of infraclaviculair block (met dekking van de bovenarm) indien men een algemene verdoving wenst te vermijden. Het motorische block blijft beperkt tot de intrinsieke musculatuur van de handen. Gezien de hand postoperatief toch meestal gegipst of gespalkt wordt, is de functionele weerslag van dit block voor de patiënt zeer beperkt.

ONDERSTE LIDMAAT

Anesthetische blocks leveren excellente postoperatieve pijnstilling, maar gaan altijd gepaard met een belangrijk motorisch block van variabele duur. Het merendeel van de geviseerde perifere zenuwen zijn namelijk gemengde, sensorimotorische zenuwen. In tegenstelling tot bovenstelidmaatchirurgie, heeft dit bij chirurgie van het onderste lidmaat, naast impact op actieve gewrichtsmobilisatie, tevens impact op het gaan en staan van de patiënt. Vaak zijn locoregionale technieken die de patiënt veel postoperatieve pijn kunnen besparen mogelijk, maar niet

DOWNLOAD GRATIS!

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

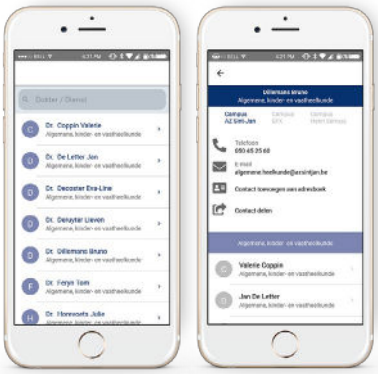
✔ Meer dan 350 telefoonnummers binnen handbereik

✔ 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

zonder meer aangewezen, gezien zij snelle postoperatieve mobilisatie kunnen vertragen. Daarentegen leidt gebrekkige postoperatieve pijnstilling tot antalgische immobilisatie. Indicatiestelling van locoregionale anesthesie in communicatie met de chirurg is hier dus erg belangrijk in het streven naar een goed evenwicht tussen voldoende analgesie en beperking van een motorisch block om pijnloos en snel te kunnen mobiliseren.

Fascia Iliaca Compartment Block (FICB)
Dit block kan postoperatieve analgesie bieden na chirurgie van heup, dij en knie. Voor prothesechirurgie van de heup wordt, afhankelijk van noodzaak en/of mogelijkheid tot snelle mobilisatie, een korter of langer werkend lokaal anestheticum gebruikt. Bij complexere revisionele knieprothesechirurgie kan in samenspraak met de chirurg eveneens geopteerd worden voor een FICB in plaats van een meer distaal, motorsparend block (zie verder). Voor acetabulaire osteotomieën, diafysaire femurfracturen of traumata van de knie waar snelle steunname niet aan de orde is, is een langer werkend FICB een betrouwbare techniek voor postoperatieve pijnstilling.[2]

Een dankbare toepassing van dit block is analgesie voor de patiënt met een traumatische heupfractuur voorafgaand aan positionering in zijlig voor spinale anesthesie. Eventuele tractie ter stabilisatie van de fractuur kan gewoon ter plaatste blijven tijdens de uitvoering van het block. Op deze manier kan intraveneuze analgesie/sedatie beperkt worden en zo waarschijnlijk ook postoperatief delier, een courante complicatie in deze vaak bejaarde patiëntenpopulatie. Eens de spinale verdoving uitgewerkt is, werkt het FICB nog langer na.

Proximaal Trigonum Femorale Block
Het bovenbeschreven FICB verdooft onder meer de nervus femoralis, wat een partieel motorisch block van de anterieure musculatuur van de dij kan veroorzaken. Wat meer distaal in het bovenbeen kunnen de vertakkingen van de nervus femoralis meer selectief worden verdoofd. Het proximaal trigonum femorale block wordt systematisch toegepast voor analgesie bij totale en (mediale) unicondylaire knieprothesechirurgie, kruisbandreconstructie en ligamentaire of osseuse chirurgie ter hoogte van de mediale zijde van de knie. Deze techniek dekt de zone van chirurgische incisie én het anteromediale kniegewricht, met slechts een zeer beperkt motorisch block van de vastus medialis van de quadriceps, wat vroegtijdige postoperatieve mobilisatie niet belemmert.

Noot
De sensorische bezenuwing van het posterieure kniegewrichtskapsel wordt geleverd door de popliteale plexus (gevormd vanuit de plexus sacralis), die buiten het bereik van het proximaal trigonum femorale block valt. De popliteale plexus kan (zonder optreden van een motorisch block) worden verdoofd door onder echografische visualisatie een volume lokaal anestheticum in te spuiten tussen de arteria poplitea en het posterieure gewrichtskapsel van de knie op niveau van het distale femur (*Infiltration of local anesthetic between the Popliteal Artery and Capsule of the Knee*; IPACK block). Het equivalent hiervan is *Local Infiltration Analgesia* (LIA) door lokale chirurgische infiltratie van een mengsel van verdund lokaal anestheticum en adrenaline in het posterieure gewrichtskapsel, alvorens de artrotomie na implantatie van de prothese te sluiten.[3]

Popliteaal Block
Een popliteaal block levert anesthesie voor chirurgie van het onderbeen onder het niveau van de knie. Voorbeelden zijn electieve orthopedische ingrepen zoals corrigerende tibiale osteotomieën, hallux valguschirurgie of achillespeesplastie, maar eveneens chirurgie voor trauma van tibia, fibula, enkel en voet. Voor ingrepen ter hoogte van de mediale zijde van onderbeen en voet (innervatiegebied van de nervus saphenus, plexus lumbalis) wordt best bijkomend een trigonum femorale block geprikt. Gezien orthopedische ingrepen aan onderbeen of voet vaak gebeuren onder bloedleegte door middel van een bovenbeenknelband wordt dit block vaak gecombineerd met een algemene of spinale anesthesie om de patiënt vervelende ischemische musculaire bovenbeenpijn te besparen. Bij kortere ingrepen van minder dan 30 à 45 minuten kan dit met een lichtere sedatie en/of een bijkomend FICB (in plaats van een trigonum femorale block) om de anterieure musculatuur van het bovenbeen te verdoven.

Een popliteaal block wordt ook vaak aangewend voor anesthesie bij vasculaire ingrepen van onderbeen en voet, zoals wonddebridement van trofische letsels en amputaties van teen tot onderbeen. In geval van een onderbeenamputatie wordt het

	Geviseerde zenuwen	Techniek	Verspreiding van het block
Intermediair Plexus Cervicalis Block	Nervus occipitalis minor (C2,C3), nervus auricularis magnus (C2, C3), nervus transversus colli (C2, C3) en nervi supraclaviculares (C3, C4).		
Truncus Superior Block	Rami ventrales van cervicale spinale zenuwen C5 en C6 (vormen onder andere nervus suprascapularis, nervus subclavius, nervus pectoralis lateralis, belangrijk in de bezenuwing van de clavicula).		
Inter-scalenus Block	Rami ventrales van spinale zenuwen C5 tot en met C7.		
Supra-claviculair Block	Truncus superior, medius en inferior van plexus brachialis.		
Infra-claviculair Block	Fasciculus lateralis, posterior en medialis van plexus brachialis.		

	Geviseerde zenuwen	Techniek	Verspreiding van het block
Axillair Block	Nervus medianus, ulnaris, radialis en musculocutaneus.		
Polsblock	Nervus medianus, ramus superficialis nervi radialis, nervus ulnaris, palmaire takken van de nervus medianus en ulnaris, distale takken van de nervus cutaneus antebrachii lateralis en medialis.		
Fascia Iliaca Compart-ment Block	Nervus cutaneus femoris lateralis, nervus femoralis, nervus obturatorius.		
(Extended) Proximaal Trigonum Femorale Block	Nervus saphenus, rami cutanei anteriores et mediales nervi femoralis, nervus vasti medialis.		
Popliteaal Block	Nervus tibialis, nervus peroneus communis.		

tekeningen door dr. Mathias Van Tornout

popliteaal block best gecombineerd met een FICB, omdat de cutane innervatie van het anteromediale, proximale onderbeen deels vanuit de plexus lumbalis wordt voorzien. In geval van onderbeenamputatie of ernstig onderbeen- of voettrauma met nood aan revisiechirurgie is het mogelijk om een perineurale katheter achter te laten ter verlenging van het popliteaal block door middel van een pijnpomp.

Het vervolg op dit artikel gaat in een volgend azlink-nummer dieper in op de standaardaanpak van en veiligheidsmaatregelen bij locoregionale anesthesie.

AUTEURS

dr. Mathias Van Tornout
departement Anesthesie-Reanimatie, campus Sint-Jan

dr. Gudrun Bossuyt
departement Anesthesie-Reanimatie, campus Sint-Jan

REFERENTIES

1. Clancy M et al. Effect of regional versus local anaesthesia on outcome after arteriovenous fistula creation : a randomised controlled trial. The Lancet 2016 ;388 :1067-1074.
2. Desmet et al. A Longitudinal Supra-Inguinal Fascia Iliaca Compartment Block Reduces Morphine Consumption After Total Hip Arthroplasty. Reg Anesth Pain Med 2017;42(3):327-333.
3. Vichainarong C et al. Analgesic efficacy of infiltration between the popliteal artery and capsule of the knee (iPACK) block added to local infiltration analgesia and continuous adductor canal block after total knee arthroplasty: a randomized clinical trial. Reg Anesth Pain Med 2020;45:872-879.

Meer info beschikbaar in de azlink-app

MEDICAL **MYSTERY** Case

Semitendinosus frictiesyndroom, quid nunc?

Al zes maanden heeft een intensief sporter last van posteriomediale kniepijn, vooral na het lopen en het fietsen. Omdat eerdere behandelingen weinig of niks uithaalden, wil hij graag een tweede opinie.

Een man van 32 jaar komt op de consultatie Orthopedie voor een second opinion in het kader van posteriomediale kniepijn. De klachten zijn al een zestal maanden aanwezig en komen vooral op na intensief lopen en na fietsen. Bij verdere navraag zou er een mineur trauma opgelopen zijn ter hoogte van de mediale zijde van zijn knie.

Deze man is een fervent sporter en doet aan triatlon. Qua relevante voorgeschiedenis is het vermeldenswaardig dat hij drie jaar geleden reeds een iliotibiale band release onderging.

De patiënt werd in het verleden behandeld met intra-articulaire infiltraties wegens vermoeden van mediaalcompartimentlijden (meniscaal). Hij kreeg ook kinesitherapie en lokale infiltraties in het kader van overbelasting en inflammatie ter hoogte van de mediale gastrocnemius. Voorgaande radiografie en begeleidende echografie waren hiervoor suggestief. Beide types behandeling gaven evenwel geen enkele of slechts minimale beterschap.

Op de consultatie blijkt het intra-articulair onderzoek van de knie bij deze man relatief normaal: er is een *full range of motion*, meniscale testen zijn negatief, er is geen reactieve hydrops en de knie is stabiel. Wel opmerkelijk is dat er posteromediaal een 5- à 10-tal centimeter boven het kniegewricht duidelijk last aanwezig is, met een electieve drukpijnlijkheid. Lokale zwelling is afwezig.

Abductie van de heup is licht gevoelig, met een uitstraling naar de hamstrings toe. Het intra-articulair onderzoek van de heup is rustig.

Als bijkomend onderzoek wordt een optimalisatie van de beeldvorming (MRI) gevraagd, met een klinisch vermoeden van een extra-articulair probleem.

MEER INFORMATIE:

dr. Gilles Van Eetvelde
dienst Orthopedie campus Sint-Jan

dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dienst Orthopedie campus Sint-Jan

Oplossing? Zie pagina 19

Multidisciplinaire aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. **Mag het een maatje meer zijn?**

dr. Sylvia Depoorter // *dienst Kindergeneeskunde – kinderendocrinologie, campus Sint-Jan*
dr. Helinton Fonseca de Oliveira Souto // *dienst Fysische geneeskunde en revalidatie, campus Sint-Jan*

Over heel Europa stijgen de cijfers van obesitas bij kinderen. Het kinderobesitasteam op campus Sint-Jan verenigt de kinderarts, kinderrevalidatie-arts, kinesitherapeut, ergotherapeut, diëtist, sociaal werker en psycholoog. Ze hanteren een multidisciplinaire, evenwichtige aanpak om te vermijden dat de balans nog verder doorslaat.

STIJGING OBESITAS BIJ KINDEREN

Ongeveer 1 op de 5 Europese kinderen en adolescenten hebben overgewicht. Daarvan lijdt 1 op de 3 aan obesitas.[1] Voor België is dezelfde trend te zien: 20 % van de Belgische jongeren tussen 2 en 17 jaar heeft overgewicht en 7 % heeft obesitas.[2] De laatste jaren blijken overgewicht en obesitas op jongere leeftijd op te treden; ook de Body Mass Index (BMI) bij aanvang is hoger. Een jaar na de start van de COVID-19-lockdown is merkbaar dat de kinderen bij presentatie zwaarder zijn en dat de hulpvraag naar begeleiding later komt.

Obesitas bij kinderen wordt in verband gebracht met een grotere kans op vroegtijdig overlijden en invaliditeit op volwassen leeftijd. Kinderen met overgewicht en obesitas hebben een grotere kans om zwaarlijvig te blijven tot in de volwassenheid en dus een hoger risico op de ontwikkeling van comorbiditeiten op jongere leeftijd, met verminderde levensverwachting als gevolg.

ETIOLOGIE OBESITAS: ZOVEEL MEER DAN ETEN ALLEEN

De oorzaak van overgewicht is multifactorieel. De recente toename van obesitas valt niet te verklaren door veranderingen in het erfelijk materiaal, daar het DNA van de mens de afgelopen tienduizend jaren nagenoeg identiek bleef. De belangrijkste oorzaken zijn veranderingen in omgevings- en individuele gedragsfactoren (stress, slaap, psychosociale factoren) die leiden tot een verstoorde energiebalans. De obesogene omgeving, die een sedentaire levensstijl (onder andere verhoogd schermgebruik) combineert met hoogenergetische en micronutriëntarme voeding, bevordert het ontstaan van overgewicht. In minder dan 3 % van de gevallen veroorzaakt een onderliggende medische aandoening obesitas, bijvoorbeeld endocrinologisch of stoornissen in de eetlustregulatie. Dan gaat het om een secundaire vorm van obesitas.

PRIMAIRE OBESITAS
Multifactorieel: - Energieverbruik (genetische variabiliteit) - Omgevingsfactoren: voedselinname en fysieke activiteiten

Team	
dr. Sylvia Depoorter	Kinderarts - kinderendocrinoloog
dr. Helinton Fonseca de Oliveira Souto	Kinderrevalidatie-arts
Lore Vander Plaetse	Kinesitherapeut
Femke Hoorelbeke	Ergotherapeut
Sofie Van Thienen en Irene Dejonghe	Diëtisten
Eva Van Kerkhove, Lies Vanden Bergh en Tineke Delvaux	Klinisch psychologen
Laura Beyne	Sociaal werker

De opzet van de oppuntstelling, behandeling en begeleiding van kinderen met overgewicht is een progressieve en aanvaardbare gewichtsdaling verkrijgen of tenminste een gewichtsstabilisatie.

SECUNDAIRE OBESITAS (weinig frequent)

1. Monogenetische vormen van obesitas (jong ontstaan van diabetes in combinatie met hyperphagie):
   - POMC
   - MC4R-mutatie
   - Leptinedeficiëntie
2. Genetische syndromen:
   - Prader-Willi
   - Bardet-Biedl (vertraagde ontwikkeling, polydactilie)
   - Cohen
3. Hormonaal:
   - Hypothyroïdie
   - Cushing
   - Hypothalame dysfunctie (bijvoorbeeld verworven na radiotherapie)

Obesitas wordt op verschillende niveaus getriggerd. De nutritionele status van de moeder voor en tijdens de zwangerschap en aanwezigheid van zwangerschapsdiabetes spelen hier een belangrijke rol. Ook het geboortegewicht kan een risicofactor zijn: zowel macrosoom geboren kinderen als dysmature kinderen met snelle gewichtstoename na de geboorte. Tussen de leeftijd van 5 en 6 jaar daalt de hoeveelheid lichaamsvet tot een minimum om daarna weer te stijgen naar volwassenheid toe. Dit dieptepunt wordt de *adiposity rebound* genoemd. Een verschuiving van de *adiposity rebound* naar jongere leeftijd is geassocieerd met een groter risico op obesitas op volwassen leeftijd.

DIAGNOSTIEK

Obesitas definiëren, gebeurt door berekening van de BMI: de verhouding tussen het gewicht (kg) en de lengte (m) in het kwadraat. Kinderen zijn in volle groei en het gewicht evolueert continu, daardoor is de BMI niet stabiel. Bij kinderen wordt dus de BMI-curve gebruikt. Bij volwassenen (of jongvolwassenen vanaf 18 jaar) wordt een BMI van 25 of meer beschouwd als 'overgewicht', en een BMI vanaf 30 als 'zwaarlijvig' (obesitas) (WGO criteria). Voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar zijn de normen afhankelijk van de leeftijd: de percentiele lijnen die op 18-jarige leeftijd de BMI-waarden 25 en 30 kruisen worden vooropgesteld als leeftijdsspecifieke grenswaarden voor overgewicht respectievelijk zwaarlijvigheid. Een BMI in de grijze zone bovenaan wijst op overgewicht. Kinderen met een BMI boven deze zone dienen als zwaarlijvig (obees) beschouwd te worden. Ook de etniciteit, de lichaamsbouw, de puberteit en de vetverdeling zijn belangrijk om een idee te krijgen van de mate van overgewicht en het risico op complicaties op lange termijn.

Kinderen en adolescenten met obesitas blijken vijfmaal meer risico te hebben op een lage levenskwaliteit. Bij jonge kinderen zal obesitas initieel vooral een bron van onbehagen zijn in vergelijking met andere kinderen en tot sociale discriminatie en pestgedrag leiden. Door de maatschappij worden ze ook nog steeds gestigmatiseerd. Zowel kinderen als ouders krijgen de boodschap dat het hun eigen schuld is en dat ze maar minder moeten eten en snoepen.

Naarmate het kind ouder wordt, leidt overgewicht frequent tot een laag zelfbeeld en laag zelfvertrouwen. Het heeft moeite om een plaats binnen de maatschappij op te eisen en wordt meer en meer geconfronteerd met ongemakken. Er ontstaan orthopedische problemen en de fysieke fitheid daalt. De weerslag op het psychologische welbevinden kan niet gemaskeerd worden.

Een belangrijk gevolg op langere termijn en een bekommernis van de kinderarts is het verhoogd risico dat een obees kind uitgroeit tot een obese volwassene.

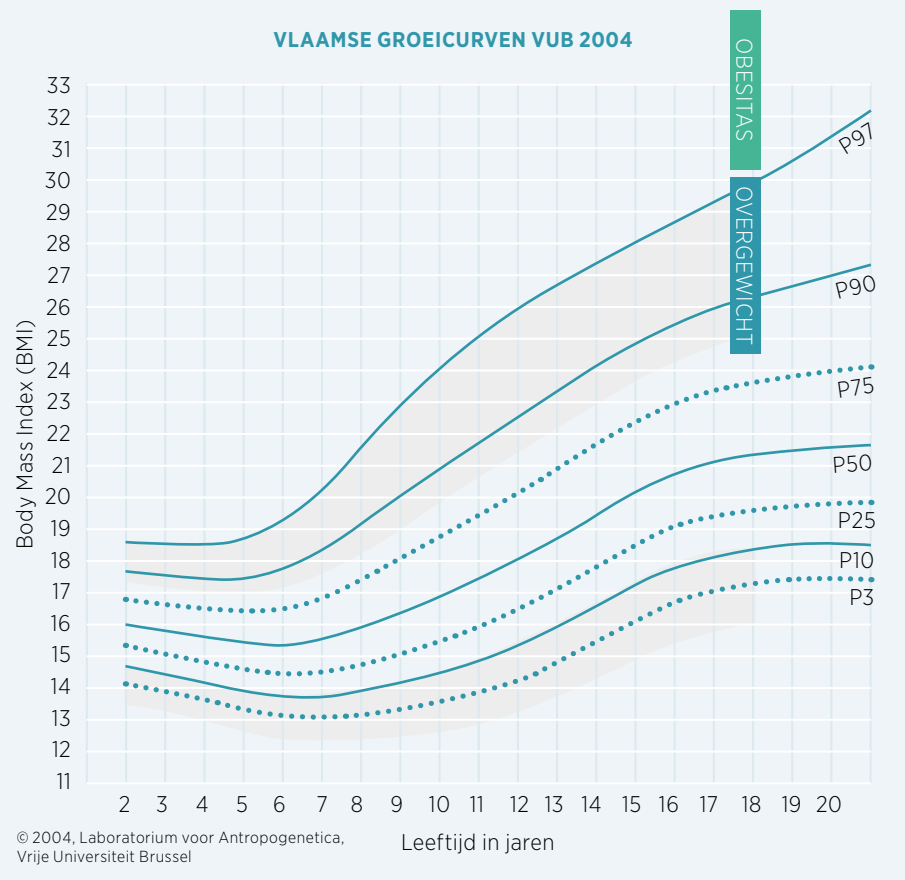
EEN EVENWICHTIGE AANPAK

De opzet van de oppuntstelling, behandeling en begeleiding van kinderen met overgewicht is een progressieve en aanvaardbare gewichtsdaling verkrijgen of tenminste een gewichtsstabilisatie. Door het kind of de adolescent te begeleiden bij een regelmatiger en gezonder eetpatroon in combinatie met meer lichaamsbeweging, en door de nodige ondersteuning en opvolging te bieden, wil het team hen laten uitgroeien tot volwassenen die kiezen voor een gezonde levensstijl. De behandeling combineert verschillende disciplines: kinderarts, kinderrevalidatie-arts, diëtist, kinesist, ergotherapeut en psycholoog.

DE KINDERARTS

Het kind met overgewicht op consultatie

De kinderarts verricht een zorgvuldige persoonlijke en familiale anamnese met aandacht voor de medische voorgeschiedenis. Aansluitend voert deze een uitgebreid lichamelijk onderzoek uit. Kinderen en jongeren die zich presenteren op de consultatie kindergeneeskunde krijgen de kans deel te nemen aan de obesitas-opnameplanning. Deze opname is erop gericht om in een zo kort mogelijke periode een inschatting te maken van de oorzaken en gevolgen van het overgewicht, secundaire vormen van obesitas uit te sluiten en comorbiditeiten op te sporen.



COMORBIDITEITEN

- Insulineresistentie, GGT of DM2*
- Hypertensie
- Dyslipidemie
- PCOS* en hyperandrogenisme
- Metabool syndroom
- Leversteatose en NAFLD*
- OSAS* en hypoventilatie
- Vitamine D-deficiëntie
- Psychosociale problematiek en psychiatrische stoornissen
- Plasproblemen (voornamelijk incontinentia diurna)
- Statiekafwijkingen
- Gedaalde fitheid en verminderd fysiek prestatievermogen

* GGT: gestoorde glucosetolerantie - DM2: diabetes type 2 - NAFLD: non-alcoholic fatty liver disease - PCOS: polycysteus ovariumsyndroom - OSAS: obstructief slaapapneusyndroom

Kinderen en adolescenten met obesitas blijken 5 x meer risico te hebben op een lage levenskwaliteit.

Voorstel tot korte hospitalisatie

Tijdens een viertal opnamedagen worden de groeicurven gereproduceerd en de gewichts- en lengte-evolutie van de afgelopen jaren bekeken. Er gebeurt een basisbloedname en hormonaal bilan, bloedbeeld, ionogram, lever- en nierfunctie, vitamine D-status en lipidenprofiel worden gecontroleerd. Afhankelijk van het familiaal voorkomen van diabetes type 2 is aansluitend hierop een orale glucosetolerantietest mogelijk. Een RX van de hand bepaalt de botleeftijd of biologische leeftijd. De echo abdomen spoort leversteatose op. Er wordt natuurlijk niet alleen op basis van een biochemisch profiel geoordeeld. Het kind wordt in detail bekeken op alle vlakken die belangrijk zijn voor een gezond functioneren. Tijdens de diagnostische hospitalisatieperiode wordt het multidisciplinair kinderrevalidatieteam dan ook ingeschakeld, met als hoofdactoren de kinderrevalidatie-arts, kinesisten en ergotherapeuten.

DE REVALIDATIE-ARTS

Waar andere medische specialismen zich vooral richten op de behandeling van ziekten of aandoeningen, richt de revalidatiearts zich in het bijzonder op de opheffing, vermindering of zo mogelijk preventie van de gevolgen ervan. Het gaat hierbij niet alleen om de functies van het lichaam (bijvoorbeeld spierkracht), maar ook om de gevolgen die een aandoening heeft op activiteiten (bijvoorbeeld stappen en zelfverzorging) en participatie (bijvoorbeeld sporten of hobby's beoefenen). Het doel van de revalidatiegeneeskunde is handicaps voorkomen of zo beperkt mogelijk houden, zodat het kind met obesitas optimaal kan functioneren in de maatschappij.

De functie van de kinderrevalidatiearts bij obese kinderen:

- **Diagnostiek en behandeling van locomotorische stoornissen:**
  - Vaak voorkomende statiekafwijkingen, zoals genua valga en pedes planovalgi.
  - Dynamische pathologie, bijvoorbeeld onvoldoende stabiliteit in het bekken, buik- en/of rugmusculatuur, fysieke deconditionering.
  - Structurele pathologie, bijvoorbeeld epifysiolyse van de heupen.

  Waar nodig schrijft de arts specifieke therapie voor, zoals steunzolen, core stability training, algemene reconditionering etc.
- **Assessment en coördinatie van revalidatiebehandelingen:**
  - Intake met klinisch onderzoek en functioneel bilan.
  - Administratie van de revalidatieverstrekkingen.
  - Hulpmiddelenanalyse (eventueel pluridisciplinair) en – aanvraag.
- **Leiden van de stafvergadering:**
  - In het kader van de revalidatie en coördinatie van de therapeutische ploeg.
- **Periodieke evolutiecontrole.**

DE KINESITHERAPEUT

Obesitasrevalidatie bij kinderen heeft als voornaamste doelstelling de kwaliteit van bewegen te verbeteren. Samen met de revalidatiearts en ergotherapeut gaat de kinesitherapeut op zoek naar manieren om de kinderen fysiek te activeren en te reconditioneren. De diagnostische hospitalisatie omvat een kinesitherapeutisch onderzoek. De 6 minuten-wandeltest moet een idee geven over de fysieke conditie. Dit gestandaardiseerd protocol werd samen met de pediaters kidsproof uitgewerkt. Wandelen is voor het kind een eenvoudige en laagdrempelige manier om te bewegen. Voor de kinesitherapeut is het een goede manier om een objectief beeld te krijgen van het uithoudingsvermogen. Daarnaast kan tijdens de wandeltest ook gescreend worden op eventuele gangstoornissen. De bevindingen worden teruggekoppeld naar de revalidatie-arts. Verder biedt de kinesist bewegingsactiviteiten aan bij langdurige opnames in het ziekenhuis. Indien nodig gaat deze op zoek naar een geschikte kinesitherapeut buiten het ziekenhuis voor verdere ambulante opvolging.

▲ *Samen met de revalidatiearts gaan de ergotherapeut en kinesitherapeut op zoek naar manieren om de kinderen fysiek te activeren.*

DE ERGOTHERAPEUT

Doelstellingen:

- De patiënt stimuleren om in de thuisomgeving fysiek actiever te worden.
- De patiënt meer inzicht geven in de mogelijkheden qua sport en vrijetijdsbesteding in eigen omgeving.
- Sociale vaardigheden en zelfwaardegevoel verhogen.

Via een intakegesprek met het kind tracht de ergotherapeut zicht te krijgen op de vrijetijdsinvulling, zowel sportgerelateerd als gewone dagdagelijkse activiteiten zoals jeugdbeweging, gamen … Wanneer de hobby's zich beperken tot passieve (sedentaire) activiteiten exploreert de ergotherapeut mee naar (sport-)verenigingen in de eigen omgeving. Ook de ouders worden gehoord via een intakegesprek. De ergotherapeut peilt naar hun verwachtingen en krijgt door hun informatie een breder zicht op de gehele context en de vele factoren die kunnen meespelen (financiële mogelijkheden, gescheiden ouders, pestgedrag …).

De ergotherapeut wil een beeld krijgen van:

- De fysieke omgeving: huis/appartement, trap of tuin aanwezig, gaat het kind met de fiets naar school …
- Sociale context: broers of zussen, gescheiden ouders, goede vriendschappen …
- Vaardigheden:
  - Kan het kind fietsen/zelfstandig de bus nemen om naar een sportactiviteit te gaan?
  - Motorisch: coördinatie, balvaardigheden …
- Psycho-educatie:
  - Hebben zowel kind als ouders/sociale omgeving kennis van het belang van lichaamsbeweging?
  - Wat vormt voor het kind de beperking van het overgewicht?

Deze peilt ook naar de (intrinsieke – extrinsieke) motivatie. Daarnaast biedt de ergotherapeut steeds een activiteit aan die aanleunt bij de interesse van het kind om te duiden dat bewegen of sporten ook leuk kan zijn. Deze streeft naar een succeservaring tijdens de consultatie en maakt gebruik van uitdagende, maar toegankelijke oefenopstellingen: parcours, ballen, kegels, blazepods, fitlight, silverfit, een interactieve sensormat … Bij obesitas in combinatie met andere fysieke beperkingen is het mogelijk een beroep te doen op Parantee-Psylos (G-sport).

DE DIËTIST

De diëtist maakt kennis met het kind en het gezin, hun eetgewoontes en mate van beweging. Aan de hand van een voedingsanamnese overloopt deze het voedingspatroon en stelt aansluitend een aangepast voedingsschema voorop met aandacht voor gezonde, weinig calorie-dense voeding. De ouders en het kind krijgen educatie over gezonde voeding en bereidingswijzen. Samen met hen zoekt de voedingsdeskundige naar kleine, haalbare aanpassingen in de voeding die leiden naar een gezondere levensstijl. Het kind wordt na de opname ambulant ingepland. De consultatie houdt controle van het gewicht, de lengte en de evolutie van de BMI in, met daaropvolgend bespreking van het ingevulde eetdagboekje, evaluatie van de werkpuntjes en opstellen van nieuwe werkpunten naar het volgende consult toe. Sinds april 2020 is er voor kinderen vanaf 6 jaar die aan bepaalde voorwaarden voldoen de mogelijkheid om een zorgtraject obesitas aan te vragen voor een periode van 2 jaar. Het zorgtraject maakt de opvolging voor patiënten een stuk betaalbaarder.

DE PSYCHOLOOG EN SOCIAAL MEDEWERKER

De psycholoog en sociaal medewerker begeleiden het kind en het gezin in het psychologische proces en polsen naar de individuele motivatie om tot een gedragsverandering te komen. Ze screenen op psychosociale stoornissen die obesitas in de hand werken.

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Wekelijks vindt er een multidisciplinair overleg plaats op de tweede dag van de opname om de bevindingen vanuit elke discipline te bespreken. Dit draagt bij tot een brede kijk op het kind met obesitas. De nauwe manier van samenwerken zorgt voor een aanpak op kindermaat.

TOEKOMST

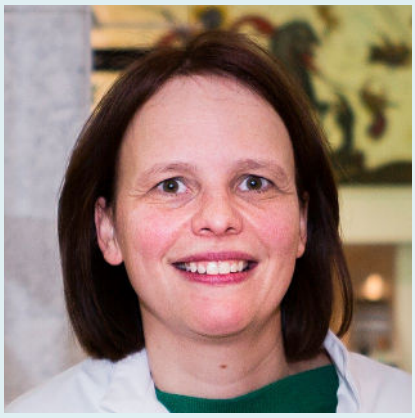
Het is duidelijk dat de behandeling van obesitas complex is en interventies vraagt naar verschillende gezondheidsaspecten toe. Het kinderobesitasteam van campus Sint-Jan staat niet stil. Het zoekt continu naar een optimalisatie van de aanpak. Enerzijds willen de teamleden nog meer inzetten op de preventie van overgewicht. Hierin rust een belangrijke taak voor alle artsen en paramedici die in contact komen met kinderen. De impact van de leefomgeving van het kind valt evenwel niet te verwaarlozen als factor. De levensstijl van de ouders die als rolmodel optreden, de schoolomgeving, maar ook reclame en sociale media zijn doorslaggevend. Anderzijds wil het team zich nog meer toespitsen op psychoeducatie en hopen de teamleden de kinderen cognitieve gedragstherapeutische technieken te kunnen aanleren om zo hun leef- en eetgewoonten te veranderen.

De toekomstvisie: voor obese kinderen uit de nabije omgeving een ambulant revalidatieprogramma in groepsverband uitbouwen, met een focus op een betere transmurale samenwerking met diëtisten, psychologen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten uit de omgeving. De kinderen krijgen de mogelijkheid om gedurende drie maanden in dit ambulante revalidatieprogramma in te stappen. Na afloop van deze periode wordt een evolutiebilan opgemaakt.

Bronnen

1. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T . (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary (p1-12). Denmark -WHO Regional Office Europe
2. Drieskens S. Voedingsstatus. Gezondheidsenquête 2013.

AUTEURS



dr. Sylvia Depoorter
dienst Kindergeneeskunde – kinderendocrinologie, campus Sint-Jan

dr. Helinton Fonseca de Oliveira Souto
dienst Fysische geneeskunde en revalidatie, campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Available on the App Store | Google play

NIEUWE ARTSEN

dr. Bart Lesaffre

Spoedarts

dienst Spoedopname, campus Sint-Jan

050 45 20 00
spoed.secretariaat@azsintjan.be

Nadat hij in 2005 afstudeerde als arts aan de Universiteit Gent, behaalde dr. Bart Lesaffre in 2007 het diploma van huisarts. Datzelfde jaar startte hij, na het behalen van het Brevet Acute Geneeskunde, als spoedarts op de dienst Spoedopname van campus Henri Serruys. In 2009 voltooide hij het Postgraduaat Rampenmanagement aan de Universiteit Antwerpen en in 2011 volgde hij de cursus 'clinical and biomedical scienses of tropical diseases' aan het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde. Zijn interesse in ontwikkelingshulp en het buitenland leidde in 2011 en 2012 tot missies met Artsen Zonder Grenzen in Pakistan, in het regionaal ziekenhuis van Timergara, en in Afghanistan, in het Traumacentrum van Kunduz. Na deze missies ging hij terug aan het werk als spoedarts op campus Henri Serruys. Dr. Bart Lesaffre is eveneens gastdocent aan Howest en voor het Postgraduaat Rampenmanagement. In 2021 studeerde dr. Lesaffre af als master in de specialistische geneeskunde - urgentiegeneeskunde aan UGent. Sinds maart 2021 werkt hij als staflid urgentiegeneeskunde binnen het departement Anesthesie en Reanimatie op campus Sint-Jan.

dr. Sander Trenson

Cardioloog

dienst Cardiologie, campus Sint-Jan

050 45 26 70
policardiologiesecretariaat@azsintjan.be

Dr. Sander Trenson promoveerde in 2011 nadat hij zijn bachelor geneeskunde aan de KULAK in Kortrijk volgde en zijn master afwerkte aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich verder in de inwendige ziekten en de cardiologie tijdens verschillende assistentschappen in het AZ Damiaan Oostende, AZ Delta Roeselare, op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en in het UZ Leuven. Tijdens zijn opleiding deed hij aan de KU Leuven een doctoraatsonderzoek naar de rol van microvasculair endotheel bij hartfalen. Daarmee won hij verschillende nationale en internationale prijzen. Hij volgde daarnaast ook een master in de sportgeneeskunde. Na zijn erkenning tot cardioloog in de zomer van 2019 trok hij met zijn gezin naar het universitair hartcentrum in Zürich in Zwitserland om zich verder te verdiepen in de subdisciplines hartfalen, devicetherapie en interventionele cardiologie in het Andreas Grüntzig-cathlab. Hij volgde er ook een postgraduaat hartfalen aan de Universiteit van Zürich. Daarnaast leidde hij verschillende internationale onderzoeksprojecten voor cardiale resynchronisatietherapie en COVID-19 bij hartpatiënten. In januari 2021 vervoegde dr. Trenson het team van cardiologen op campus Sint-Jan, waarbinnen hij de focus zal leggen op hartfalen, cardiale resynchronisatie en interventionele cardiologie.

dr. Evi Steen

Spoedarts

dienst Spoedopname, campus Sint-Jan

050 45 20 00
spoed.secretariaat@azsintjan.be

Dr. Evi Steen behaalde in 2008 haar diploma geneeskunde aan de UGent. Ze voltooide haar opleiding anesthesie en behaalde een bijzondere beroepsbekwaming urgentiegeneeskunde in 2015, na assistentschappen in het UZ Gent, het toenmalige H.-Hartziekenhuis in Roeselare en op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Ze werkte gedurende een aantal jaar in het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper, waar ze diensthoofd MUG was. Dr. Steen heeft bijzondere interesse in prehospitaalgeneeskunde en in de zorg voor de polytraumapatiënt. Hiervoor volgde ze in binnen- en buitenland verschillende opleidingen. Ze is ook instructeur en cursusdirecteur voor de European Trauma Course. Dr. Steen is nog een tweetal dagen per maand klinisch actief in het UZ Gent op de Spoedgevallendienst. Op campus Sint-Jan zal ze meewerken aan de uitbouw van een Traumacentrum. Verder is ze er zowel actief op Spoedopname en Intensieve zorgen als in het operatiekwartier.

dr. Isaure Musschoot
Spoedarts

Departement Anesthesie - Reanimatie, campus Sint-Jan

050 45 20 00
spoed.secretariaat@azsintjan.be

Dr. Isaure Musschoot studeerde geneeskunde aan de UGent en behaalde er haar diploma als arts in 2014. Hierna startte ze de opleiding tot specialist in de Anesthesie & Reanimatie. Haar eerste drie jaar assistentschap vervolledigde zij in het UZ Gent, waarna ze de laatste twee jaar van de opleiding doorliep op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Dr. Musschoot studeerde in 2019 af als anesthesist. Na een supplementaire opleiding van vijftien maanden behaalde zij de bijkomende beroepstitel in de Urgentiegeneeskunde. Tijdens deze opleiding maakte ze reeds uitgebreid kennis met de diensten Spoedopname en Intensieve zorgen van campus Sint-Jan. Sinds 1 maart 2021 versterkt dr. Musschoot op die campus het departement Anesthesie - Reanimatie. Zij zal zich, naast algemene anesthesie in het operatiekwartier, ook toeleggen op de ondersteuning en verdere uitbouw van de spoedgevallendienst.

MEDICAL **MYSTERY**
Oplossing

Semitendinosus frictiesyndroom, quid nunc?

De MRI, de gouden standaard qua beeldvorming rondom de knie, toont geen enkele intra-articulaire afwijking. Er valt echter een duidelijke vochtschil of inflammatie te bemerken ter hoogte van de semitendinosuspees (Fig. 1 en 2) aan de intersectie met de semimembranosus. De MRI bevestigt dus een belastingsgebonden probleem met een focale tendinopathie van de semitendinosus. Dergelijk semitendinosus frictiesyndroom komt weinig voor. De meeste tendinopathieën ter hoogte van de pes anserinus (de semitendinosus is een van drie pezen van de pes anserinus) komen voor ter hoogte van de insertie aan de anteromediale zijde van de tibia, waar een kleine slijmbeurs aanwezig is die vaak aanleiding geeft tot inflammatie.
In deze casus ligt de tendinopathie eerder atypisch: meer proximaal ter hoogte van de plaats waar de semitendinosus en semimembranosus elkaar tegenkomen en kruisen. Dergelijke tendinopathie komt typisch voor bij cyclische sporten tegen hoge weerstand. Een focaal mineur trauma (elongatieletsel of zelfs een spierscheur) kan dergelijke tendinopathie uitlokken en katalyseren. Door de genezing van dit letsel ontstaat er een focale hypertrofie die vervolgens de frictie met de semimembranosus onderhoudt, waardoor er dus bij intensief sporten steevast een ontstekingsreactie optreedt.
De behandeling bestaat initieel uit een conservatief beleid met aangepaste kinesitherapie en echogeleide infiltraties. Dit werd dan ook uitgevoerd op de dienst Radiologie door collega dr. Koen Mermuys. De patiënt kreeg twee infiltraties met lokale corticosteroïden, met een interval van acht weken. Ze gaven telkens tijdelijk slechts onvoldoende beterschap.
Finaal kreeg deze man een chirurgische behandeling aan de hand van een tenotomie van de semitendinosuspees. Bij deze ingreep wordt de insertie van de semitendinosuspees opgezocht en wordt de pees gestript. Deze ingreep is perfect vergelijkbaar met het preleveren van de semitendinosusgreffe (hamstring) bij een voorstekruisbandreconstructie. De gevolgen zijn vrij beperkt gezien de andere hamstrings en kniebuigers de functie van de semitendinosus perfect overnemen. Postoperatief stelden er zich geen problemen en was mobilisatie en steunname onmiddellijk toegestaan. Fietsen mocht de patiënt hervatten na twee weken en loopactiviteiten hervatte hij progressief na zes à acht weken. Vier maanden na de ingreep was de patiënt volledig klachtenvrij.

Fig 1. MRI rechterknie: vocht posteromediaal rondom de semitendinosuspees in vooraanzicht

Fig 2. MRI rechterknie: vocht posteromediaal rondom de semitendinosuspees in profiel

NIEUWE ARTSEN

dr. Alexander Verhaeghe

Neurochirurg

dienst Neurochirurgie, campus Sint-Jan

050 45 23 00
neurochirurgie@azsintjan.be

Dr. Alexander Verhaeghe behaalde in 2014 zijn diploma als arts aan de KU Leuven, met de grootste onderscheiding. Tijdens zijn specialisatie werkte hij in het UZ Leuven, op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en op campus Sint-Augustinus van de GZA Ziekenhuizen in Wilrijk. Hij behaalde zijn erkenning als neurochirurg in 2020. Vervolgens volgde hij een fellowship pediatrische neurochirurgie in Rijsel (Lille), Frankrijk, bij prof. dr. Matthieu Vinchon. Zijn interessegebieden zijn pediatrische neurochirurgie, spinale chirurgie en oncologische neurochirurgie. Dr. Verhaeghe versterkt sinds februari 2021 de dienst Neurochirurgie op campus Sint-Jan en is eveneens aangesteld als toegelaten arts in het Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, waar hij één dag per week opereert.

dr. Klara Wyffels

Gastro-enteroloog

dienst Maag-, darm- en leverziekten, campus Sint-Jan

050 45 21 80
gastro-enterologie@azsintjan.be

Dr. Klara Wyffels werd geboren in 1988 in Roeselare en studeerde in 2013 af als arts aan de Katholieke Universiteit Leuven. Ze voltooide haar specialisatie in de Maag-, darm- en leverziekten aan de universitaire ziekenhuizen Gasthuisberg in Leuven (KUL) en de Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL) in Sint-Lambrechts-Woluwe. Na het behalen van de erkenning als arts-specialist in de gastro-enterologie in 2019 bekwaamde ze zich verder in de digestieve oncologie in het AZ Delta en UZ Leuven. Binnen de dienst Maag-, darm- en leverziekten van campus Sint-Jan zal ze zich toeleggen op de digestieve oncologie.

EDUCATIEF PROGRAMMA

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

BARIAlink 5 year anniversary event

Zaterdag 5 juni 2021 - 08:30 - 17:00 uur - webinar

Zijn vijfjarige bestaan viert BARIAlink door een volle dag in te zoomen op de uitdagingen waar bariatrische chirurgen vandaag voor staan. Het BARIAlink 5 year anniversary event bestaat uit 5 opeenvolgende BARIAlink sessies vanuit 5 verschillende continenten. We starten 's morgens in Brugge om dan de wereld rond te gaan. De 1e sessie is vanuit Australië, waarna we via Turkije overgaan naar Egypte en Polen om dan terug in Brugge te eindigen met een 'ceremony session'. In deze sessies van telkens 1 uur gaan deelnemers op hoogprofessioneel niveau actief in discussie over de interessantste patiëntcasussen die collega-bariatrisch chirurgen aanbrachten.

Dr. Bruno Dillemans is de organisator van dit event.

Programma en inschrijving: www.barialink.com

Staf Interne - COVID-19-pandemie

Donderdag 10 juni 2021 – 19.00 uur – webinar

Inschrijving niet vereist.

azlink
www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av