azlink

Pulse voor de medische praktijk

n°25 | Editie juni 2014

Dienst **Cardiologie,**
een referentie in de hartzorg

Talk Blue Vlaanderen
steunt darmkankerpatiënten

Geur- en smaakcentrum
helpt nieuw medisch terrein te ontginnen

Intraoperatief gebruik van indocyaangroen-angiografie bij
spinale durale arterioveneuze fistel

Plastische reconstructie van
hoofdhuid- en schedelmisvorming

www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av

azlink

Pulse voor de medische praktijk

Editie juni 2014

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Michel Langlois
dr. Olivier Deryck
dr. Hendrik Dhaese
dr. Catherine Dick
dr. Anne Loccufier
dr. Tom Lodewyck
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Bram Vanden Berghe
Anne-Mie Vansteelant

Werkten mee aan dit nummer
dr. Luc Cornette
Wendy Cortier
Elke De Geeter
Luc De Laere
dr. Stijn De Muynck
dr. An De Vriese
dr. Hendrik Dhaese
dr. James D'haese
Valerie Duynslaeger
dr. Tom Feryn
dr. Alexander Janssen
dr. Michel Langlois
dr. Bob Lerut
Ellen Moonen
dr. Bart Regaert
dr. Fabrice Rogge
dr. Sebastiaan Van Cauwenberge
dr. Kris Van De Moortele
dr. Ivo Van den Berghe
dr. Stefaan Vandecasteele
dr. Yves Vandekerckhove
dr. Sarah Vandenhaute
Anne-Mie Vansteelant
dr. Nikolaas Vantomme
dr. Anne-Sophie Vinck

Fotografie
Marc Lamoot
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Living Stone nv

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

Secretariaat azlink
Evelyn Verhelle
Ruddershove 10
8000 Brugge
evelyn.verhelle@azsintjan.be
www.azlink.be

Druk
Drukkerij Perka nv

Verantwoordelijke uitgever
dr. Hans Rigauts

Inhoud

3 **Voorwoord**

4 **Talk Blue Vlaanderen** steunt darmkankerpatiënten

5 **Medical mystery**

6 **Geur- en smaakcentrum** helpt nieuw medisch terrein te ontginnen

8 Dienst **Cardiologie,** een referentie in de hartzorg

11 Intraoperatief gebruik van indocyaangroen-angiografie bij **spinale durale arterioveneuze fistel**

12 Nefrologen organiseren succesvolle eerste editie van **International Renal Conference** in Brugge

14 Plastische reconstructie van **hoofdhuid- en schedelmisvorming**

15 **Nieuwe artsen**

Copyright © 2014 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: Evelyn Verhelle, evelyn.verhelle@azsintjan.be.

Beste lezer

Onlangs was ik op een vergadering van de ziekenhuiskoepel waar een aantal thema's aan bod kwamen. Om te beginnen het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD). Vele ziekenhuizen zitten in het denkproces om over te stappen naar een volledig geïntegreerd EPD, liefst met de nodige intelligente procesarchitectuur die het de zorgverlener eenvoudig en efficiënt moet maken. Dat laatste is niet evident. Het is niet zo dat een EPD noodzakelijkerwijs de inspanning van de arts of andere zorgverlener vergemakkelijkt. Een belangrijk aandachtspunt in de keuze voor een EPD is administratieve ontlasting van de zorgverlener. Die moet zoveel mogelijk bij de patiënt zijn en zo min mogelijk bezig met administratieve formaliteiten. Ook de mogelijkheid tot uitwisseling van elektronische informatie tussen de verschillende zorgverleners (specialisten, huisartsen, apothekers, thuiszorg,…) en met de patiënt blijft een achillespees. Het investeren in een EPD kost enorme financiële inspanningen aan de ziekenhuizen. Zij die hiervoor gaan en daardoor hun zorgkwaliteit willen verbeteren, worden evenwel financieel afgestraft.

Onze overheid slaagt erin ons steeds meer te belasten met allerhande registraties en formaliteiten waarbij we dikwijls de vraag stellen wat de zin ervan is. Denk aan het MVG (Minimale Verpleegkundige Gegevens) verhaal. Al jaren dienen we uitgebreide MVG-registraties uit te voeren. De overheid slaagt er niet in deze correct te gebruiken. Men blijft al jaren hangen bij de registraties van 2005 en 2006. Wat doet men met de inspanningen van de jaren nadien? Van ondoorzichtigheid gesproken! Ondertussen verwacht diezelfde overheid wel dat de ziekenhuizen zo transparant mogelijk zijn. Terecht uiteraard. Maar mijns inziens zou dit wederzijds moeten gelden.

Er is steeds meer vraag naar open communicatie van kwaliteitsindicatoren vanwege de ziekenhuizen naar de patiënt toe. Dat initiatief kan ik alleen maar toejuichen. Op voorwaarde dat die indicatoren correct geregistreerd, volledig vergelijkbaar en correct geïnterpreteerd worden. En ook hier knelt het schoentje. Ik kom terug op de registratie van MVG. Al jaren doen we dit zonder enige koppeling met de realiteit. De correctheid van registratie werd nooit gecontroleerd. Hoe kan men er dan van uitgaan dat de financiële middelen die hieraan gekoppeld zijn, accuraat verdeeld worden? Wanneer we indicatoren registreren, dienen ze ook relevant te zijn. Wanneer het beoordelen van een kwaliteitsvol beleid voor myocardinfarct er bijvoorbeeld in bestaat dat je kan aantonen dat elke patiënt na behandeling voor een hartinfarct een aspirine voorgeschreven kreeg, dan stel ik me daar vragen bij.

De tendens om sommige zorgaspecten te concentreren in een welbepaald aantal centra, zet zich verder. Men lijkt dit soms te koppelen aan bepaalde zorginstellingen omwille van hun statuut. Dat is de omgekeerde wereld. Laat ons eerst relevante kwaliteitsindicatoren oplijsten en dan nagaan welke ziekenhuizen daaraan voldoen.

Tot slot heb ik de ziekenhuiskoepel gevraagd een eenduidig standpunt in te nemen ten aanzien van softwareleveranciers die de facto een monopolie hebben. Het lijkt me niet billijk dat we voor eenzelfde product verschillende prijzen moeten betalen. Ook hier is een doorzichtig uniform beleid noodzakelijk zodat we niet met de rug tegen de muur gezet worden.

Goed, laat ons positief eindigen. azlink is aan zijn 25ste editie toe. En dat verdient een pluim voor iedereen die zich er al jaren voor inzet. azlink bewijst dat er gemotiveerde, kwaliteitsvolle zorgmedewerkers zijn ondanks alle bezorgdheden en administratieve overlast die we hebben. Op naar de volgende 25 nummers!

Veel leesgenot

Hans Rigauts
Algemeen directeur

Talk Blue Vlaanderen steunt darmkankerpatiënten

dr. Tom Feryn
dienst Algemene, Kinder- en Vaatheelkunde

Een opvallend fenomeen in de strijd tegen kanker is het succes van steungroepen samengesteld uit en geleid door patiënten. De oprichting van de patiëntengroep Talk Blue Vlaanderen, op initiatief van de vzw Blue Movement Vlaanderen, valt samen met de start van een Vlaams overheidsprogramma rond darmkankerscreenings.

Toenemende incidentie van darmkanker

Colorectale kanker is de 3de meest voorkomende kanker bij mannen en de 2de meest voorkomende kanker bij vrouwen. 65% van de Belgische mannen en 62% van de Belgische vrouwen met een colorectale kanker wonen in Vlaanderen. De incidentie steeg doorheen de jaren en dit zowel bij mannen (van 2100 personen in 1999 naar 2922 personen in 2008) als bij vrouwen (van 1685 personen in 1999 naar 2285 personen in 2008). Van alle overlijdens door kanker bij mannen heeft 10,3% een colorectale oorzaak. Bij vrouwen ligt dit percentage op 11,9%.

Een vroege screening en detectie resulteren in een reductie van ca. 60% van het aantal overlijdens door darmkanker. Sensibilisering kon in het verleden het aantal overlijdens in Vlaanderen reeds sterk terugdringen. Tussen 1999 en 2008 daalde het aantal overlijdens per jaar door darmkanker van 984 naar 913 bij mannen, en van 906 naar 804 bij vrouwen.

Informeren en sensibiliseren

Deze cijfers onderstrepen nog maar eens het belang van het informeren en sensibiliseren van risicogroepen rond colorectale kanker. Tot voor kort bestond er in België geen enkele vereniging die zich specifiek tot deze doelgroep richtte, tenzij diverse stomaverenigingen – die overigens schitterend werk verrichten en onmisbaar zijn.

De vzw Blue Movement Vlaanderen wou daar verandering in brengen. De vereniging erkent niet alleen het belang van bewustmaking en het informeren van risicogroepen, maar is er ook van overtuigd dat er dringend nood is aan een patiëntengroep voor alle mensen met darmkanker.

Nieuw initiatief: Talk Blue Vlaanderen

Darmkankerpatiënten weten dat er na het horen van de diagnose "darmkanker" veel verandert in hun leven en in dat van hun naasten, maar dat het niet altijd gemakkelijk is om daarover met anderen te praten. Soms zijn er nog heel wat vragen waarop de patiënten en hun familie een antwoord zoeken of zijn er bezorgdheden die zij met anderen willen delen. Het contact met lotgenoten kan daarbij zeer verrijkend zijn.

Met de oprichting van de nieuwe Vlaamse patiëntenvereniging Talk Blue Vlaanderen komt vzw Blue Movement Vlaanderen aan die behoefte tegemoet. Talk Blue Vlaanderen is een patiëntenvereniging van en voor alle mannen en vrouwen met darmkanker en hun partner. Het regelmatig contact met lotgenoten betekent een reële meerwaarde naast de bestaande professionele medische behandeling. Talk Blue Vlaanderen organiseert in samenwerking met professionele gezondheidswerkers informatieve themadagen voor darmkankerpatiënten en hun omgeving, naast sociale activiteiten en publiekscampagnes.

Screening georganiseerd door Vlaamse overheid

Vanaf 2014 organiseert de Vlaamse overheid, in samenwerking met de huisartsen en de gastro-enterologen, een grootschalige darmkankerscreening. Hiermee wil

Meer info

www.talkbluevlaanderen.be
www.facebook.com/talkbluevlaanderen

de overheid het belang van vroege screening onderstrepen en hoopt ze jaarlijks zo'n 400 sterfgevallen door darmkanker te voorkomen. De vzw Blue Movement Vlaanderen juicht dit initiatief toe en lanceerde recent de website www.youtube.com/darmkanker. De site biedt online educatie aan de hand van literatuur, filmmateriaal en getuigenissen om zo mensen correct te informeren over darmkanker en de drempel voor deelname aan de screening te verlagen. De vereniging zal verder haar steentje bijdragen via het verzorgen van talrijke voordrachten en campagnes. ■

Het Darmhalfrond nodigt uit

Onder de noemer "Darmhalfrond" organiseert Talk Blue Vlaanderen zes ontmoetingsmomenten voor mannen en vrouwen met darmkanker en hun partner. Tijdens de sessies, die plaatsvinden in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV of in het Politiehuis van Brugge, worden diverse aspecten van darmkanker behandeld en hoe ermee om te gaan. Tijdens de laatste sessie kunt u vragen stellen aan een college van experten; daarna volgt een receptie.

Voor meer informatie kan u terecht bij Tomas Leupe via tomas.leupe@azsintjan.be of telefonisch op 050 45 97 66.

Medical mystery

Vierjarig jongetje met opgezette buik en pijnklachten

Een vierjarig jongetje wordt door de huisarts doorverwezen omwille van een opgezet abdomen. De moeder vermeldt dat hij reeds geruime tijd een 'dik buikje' heeft, maar recent zou hij hiervan ook last hebben onder de vorm van vage pijnklachten. Zijn medische voorgeschiedenis is blanco. Uit de familiale anamnese onthoudt men een schildklieringreep omwille van kwaadaardigheid bij de moeder.

Bij klinisch onderzoek stelt het medisch team inderdaad een opgezet abdomen vast dat verder soepel lijkt. Percussie is gedempt over het volledige abdomen, maar er zijn geen aflijnbare massa's palpabel. Door de huisarts werd reeds een echografie van het abdomen aangevraagd, die duidt op een grote intraperitoneale cystische massa – reikend van het epigastrische gebied tot het craniale deel van de blaas.

Voor de verdere differentiatie en uitwerking wordt in overleg met de radioloog beslist om een MRI-scan van het abdomen uit te voeren. Deze toont een omvangrijk, dunwandig cystisch letsel, intraperitoneaal gelegen met maximale diameters in het axiale vlak van 15,3 cm dwars op 7,7 cm voorachterwaarts en 21,2 cm craniocaudaal. Diagnostisch gaat de voorkeur uit naar een enterische of mesotheliale cyste. De afwezigheid van inliggend debris pleit tegen een duplicatiecyste, en de afwezigheid van septaties pleit tegen een lymfangioom (zie figuur 1).

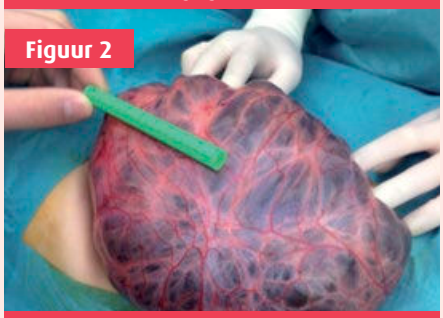
Gezien het volume en de daarmee gepaard gaande abdominale klachten wordt na multidisciplinair overleg besloten over te gaan tot een resectie van deze massa. Via een vrij beperkte mediane laparotomie ontdekt het team onmiddellijk een volumineuze, dunwandige cystische massa gevuld met citrijnkleurig vocht. De cyste kan in zijn geheel uit het abdomen verwijderd worden en lijkt macroscopisch uit te gaan van het mesenterium. Er zijn verklevingen tussen de cyste en het omentum, het colon transversum en enkele dundarmlissen, maar ze kan van al deze structuren vrij gedisseceerd worden (zie figuren 2 en 3). Het postoperatief verloop was probleemloos.

(**Oplossing**: zie pagina 13)

Figuur 1

Deze MRI toont een volumineuze cystische massa met verdringing van de darmstructuren.

Figuur 2



Peroperatief beeld van de cyste na verwijdering uit het abdomen.

Figuur 3

Enkele dundarmlissen en het colon zijn verkleefd met de cyste.

Geur- en smaakcentrum helpt nieuw medisch terrein te ontginnen

dr. Bob Lerut & dr. Anne-Sophie Vinck
dienst Neus-, Keel- en Oorziekten,
Gelaats- en Halschirurgie

Naar onze geur- en smaakzintuigen gaat de laatste jaren steeds meer aandacht. Van media, waar culinaire programma's niet meer op twee handen te tellen zijn, tot marketing, waar winkels hun klanten door het verspreiden van aantrekkelijke geuren tot kopen trachten te verleiden. Op medisch gebied is dit nog sterk onontgonnen terrein. Het geur- en smaakcentrum van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV wil zijn steentje bijdragen tot het verruimen van de kennis hierover. Dr. Bob Lerut is de bezieler van het gloednieuwe centrum, dat hij samen met dr. Anne-Sophie Vinck verder zal uitbouwen. In een interview legt hij uit waarom het centrum werd opgericht.

Groeiende medische aandacht voor geur en smaak

"Aan de basis van het geur- en smaakcentrum ligt een persoonlijke fascinatie voor geuren en smaken, en in het bijzonder voor wijn", verklaart dr. Lerut, geneesheer-specialist bij de dienst Neus-, Keel- en Oorziekten. "Mijn eigen geur- en smaakzin zijn redelijk goed ontwikkeld, maar de occasionele verkoudheid met bijhorende belemmering van deze zintuiglijke percepties liet mij ervaren wat de impact van een verminderde geur- en smaakwaarneming kan zijn op het dagdagelijkse leven. De stijgende aandacht voor geur- en smaakstoornissen binnen de medische wereld wakkerde mijn interesse aan. We kregen ook steeds meer vraag naar expertises op basis van geur- en smaakklachten na ongevallen, een bijkomende reden waarom het geur- en smaakcentrum er gekomen is."

Hoewel beide gelieerd zijn, gaat het om totaal verschillende zintuigen. Er zijn op heden vijf smaken gekend: zoet, zout, zuur en bitter en het recent als vijfde smaak erkende umami, een smaak waarmee vooral Aziaten bekend zijn. Voorheen schreven we de waarneming van elk van deze smaken toe aan een bepaalde locatie op de tong, maar sinds 2006 weten we dat alle smaken overal op de tong waargenomen worden. [1] De rest van de sensaties die met eten of drinken gepaard gaan, spelen zich af op het vlak van de orthonasale of retronasale aromawaarnemingen. Het reukepitheel kan niet alleen gestimuleerd worden door het opsnuiven van een reukpartikel via de neus (orthonasaal) maar ook door het benaderen van de olfactoire regio via de mond en nasofarynx (retronasaal). De fila olfactoria en het reukepitheel in de neus maken contact met de bulbus olfactorius in de hersenen, het tussenstation tussen het perifere reuksysteem en de centrale verwerking ervan in de frontale cortex van de hersenen. Twee derde van de patiënten die zich bij het centrum aanmelden, klagen over 'geur- en smaakverlies', maar slechts 2% blijkt effectief een smaakprobleem te hebben.

Onderzoek in stroomversnelling

De groeiende aandacht is te danken aan een aantal pioniers in deze subdiscipline. Gehoor- en gezichtsvermogen konden al redelijk goed in kaart gebracht worden, maar geur en smaak werden veeleer als nevendisciplines behandeld. "De impact van geur- en smaakstoornissen op de levenskwaliteit valt nochtans niet te onderschatten", aldus dr. Lerut. "Het is belangrijk om te kunnen genieten van lekker eten of een parfum en we stellen vast dat een verlies van geurvermogen gepaard gaat met een toenemende neiging tot depressie. Deze prevalentie daalt bij herstel. Daarnaast vervult het geurvermogen ook een waarschuwingsfunctie. Bedorven voedsel herkennen en tijdig gas- of brandgeur opmerken is van levensbelang." De ontdekking van de genen van de

Sniffin' Sticks en Taste Strips helpen geur- en smaakstoornissen te objectiveren.

De identificatie van geurstoornissen gebeurt aan de hand van kleurkaarten. Het onderzoek naar het discriminerend vermogen en de drempelbepaling wordt geblinddoekt uitgevoerd.

geurreceptoren in 2004, waarvoor biologe Linda Buck en neurowetenschapper Richard Axel een Nobelprijs toegekend kregen, gaf de aanzet tot heel wat wetenschappelijk onderzoek.

Sniffin' Sticks en Taste Strips

Een aantal recent ontwikkelde testen maken het mogelijk om geur en smaak op een objectieve manier op te meten en te vergelijken met referentiewaarden in functie van de leeftijd. "In het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV maken we gebruik van geur-geïmpregneerde viltstiften, Sniffin' Sticks, waarbij we de patiënt vragen om bepaalde geuren te identificeren en te herkennen, al dan niet op basis van discriminatie", zegt dr. Lerut. "We doen ook aan drempelbepaling om te controleren vanaf welke concentratie de patiënt een bepaalde geur waarneemt. Op deze manier bepalen we de TDI-score (Treshold Discrimination Identification), wat ons in staat stelt om een onderscheid te maken tussen patiënten met anosmie (afwezige geurzin), hyposmie (verminderde geurzin) en normosmie (normale geurzin). Voor smaaktesten gebruiken we smaakgeïmpregneerde filterpapiertjes, Taste Strips, gedrenkt in verschillende concentraties van één van de vier basissmaken, om het onderscheid te maken tussen ageusie, hypogeusie en normogeusie."

"De bulbus olfactorius wordt gekenmerkt door plasticiteit en beschikt – trouwens net als het geurepitheel en de smaakpapillen – over een neurogenetisch vermogen, d.w.z. dat er steeds nieuwe zenuwcellen aangemaakt kunnen worden. Daardoor kan het radiologisch opmeten van het volume of het vaststellen van de afwezigheid (agenese) ervan ons ook de correlatie tussen symptomen en een eventuele atrofie van de bulbus olfactorius aantonen. Het geur- en smaakcentrum wil hierin samenwerken met prof. Philippe Rombaux, die aan de Brusselse UCL academisch onderzoek verricht. Hij beschikt over de enige olfactometer in België, die heel gekalibreerd geurmolecules kan aanbieden om aan de hand van een EEG "olfactory event-related potential" vast te stellen, d.w.z. de effecten van geurstimulatie in de hersenen te meten. Zijn werk is gebaseerd op de theorieën van prof. Thomas Hummel uit Dresden, in Europa pionier in deze materie. Ook functionele beeldvorming zou ons in de toekomst kunnen helpen in de diagnose van geur- en smaakstoornissen."

Diverse oorzaken en pathologieën

Vermindering of verlies van geur- of smaakvermogen kan verschillende oorzaken hebben. Ongeveer een derde is te wijten aan virale aantasting van het geurepitheel, zo'n 20% aan chronische sinusitis of poliposis nasi, die de geurgroeven blokkeert, en 20% aan post-traumatische beschadiging van geurvezels of -epitheel, van de bulbus olfactorius of frontale cortex. Verder kan dit ook medicatie-geïnduceerd zijn, psychiatrische oorzaken hebben of zelfs aangeboren zijn. Vaak beseffen patiënten met een aangeboren afwijking pas later dat er iets aan de hand is omdat er deels compensatie is via de smaakpapillen en de nervus trigeminus. Naast vermindering of afwezigheid van de geurzin bestaan er ook andere pathologieën, zoals parosmie, waarbij geuren anders waargenomen worden, fantosmie, een aandoening van psychiatrische aard die gepaard gaat met geurhallucinaties of kakosmie, de aanhoudende waarneming van een slechte geur, vaak posttraumatisch geïnduceerd.

Geur- en smaaktesten kunnen ook een belangrijke rol spelen in diagnosestelling. Een aantal neurologisch degeneratieve ziektebeelden, zoals de ziekte van Parkinson, gaan gepaard met geur- en smaaksymptomen die al kunnen vastgesteld worden ettelijke jaren voor de cardinale symptomen zich manifesteren. Dat zou toelaten om al in een vroeg stadium een voorzichtige diagnose te stellen en een verhoogde kans op de ziekte te bepalen. Naarmate er voor dergelijke ziektebeelden doorbraken komen in (preventieve) medicamenteuze therapie, zullen geur- en smaaktesten dus aan belang winnen.

Maandelijkse raadplegingen

Het geur- en smaakcentrum van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV reserveert maandelijks één dag voor specifieke geur- en smaakraadplegingen. Niet iedere patiënt met een aanslepende verkoudheid komt hiervoor in aanmerking; de onderzoeken zijn tijdrovend en vooralsnog niet terugbetaald door het RIZIV, dus grotendeels ten laste van de patiënt. Hoewel nog weinig behandelingen voorhanden zijn, is de discipline in volle ontwikkeling en wil het centrum ze mee verder ontplooien. Een mogelijke behandeling, een concept van prof. Hummel, is geurtraining met het oog op herstel van de bulbus olfactorius door frequente en herhaalde stimulatie van de fila olfactoria. De meeste patiënten blijven een jaar in opvolging gezien een eventueel therapeutisch effect doorgaans binnen het jaar bereikt wordt. ■

Afspraken voor deze specifieke raadpleging kunnen gemaakt worden via het secretariaat Neus-, Keel-en Oorziekten op het nummer 050 45 22 80.

Referentie

1. Chandrashekar et al. Nature, November 2006 (Vol 444).

Dienst Cardiologie, een referentie in de hartzorg

dr. Yves Vandekerckhove
diensthoofd Cardiologie

Binnen het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV profileert de dienst Cardiologie zich als een vooruitstrevende, dynamische, maar vooral coherente eenheid. In een interview vroegen we diensthoofd dr. Yves Vandekerckhove om toe te lichten hoe de accenten in de loop der jaren verschoven zijn. Hijzelf en zijn team stellen niet alleen alles in het werk om hartpatiënten de best mogelijke zorgen toe te dienen, maar spitsen er zich ook op toe de kennisevolutie inzake hartritmestoornissen, hartklepziekten en hartverzwakking op de voet te volgen en er vanuit eigen klinisch onderzoek ook zelf toe bij te dragen.

Drie grote pijlers

"Tot een tiental jaar geleden lag de focus binnen het medische domein van de cardiologie op de ischemische hartziekte", aldus dr. Vandekerckhove. "Deze subdiscipline maakt nog steeds een belangrijk onderdeel uit van onze activiteiten, maar de mogelijkheden qua diagnose, behandeling, opvolging en eventuele preventie van herhaling van deze coronaire pathologie staan grotendeels op punt. Omstreeks 2007, met de komst van prof. Mattias Duytschaever en prof. Rene Tavernier, verschoof het accent naar de hartritmestoornissen. Twee pathologieën die hierin sterk op de voorgrond staan, zijn voorkamerfibrillatie en plotse dood, de overkoepelende term voor alle stoornissen die kunnen leiden tot hartstilstand en overlijden. In deze subdiscipline leggen we ons erop toe hartritmestoornissen zo vroegtijdig mogelijk te herkennen, exact te diagnosticeren en de patiënt vervolgens accuraat te begeleiden. Een derde belangrijke patiëntengroep zijn de mensen met een hartklepziekte, één van de belangrijkste oorzaken van hartverzwakking. Dit is de situatie waar zowat alle hartpatiënten uiteindelijk op afstevenen en die hen meteen een stap dichter bij overlijden brengt. Deze fase zo lang mogelijk uitstellen en zo mogelijk voorkomen, vormt één van onze hoofdtaken."

Deze drie patiëntengroepen zijn in goede handen bij de dienst Cardiologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Om geen enkele piste onbewandeld

"Ons klinisch-wetenschappelijk onderzoek zorgt ervoor dat onze medische zorgen wetenschappelijk onderbouwd blijven."

Binnen het STEMI-netwerk krijgt elke patiënt dezelfde behandeling, waar hij ook initieel opgenomen werd.

De dienst Cardiologie investeert in apparatuur om echocardiografiemogelijkheden uit te breiden en te verfijnen.

> "Maandelijks is er coördinerend overleg tussen de diensten Cardiologie, Cardiochirurgie en Cardioanesthesie, binnen het zogenaamde Hartcentrum, om hun projecten aan elkaar af te toetsen."

te laten, vinden op wekelijkse basis hartteamvergaderingen plaats waarin de artsen van de dienst Cardiologie het patiëntenbeleid en de vraag welke patiënten al dan niet baat kunnen hebben bij een hartheelkundige ingreep bespreken met hun collega's van de dienst Cardiochirurgie. Deze dienst ontwikkelde zich vanuit de chirurgie als een afzonderlijke dienst binnen het ziekenhuis, maar de complementariteit van beide diensten spreekt voor zich. Maandelijks is er bovendien coördinerend overleg tussen de diensten Cardiologie, Cardiochirurgie en Cardioanesthesie, binnen het zogenaamde Hartcentrum, om hun projecten aan elkaar af te toetsen.

Wetenschappelijk onderbouwde zorg

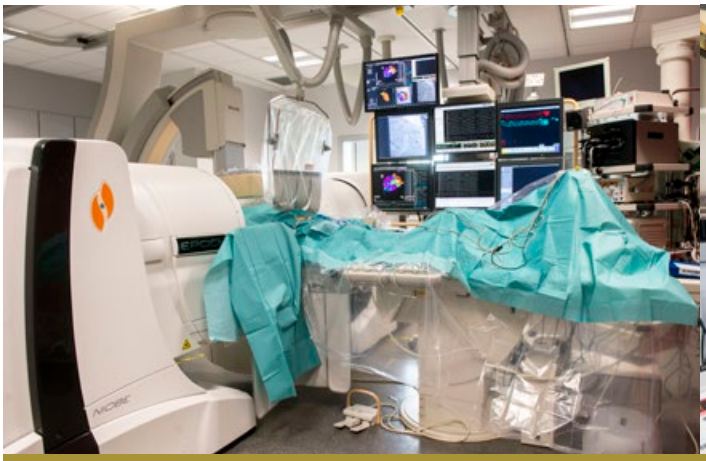
"We willen niet alleen de patiënten in de regio de beste zorgen bieden, maar we hebben ook de ambitie om als een referentie op te treden en de behandeling van patiënten uit een bredere geografische omschrijving positief te beïnvloeden", zegt dr. Vandekerckhove. "Ons klinisch-wetenschappelijk onderzoek zorgt ervoor dat onze medische zorgen wetenschappelijk onderbouwd blijven. De onderzoeksgebieden op het vlak van ischemische hartziekten zijn grotendeels gecoverd, maar op het gebied van hartritmestoornissen, hartklepziekten en hartverzwakking valt er nog veel werk te verrichten! Op verschillende domeinen lopen er dan ook studies op onze dienst en jaarlijks verzorgen we een twintigtal publicaties in gerenommeerde internationale medische tijdschriften. Al onze specialisten zijn betrokken bij nationale en internationale verenigingen in verschillende cardiologische takken."

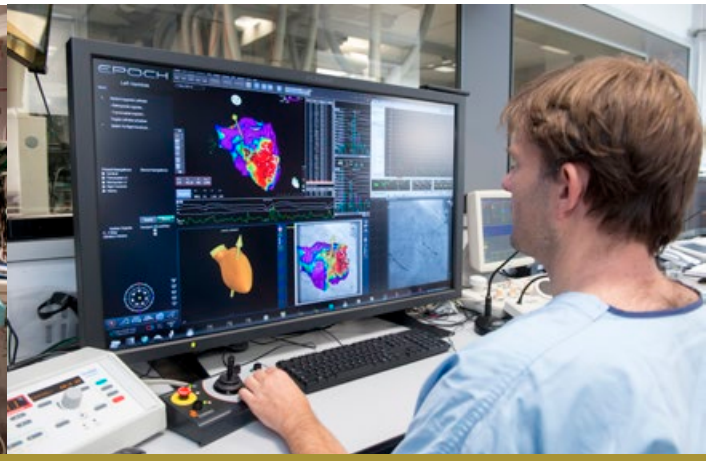
"Op onze dienst zijn continu drie assistenten in opleiding en twee of drie 'fellows'. Dit zijn buitenlandse cardiologen die hier een aanvullend jaar opleiding kunnen volgen in het kader van de Europese EHRA-accreditatie, die aan het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV als eerste in België werd toegekend. Onze congressen zijn ook fel gesmaakt. In de onpare jaren, tijdens onze Live Case Cardiologie Symposia – die op nationale belangstelling mogen rekenen – zenden we procedures in ons cathlab live uit in het Brugse Concertgebouw. In de pare jaren richten we onze International Electrophysiology Workshop in. We vinden het dan ook belangrijk om onze kennis te delen. Zo organiseren we lezingen en cursussen voor huisartsen en specialisten, bijvoorbeeld over elektrocardiografie en het screenen van plotse dood bij jonge sporters."

Technologisch hoogstaand en state-of-the-art

De continue evoluties volgen vergt ook forse investeringen. "Binnen de grenzen van de betaalbaarheid niet alleen de nieuwste technologieën in huis halen, maar ook gespecialiseerd personeel dat deze kan bedienen, is een aanhoudende evenwichtsoefening en vraagt behoorlijk wat creativiteit", zegt dr. Vandekerckhove. "Maar onze dienst aligneert zich daarin met de visie van het ziekenhuis dat innovatieve zorg voor iedereen wil bieden.

Cardiologen uit beide campussen en uit de samenwerkende ziekenhuizen zijn welkom in het cathlab.





Met de magneetgestuurde Stereotaxis kunnen hartritmestoornissen behandeld worden zonder de patiënt zelfs aan te raken.

Vier jaar geleden investeerden we in een Stereotaxis, één van de vier exemplaren in België. Met deze magneetgestuurde robot kunnen we hartritmestoornissen op afstand behandelen."

"Met behulp van een nieuw staflid, dr. Philippe Debonnaire, spitsen we ons toe op de ontwikkeling van echocardiografie en de verschillende subtakken daarbinnen: driedimensionele en inspanningsecho, alsook functionele metingen. Ook hiervoor investeren we in nieuwe apparatuur. Vijf jaar geleden startten we met percutane aortaklepimplantatie (TAVI – Transcatheter Aortic Valve Implantation) en als vierde centrum in België introduceerden we vorig jaar de MitraClip-implantatie voor mitralisklepinsufficiëntie, zodat we ook mensen die niet in aanmerking komen voor chirurgie kunnen helpen. Op dit ogenblik beschikken we over een infrastructuur van vier cathlabzalen voor hartkatheterisatie. Natuurlijk zijn de cardiologen van onze campus Henri Serruys en ook de cardiologen van alle samenwerkende ziekenhuizen welkom om hier gebruik van te maken. Om een state-of-the-art behandeling van patiënten met een acuut hartinfarct na te streven, zijn we binnen het STEMI (ST-Elevatie Myocard Infarct) netwerk ook gelinkt aan alle andere ziekenhuizen in de regio. Een goed uitgebouwde en vlot bereikbare wachtdienst is essentieel binnen dit programma."

Resultaten en teamwerk

Het aandeel medische ingrepen dat de dienst Cardiologie in 2013 voor haar rekening nam, is indrukwekkend. Zo mag ze bij benadering 1.000 van de 20.000 PCI's (Percutane Coronaire Interventies) die in België uitgevoerd werden op haar palmares schrijven, 130 van de 1.500 nieuwe hartdefibrillatorimplantaten en 400 van de 2.500 (dus bijna een zesde) van de ablaties van voorkamerfibrillatie. Mede dankzij dit volume blijft de zorgkwaliteit hoog, maar de kernvereiste om dergelijke resultaten te behalen, is volgens dr. Vandekerckhove een hecht professioneel team. Niet alleen de expertise van de acht stafmedewerkers telt, maar ook de motivatie van de assistenten en fellows, de kennis en kunde van het paramedische team en de inzet van de medische secretaressen. Elke medewerker wordt nauwkeurig gescreend op een goede opleiding, de nodige ervaring en betrouwbaarheid maar vooral ook coöperatieve vaardigheden. Iedereen moet vlot op elkaar kunnen inspelen en de sfeer moet goed zitten.

De ambities van de dienst Cardiologie in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV zijn dus niet gering. Nu en in de toekomst wil ze op constante basis hoogkwalitatieve, wetenschappelijk onderbouwde, maar betaalbare zorg aanbieden aan hartpatiënten. Het sterke team houdt de communicatie met de verwijzer op een hoog peil en profileert zich bovenal als een voortrekker in de hartzorg. ■

Het team van de dienst Cardiologie: v.l.n.r. dr. Luc Missault, dr. Patrick Coussement, dr. Philippe Debonnaire, dr. Yves Vandekerckhove, dr. Rene Tavernier, dr. Mattias Duytschaever, dr. Daniel Dendooven en dr. Luc Muyldermans.

Intraoperatief gebruik van indocyaangroen-angiografie bij **spinale durale arterioveneuze fistel**

dr. Stijn De Muynck, dr. Bart Regaert & dr. Nikolaas Vantomme
Neurochirurgisch Centrum
Noord-West-Vlaanderen

In de vorige editie van azlink wijdden we aandacht aan de investering door het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV in een nieuwe microscoop met een module voor intraoperatieve fluorescentie. Deze techniek werd eveneens toegepast in een casus waarmee dr. Stijn De Muynck recent de jaarlijkse prijs van de Belgische Vereniging voor Neurochirurgie heeft gewonnen.

Casus

Een 53-jarige man met progressieve uitstralende pijn in beide benen, gepaard gaande met paresthesieën, werd oorspronkelijk gediagnosticeerd met een grote discushernia op het niveau L4-L5. Onverwacht verdwenen de symptomen niet na een microdiscectomie. Een bijkomende MRI en conventionele spinale angiografie toonden oedeem op het niveau van de conus medullaris, veroorzaakt door een spinale durale arterioveneuze fistel (SDAVF) op het niveau L2 links.

Spinale durale arterioveneuze fistels zijn de meest frequente vasculaire misvormingen van het ruggenmerg. Het gaat om een abnormale verbinding tussen een durale tak van een radiculaire arterie en een radiculaire vene langsheen de binnenste durale oppervlakte, typisch gelokaliseerd dichtbij de zenuwwortel, lateraal van het neuroforamen.

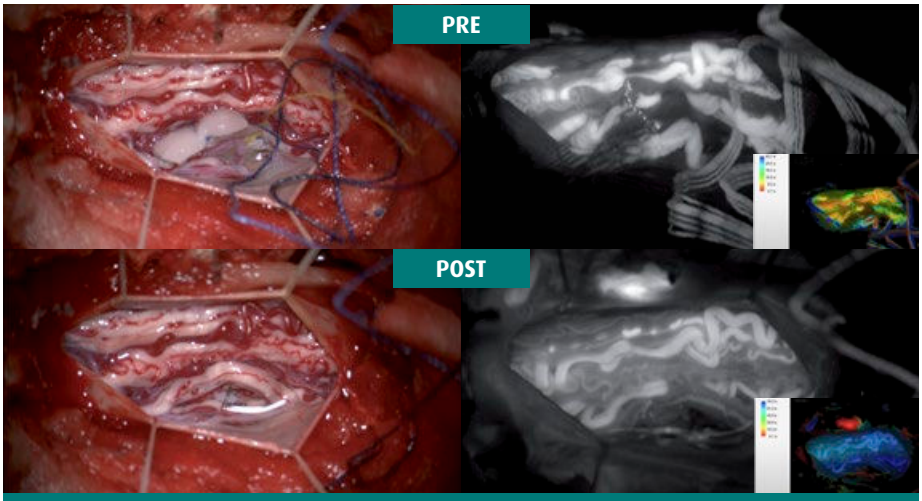
Indocyaangroen-angiografie

De patiënt onderging een microchirurgische clipping van de SDAVF via een interlaminaire benadering op het niveau L2-L3. Vóór het aanbrengen van de clip werd een intraoperatieve videoangiografie met indocyaangroen uitgevoerd om de gearterialiseerde venen van de fistel te identificeren, en na de plaatsing van de clip om de obliteratie van de fistuleuze verbinding te bevestigen, alsook het herstel van de normale bloedstroom.

Besluit

Intraoperatieve angiografie met indocyaangroen speelt een belangrijke rol in de microchirurgische behandeling van spinale durale arterioveneuze fistels. Het biedt real-time informatie over de precieze locatie van de SDAVF en geeft bijkomende zekerheid over de volledigheid van de chirurgische behandeling en het behoud van de normale doorbloeding van het ruggenmerg. ■

Dit preoperatief lateraal (links) en frontaal (rechts) angiogram toont de toevoerende arterie op het niveau van de pedikel L2 links.



Intraoperatieve beelden doorheen de operatiemicroscoop met normaal licht (links) en na toediening van indocyaangroen en illuminatie met IR800-licht (rechts) – vóór en na plaatsing van de clip.
Kleine inzet: Intravasculaire berekening van de stroomsnelheid door middel van een Zeiss OPMI Pentero 900 microscoop.

Nefrologen organiseren succesvolle eerste editie van International Renal Conference in Brugge

Op 21 en 22 maart 2014 woonden niet minder dan 210 nefrologen de First International Renal Conference bij in het Concertgebouw te Brugge. Het programma werd opgesteld door de afdeling Nefrologie en Infectieziekten van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en bestreek alle relevante topics binnen de klinische nefrologie. Het congres was een overweldigend succes en bevestigde de voortrekkersrol van de afdeling in dit medisch vakgebied.

De organisatoren nodigden voor elke subspecialisatie binnen de nefrologie een internationale autoriteit uit. Elke spreker gaf toelichting omtrent baanbrekend klinisch wetenschappelijk onderzoek of vernieuwende inzichten rond de klinische aanpak van een bepaalde pathologie. Bij de keuze van de sprekers ging ook aandacht naar de didactische kwaliteit.

Daarnaast stelde de afdeling Nefrologie en Infectieziekten de resultaten voor van eigen klinisch-wetenschappelijk onderzoek, waarover regelmatig publicaties verschijnen in internationale tijdschriften. Het was de kans bij uitstek voor de klinische nefroloog om op twee dagen tijd een globaal overzicht te krijgen van de stand van zaken binnen de nefrologie.

210 deelnemers woonden de International Renal Conference bij in het Concertgebouw te Brugge.

Evidence-based geneeskunde

Op de afdeling Nefrologie en Infectieziekten wordt evidence-based geneeskunde toegepast, wat wil zeggen dat de artsen de laatste wetenschappelijke inzichten integreren in hun klinisch denken en werken. Voor de samenstelling van het programma werden toonaangevende specialisten in het vakgebied aangesproken via persoonlijke contacten.

Het congres bood de artsen de kans om hun eigen kennis niet alleen te toetsen aan de laatste nieuwe inzichten, maar deze ook open te stellen naar collega's. Het congres was voornamelijk gericht naar praktiserende nefrologen uit België en Nederland, al kon het ook daarbuiten op belangstelling rekenen. Deelnemers kregen een overzicht aangeboden van de laatste stand van zaken in de evidence-based nefrologie. "Enerzijds wilden we met dit congres een brede basis aanbieden, ruimer dan de basiscursussen van de artsen in opleiding. Anderzijds wilden we een state-of-the-art overzicht geven van de verschillende deelaspecten van de nefrologie. Daarin verschilt de opzet van andere congressen, die de onderdelen van deze medische discipline doorgaans selectief aankaarten," aldus de artsen van de afdeling Nefrologie en Infectieziekten.

Wordt vervolgd

Als je weet dat België in totaal 250 nefrologen telt, was deze eerste editie van dit congres met 210 deelnemers zonder meer een succes. Het aanwezige publiek beschreef de referaten stuk voor stuk als topvoordrachten en ook de sprekers waren in de wolken over de organisatie en de locatie van het congres in Brugge.

O.a. dr. Pieter Vermeiren (AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV) en dr. Ben Sprangers (UZ Leuven) namen deel aan een rondetafelgesprek waarin verschillende klinisch-pathologische casussen werden besproken.

Met deze Renal Conference kon de afdeling Nefrologie en Infectieziekten van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV zich profileren als een kwaliteitsvol centrum met een dienstverlening gebaseerd op de recentste stand van zaken, en kon het de nieuwste inzichten delen met collega's uit het vakgebied. Gezien het succes komt er zeker een heruitgave en dit wellicht over drie jaar. ■

Meer info

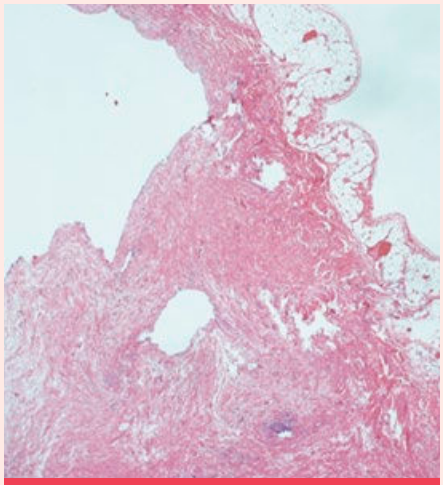
Het volledige programma en een downloadbare versie van de presentaties kan u vinden op www.renalconferencebrugge.be.

Oplossing medical mystery

Anatomopathologisch onderzoek wijst macroscopisch op een cyste met een gewicht van 1480 gram en afmetingen van 20 x 16 x 7 cm. Microscopisch is de cyste afgelijnd door een eenlagig afgeplat tot cilindrisch epitheel (zie figuur). Als besluit wordt gesteld dat het gaat om een goedaardige mesotheliale cyste.

Mesenteriale cysten (pediatrische incidentie van 1/20.000) zijn allen goedaardig, met uitzondering van het kwaadaardig cystisch mesothelioom, en heelkundige resectie is curatief. Onder mesenteriale cysten catalogeert men intra-abdominale cysten uitgaande van het omentum, retroperitoneum en mesenterium van lymfatische of mesotheliale oorsprong.

In zeldzame gevallen gaat het over een enterische duplicatiecyste, cysteus teratoom of pancreatische pseudocyste. Eenvoudige mesotheliale cysten moeten onderscheiden worden van goedaardige cystische mesothelioma, die – hoewel niet-kwaadaardig – een agressief en zelfs invasief verloop kennen, voornamelijk aanwezig zijn in het kleine bekken bij vrouwen van reproductieve leeftijd en een hoge recidiefkans hebben na excisie.



Mesotheliale cyste afgelijnd door een eenlagig afgeplat tot cilindrisch epitheel met onderliggend fibreus stroma.

Voor meer informatie:

dr. Sebastiaan Van Cauwenberge & dr. Sarah Vandenhaute
dienst Algemene, Kinder- en Vaatheelkunde

dr. Ivo Van den Berghe
dienst Anatomopathologie

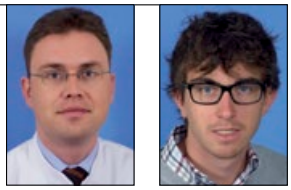
dr. Kris Van De Moortele
dienst Radiologie en Medische Beeldvorming

Referenties

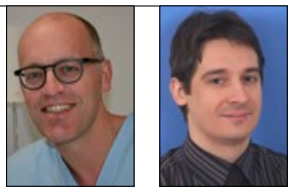
1. Mesenteric cysts. Toward less confusion? de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Dig Surg. 2000.
2. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum in a male child. Stojsic Z1, Jankovic R, Jovanovic B, Vujovic D, Vucinic B, Bacetic D. J Pediatr Surg. 2012.

Plastische reconstructie van **hoofdhuid- en schedelmisvorming**

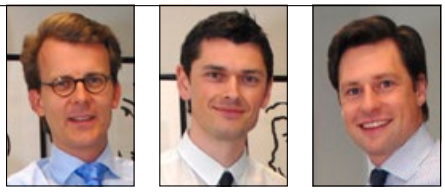
Chirurgen van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV zijn erin geslaagd een grootschalige misvorming van de hoofdhuid en de schedel bij een pasgeboren meisje te behandelen door middel van flapchirurgie.



dr. Nikolaas Vantomme &
dr. Alexander Janssen
dienst Neurochirurgie



dr. Luc Cornette & dr. James D'haese
dienst Neonatologie

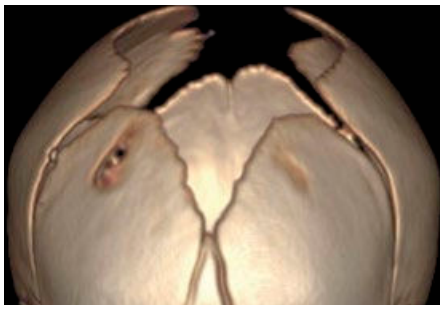


dr. Bob De Frene, dr. Bob Casaer &
dr. Fabrice Rogge
dienst Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde

Aplasia cutis congenita (ACC) is een zeldzame aangeboren misvorming van de huid en subcutis – in zeer zeldzame gevallen ook van het periost, de schedel en de meningen. De laesies kunnen voorkomen op eender welke plaats, maar afwijkingen van de hoofdhuid komen het meest voor.

Casus

Een 29-jarige vrouw, gravida 3 para 3, beviel spontaan van een meisje met een gewicht van 2.260 gram na een zwangerschapsduur van 38 weken en drie dagen. De neonaat had een Apgar-score van 9/10/10 en een lengte van 45,5 cm. Het hoofd van de baby vertoonde een defect van 4,5 x 8,7 cm op de middellijn over de grote fontanel en twee andere, occipitaal gelegen satellietlaesies – en dit over de volledige dikte van de hoofdhuid en de schedel. De dura mater was geheel intact en er was geen



lekkage van cerebrospinaal vocht. Verder was het patiëntje, dat werd doorverwezen vanuit het H.-Hartziekenhuis in Menen (dr. John Jijo), volledig gezond.

Chirurgische ingreep

De vierde dag na de geboorte werd een reconstructie van de schedel gepland. Eerst werd de huid rondom het defect losgemaakt van de dura mater en botrand door neurochirurg dr. Nikolaas Vantomme. De randen van het schedeldefect werden gecuretteerd om de aangroei van bot in de richting van het defect te bevorderen.

Daarna werd door plastisch chirurg dr. Fabrice Rogge een uitgebreide subgaleale dissectie uitgevoerd, waarbij ook drie huidincisies gemaakt werden: twee bilaterale frontale incisies en een naar posterieur gebogen incisie. De huidflappen werden progressief losgemaakt met respect voor de vasculaire steel (arteria temporalis en occipitalis). Daarna werden de huidflappen op zo'n manier gedraaid en verplaatst dat de wonde volledig bedekt kon worden zonder gebruik te moeten maken van een huidgreffe.

De postoperatieve herstelperiode verliep ongecompliceerd. Binnen de drie weken waren de huidflappen genezen en zorgden ze voor een goede huidbedekking over de wonden. Verdere opvolging is noodzakelijk om een stabiel functioneel en esthetisch resultaat te bekomen. Het team besliste om de botreconstructie uit te stellen; in de meeste gevallen geneest dit spontaan bij verdere groei.

Vergelijking van mogelijke behandelingen

De behandeling van ACC is altijd al het voorwerp van discussie geweest. Zowel een conservatieve behandeling als een vroege chirurgische interventie werden voorgesteld.[1,2] Het team is van mening dat de vroege chirurgische interventie de beste optie is. ■

Referenties

1. Ploplys EA, Muzaffar AR, Gruss JS et al. Early composite cranioplasty in infants with severe aplasia cutis congenita: A report of two cases. Cleft Palate Craniofac J 2005; 42: 442-447.
2. Koshy CE, Waterhouse N, Peterson D. Large scalp and skull defects in aplasia cutis congenita. Br J Plast Surg 2001; 54: 276-277.
3. Schnabl SM, Horch RE, Ganslandt O et al. Aplasia cutis congenita - Plastic reconstruction of three scalp and skull defects with two opposed scalp rotation flaps and split thickness skin grafting.

Conservatieve behandeling	Vroege chirurgische interventie
Oppervlakkige misvormingen	Grote misvormingen bij stabiele pasgeborenen
Spontane ontwikkeling van granulatieweefsel en epitheelvorming	Lokale rotatieflappen van de hoofdhuid (gesteeld op de arteria temporalis en occipitalis) in de eerste dagen Behandeling van botdefecten kan uitgesteld worden (deze verminderen of genezen spontaan in de meeste gevallen)
Vochtige antibacteriële kompressen zijn noodzakelijk	Occlusieve kompressen vóór de operatie
Mogelijke fatale complicaties: meningitis en uitdroging van de wonde met risico op het scheuren van de dura	Necrose van de huidflap op basis van vasculaire insufficiëntie (minder indien axiaal gevasculiseerde flappen gebruikt worden)
Onevenwicht van de elektrolyten veroorzaakt door hoofdhuidmisvorming, resulterend in hypernatremie, epileptische toevallen en episodes van apneu	Vereist een hoog niveau van expertise

Nieuwe artsen

dr. Christophe De Soete
dienst Medische Oncologie

Dr. Christophe De Soete promoveerde in 1998 tot internist-medisch oncoloog aan de Rijksuniversiteit Gent o.l.v. prof. dr. Simon Van Belle. Daarna volgde hij in het UZ Leuven een extra jaar opleiding in de medische oncologie en in de hematologie o.l.v. respectievelijk prof. dr. Allan van Oosterom en prof. dr. Marc Boogaerts. Na vijf jaar dienst als medisch oncoloog/algemeen internist in het toenmalig Henri Serruys Ziekenhuis was hij tot midden 2012 diensthoofd Medische Oncologie in het AZ Sint-Lucas te Assebroek. Aansluitend was hij werkzaam als oncoloog/hematoloog/palliatief arts in het Mariaziekenhuis Noord-Limburg. In mei 2013 is hij dr. Gilbert De Wasch opgevolgd als medisch oncoloog en als coördinator van het oncologisch zorgprogramma op campus Henri Serruys van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Zijn bijzondere interesse gaat uit naar de behandeling van gynaecologische, hoofd-hals-, urologische en huidtumoren. Belangrijk hierbij is dat de aanpak geschoeid is op een leest van duidelijke en eerlijke communicatie, empathisch aanvoelen en een brede multidisciplinaire ondersteuning.

dr. Karine Helsen
dienst Gynaecologie-Verloskunde

Op 1 januari 2014 werd dr. Karine Helsen definitief aangesteld als geneesheer-specialist op de dienst Gynaecologie-Verloskunde van campus Henri Serruys. Dr. Helsen studeerde aan de KU Leuven bij prof. André Van Assche. Ze voltooide haar opleiding tot gynaecoloog gedurende een tienjarig verblijf in Engeland. In Zuid-Afrika volgde zij een opleiding in het Chris Hani Baragwanath Hospital en daarna in een private praktijk in Johannesburg. Dr. Helsen hoopt met haar collega's te kunnen samenwerken op een complementaire en ondersteunende manier.

AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, the page to like

Voor diepgaandere informatie over de recentste evoluties en belangrijk nieuws op medisch gebied in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV blijft azlink uw bron bij uitstek, maar algemene informatie of leuke wetenswaardigheden verschijnen voortaan ook op onze Facebookpagina.

We verwelkomen er personeelsleden, artsen, patiënten en bezoekers... kortom iedereen die op de een of andere manier affiniteit heeft met ons ziekenhuis.

U vindt ons op:
www.facebook.com/azsintjanbruggeoostende

Klik de 'Vind ik leuk'-knop aan om ons gemakkelijk terug op te sporen en al onze berichten in uw nieuwsoverzicht te ontvangen, en vergeet ons niet te delen met vrienden én patiënten.

Health Care Academy
Manage your knowledge

Werk samen met ons aan nog betere colloquia, symposia en congressen

Health Care Academy helpt u als arts reeds om uw professionele vorming eenvoudig te beheren:
- U wordt op de hoogte gehouden van activiteiten die u interesseren
- De activiteiten worden geïntegreerd in uw Outlook agenda
- Uw accreditatiepunten worden automatisch bijgehouden en verzonden naar het RIZIV

Vanaf de nieuwe jaargang azcolloquia zal het platform u de kans bieden om:
- Informatie te downloaden omtrent de voorbije sessies voor eigen gebruik
- Online uw feedback over de sessies te geven

Neem snel een kijkje op www.healthcareacademy.eu.

Critical Care Issues 2014

8th Symposium on Intensive Care - **20 September 2014 – Concertgebouw, 't Zand 34, 8000 Brugge**

Program, registration and more information: intensive.care@azsintjan.be or 050 45 30 45

European "Atherosclerosis and Cardio-Endocrine Biomarkers" Course

Organized by the Belgian Atherosclerosis Society/Lipid Club (BAS/BLC) and Royal Belgian Society of Clinical Chemistry (RBSCC) under auspices of the European Atherosclerosis Society (EAS)

25 & 26 September 2014 – Kamermuziekzaal, Concert Hall Brugge, 't Zand 34, 8000 Brugge
27 September 2014 – Auditoire Marie Curie, Université de Mons, Place du Parc 20, 7000 Mons

Program, registration and more information: michel.langlois@azsintjan.be

Belgian Atherosclerosis Society
Belgian Lipid Club
www.lipidclub.be

az sint-jan
brugge - oostende av