

Edito

Hubris en Humilitas

'On a perdu les pédales' zeggen onze zuiderburen mij. We beleven inderdaad ongewone tijden. Wie had verwacht dat onze grootste financiële trots van België het faillissement nabij was, stervensdood... Ondertussen weten we dat de oorzaken niet louter aan externe factoren zijn toe te schrijven, maar evenzeer een gevolg zijn van de "blurred vision", het totaal verlies van de realiteit van zijn verantwoordelijken.

We leven (leefden) in een wereld waarbij de sky the limit is (was) en waarbij ons verwachtingspatroon exuberant en (zoals nu blijkt) onrealistisch is. Hoe zijn we in zo'n situatie verzeild geraakt? Laat ons daarom even in eigen boezem kijken. Iedereen draagt immers verantwoordelijkheid. Je kan nu eenmaal niet uitgeven wat je nu (en later) niet bezit. Je kan niet weggeven met de ene hand wat de andere niet ontvangt. Je kan niet eisen dat financiële beleggingen risicoloos zijn. Als de huidige financieel-economische crisis ons iets geleerd heeft, is het dit:

- dat het oude gezegde "hoogmoed komt voor de val" waarheid is, maar ook
- dat we de schuld steeds weer naar de ander toeschuiven en onszelf vrijpleiten van iedere verantwoordelijkheid: het spel met de zwarte piet.

Deze beweringen zijn evenzeer toepasbaar binnen de medische wereld. Foutieve medische inschattingen en handelingen zijn menselijk en als we heel eerlijk zijn met onszelf, moeten we toegeven dat dit ons allemaal eens overkomt. We moeten ons hoeden te werken op 'automatische piloot' maar kritisch blijven ten opzichte van onszelf en onze collega's en leren uit ons falen. Dit heeft niets met kennis te maken, maar zoveel meer met zelfkennis en reflectie.

Onfeilbaarheid bestaat niet binnen de geneeskunde:
 We simply are no Gods!

Van patiënten – en per extensie de maatschappij – mag evenzeer een realistisch verwachtingspatroon gevraagd worden:
 Nobody lives forever!

De huidige technologische evolutie doet vermoeden dat voor alle medische problemen een oplossing bestaat waarbij het gevaar reëel is dat mensen en patiënten dit ook zo percipiëren. Tezelfdertijd houden velen er een ongezonde levensstijl op na of houden zij zich niet aan de richtlijnen voorgeschreven door de zorgverstrekkers. Verantwoordelijkheid en plichten zijn vaak ver te zoeken.

Het is zelfs 'up-to-date' en een 'habit' om in alles wat medisch (en niet medisch) misgaat een schuldige, een verantwoordelijke te zoeken zonder zichzelf, zijn lifestyle, zijn plichten in vraag te stellen, en te aanvaarden dat het leven eindig is, dat sommige dingen nu eenmaal gebeuren... dat elke dag leven een klein beetje sterven is.

De huidige 'crisis' draait niet louter om geld en macht. Het gaat om hoogmoed en nederigheid, om rechten en plichten, om aanvaarding en verantwoordelijkheid... in het leven van iedereen en elke dag. ■

Dr. Jan Beyls
 Hoofdredacteur

Moderne coagulatietechnologie en weefselfusie in operatiekwardier
 Nucleaire geneeskunde

2

What's new in Neurology?
 Revalidatiedienst

3

4

Nieuwe artsen
 Weetjes

Edito

Moderne coagulatietechnologie en weefselfusie in operatiekwartier

Vanaf mei 2008 zijn alle operatiezalen in het Sint-Andries-ziekenhuis uitgerust met de modernste elektrochirurgische toestellen. Naast de aanwezigheid van het CUSA instrumentarium, speciaal ontworpen voor o.a. leverchirurgie, is er met de komst van het Force TRIAD energieplatform een volledig uitgerust elektroheeskundig systeem voor zowel open als voor hoogtechnologische laparoscopische chirurgische procedures.

De toestellen leveren verbeterde monopolaire en bipolaire snijsignalen waardoor snijden en coaguleren efficiënter en sneller wordt. Voor zowel gynaecologische, abdominale en urologische laparoscopische heekunde zullen de dissectiemogelijkheden fijner kunnen worden afgesteld. Voor alle operaties zal een optimalere hemostase kunnen bekomen worden.

Verder beschikken de toestellen over de LigaSure weefselfusie-technologie die zowel bij weefsel- als vaatfusie

meer dan haar degelijkheid bewezen heeft. Ook dit deel van het toestel kan zowel in laparoscopische ingrepen als in open heekunde gebruikt worden door middel van verschillende verwisselbare handstukken. In ingrepen zoals colonresecties (5), hysterectomieën (6), thyroïdectomieën(3), nefrectomieën e.a werd in meerdere studies een tijdswinst opgemeten met het LigaSure toestel. In proctologische hemorrhoidale ingrepen in het bijzonder werd in meerdere prospectieve gerandomiseerde studies (2) en in één meta-analyse (4) aangetoond dat door gebruik van LigaSure de ingreep sneller kan uitgevoerd worden met minder bloedverlies en over het algemeen met minder pijn (dan de conventionele hemorrhoidectomie). ■

dr. Peter Lissens

Heekunde

peter.lissens@sintandriestielt.be

Referenties:

1. Valleylab, Tyco healthcare.
2. Haemorrhoidal disease, Surgery of colon, rectum and anus, chapter 8, 360, ed. 2007.
3. Lepner U. e.a. LigaSure Vessel sealing system vs conventional vessel ligation in thyroidectomy, Scand j. Surg. 2007;96 (1): 31-4.
4. Tan EK e.a. Meta-analysis of short-term outcomes of randomized controlled trials of LigaSure vs conventional hemorrhoidectomy, Arch. Surg. 2007 dec.; 142 (12): 1209-18; discussion 1218.
5. Kössi J. e.a. Laparoscopic sigmoid and rectal resection using an electrothermal bipolar vessel sealing device. J. Laparoendosc. Ad. Urg Tech A. 2007 Dec. 17 (6)/719-22.
6. Demir A. e.a. Prospective comparison of tissue trauma after laparoscopic hysterectomy. ...Arch. Gynaecol. Obstet. 2008 Apr. 277(4)/325-330.

Nucleaire geneeskunde

Nucleaire geneeskunde is een buitenbeentje in de geneeskunde en blijft een klein broertje van de radiologie. Desondanks betreft het een boeiende discipline met vele toepassingen.

Zoals radiologie, is isotopen een beeldvormingsmethode. Het grote verschil is dat waar radiologie X-stralen door de patiënt stuurt, wij de radioactiviteit selectief gaan injecteren. Naargelang hetgeen men wil visualiseren, kunnen wij biologische moleculen koppelen met een radioactief vlaggetje in uiterst kleine hoeveelheden om zo specifieke processen te belichten. Het meest gebruikte isotoop is technetium. Daarnaast zijn er vb. PET tracers (radioactief suiker) dat belangrijk is in oncologie. Een ander verschil is dat wij voornamelijk metabole informatie geven en minder anatomisch detail. Door de introductie van hybride toestellen (combinatie van isotopencamera en een CT) is dit probleem van de baan en krijgen we nu gecombineerde informatie op een fusiebeeld.

Veelgebruikte onderzoeken zijn voornamelijk de onderzoeken van skelet, hart, schildklier en longen. Minder frequent zijn onderzoeken van nieren, maag-darmstelsel, zeldzame tumoren en hersenen. Het is zelfs zo dat men voor één orgaan(stelsel) meerdere tracers heeft. Zo kan men voor nieren zowel een MAG3/DTPA als een DMSA onderzoek uitvoeren. Vandaar is het belangrijk dat men bij het maken van een afspraak voldoende klinische inlichtingen heeft om het juiste onderzoek uit te kiezen. We bezorgen u spoedig een overzichtsbroschure (incl. praktische info) van al onze onderzoeken.

Naar jullie als huisarts toe, zijn er een aantal frequente

onderzoeken mogelijk van toepassing. Een trauma leidt vaak tot RX. Soms is deze negatief en/of blijft de patiënt klagen over pijn. Het kan nuttig zijn om **vrij snel** een botscan aan te vragen. Niet alleen is een botscan uitermate gevoelig voor het minste trauma, maar het is een foto van heel het skelet in slechts 10 min. Bij patiënten in een verkeersongeval is dit nuttig om verdoken fracturen op te sporen. We visualiseren ook degeneratieve, infectieuze en andere skeletpathologie.

Ook schildklierproblemen komen vaak voor (te snel of traag werken). Een schildklierscan kan de diagnose helpen sturen. Bij vermoeden van longembolus heeft CT een belangrijke rol. Kleinere, oudere en perifere longembolus die de kleine bloedvaatjes opstoppen, kunnen soms gemist worden, maar zijn goed zichtbaar op V/Q scan. In de toekomst kan een gecombineerd onderzoek alle informatie bundelen. Bij patiënten met maag(motiliteits)problemen of kinderen met reflux kunnen wij dynamische informatie geven over de passage/reflux van een voedselbolus tegen lage stralingsbelasting.

Voor de overgrote meerderheid der onderzoeken valt de stralingsbelasting zeer goed mee en ligt het niveau vaak onder dat van een contrast-CT. ■

dr. Gerard Moulin-Romsée

Nucleaire geneeskunde

gerard.moulinromsee@sintandriestielt.be

Aarzel niet om mij te contacteren

What's new in Neurology?

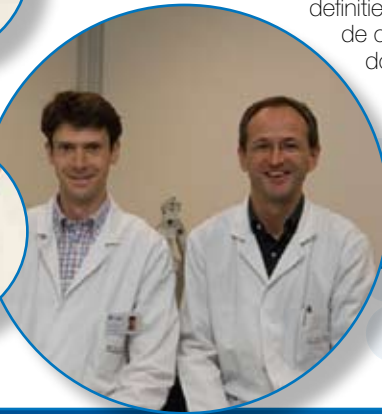
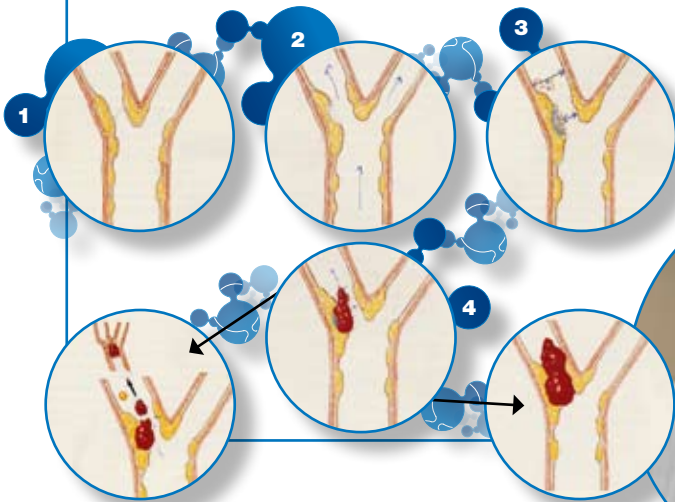
Vwb ischemische cerebrovasculaire accidenten (CVA):

De ECASS3 studie toont aan dat intraveneuze thrombolysie tot 4,5 uur na het begin van de ischemie efficiënt is en de winst aangaande invaliditeit het haalt boven het verhoogde risico op een (fatale) hersenbloeding in de acute fase. In België is er (voorlopig) nog geen registratie. Deze studie bevestigt echter het belang van IV thrombolysie en zal binnenkort het huidig therapeutisch venster van 3 uur verruimen. "TIME IS BRAIN" dient evenwel in ons collectief neurologisch geheugen present te blijven: hoe sneller de pt met IV rTPA wordt behandeld, des te kleiner de kans op blijvende invaliditeit. Deze behandeling mag enkel worden toegediend op een gekeurde stroke-unit (aanwezig in SAT) volgens geijkte monitoringprincipes.

Vwb ziekte van Parkinson:

Na de honeymoonjaren waarin de nieuw gediagnosticeerde Parkinsonpatiënt veelal uitstekend respondeert aan de dopaminerge medicatie, ontwikkelt hij de onvermijdelijke langetermijnsbijwerkingen op L-dopa (Prolopa, Sinemet): end-of-dose fenomeen (de L-dopa is te snel uitgewerkt), motorische fluctuaties (uren van blokkages worden afgewisseld met beter mobiele fases, echter veelal verwikkeld met storende overbeweegelijkheid = dyskinesieën). Deze kunnen worden behandeld en mogelijk voorkomen door continue L-dopa stimulatie. In eerste instantie wordt gepoogd met COMT inhibitoren (Comtan, Tasmar, Stalevo) de L-dopa bloedpieken af te scherpen; in tweede instantie hebben we het DUODOPA systeem voorhanden waarbij gevorderde patiënten via een PEG-sonde uitermate gelijkmatig L-dopa worden toegediend. Een week observatie (met duodenale toediening van L-dopa via een neussonde) laat toe de patiënt in goede en slechte status (met en zonder medicatie) te filmen en een dossier op te maken dat moet worden voorgelegd aan een RIZIV-commissie. Na goedkeuring wordt een definitieve gastrostomiesonde geplaatst en de continue L-dopa toediening voorzien door een portable pomp. ■

dr. Philippe Tack en dr. Bart Lamont
Neurologie
philippe.tack@sintandriestielt.be
bart.lamont@sintandriestielt.be



Revalidatiedienst

De revalidatiedienst van het Sint-Andriesziekenhuis Tielt biedt behandeling zowel aan gehospitaliseerde als aan ambulante patiënten. Revalidatie is vermoedelijk het prototype van teamwork in de geneeskunde. Uiteraard behoudt elke entiteit zijn eigenheid. Afhankelijk van de aard en complexiteit van de aandoening worden kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen en/of sociale dienst ingeschakeld.

Het revalidatieproces wordt gecoördineerd door de revalidatieartsen. Er is een wekelijks overleg waarbij de behandelingen op elkaar afgestemd kunnen worden volgens de evolutie. Er blijft ook een nauwe samenwerking met de verwijzende collega's.

In de loop der jaren ontstonden steeds meer subspecialisaties in de revalidatie. Zo behandelen we in hoofdzaak neurologische en locomotorische aandoeningen. Maar ook cardiale, respiratoire en oncologische revalidatie krijgen steeds meer aandacht en zullen in de toekomst nog uitgebreid worden.

Binnen de locomotorische aandoeningen is er een belangrijke plaats voor de rugschool. Ook dit krijgt een multidisciplinaire aanpak. Naast algemene stabilisatietraining en (re)tonificatie van rug- en buikmusculatuur is ook ergonomie essentieel bij chronische rugpijn. Om de functionaliteit van de patiënten te verhogen, evalueren en trainen de ergotherapeuten ADL-situaties. Eventueel dienen hulpmiddelen ingeschakeld te worden.

Ook cognitieve functies, zoals aandacht, planning, geheugen, kunnen aan de hand van uiteenlopende opdrachten verbeterd worden.

Bij diverse pathologieën kan hydrotherapie (in aangenaam warm water) toegevoegd worden. Deze vorm van oefentherapie is minder belastend door de opwaartse kracht van het water. Dit biedt dan ook mogelijkheden voor mensen die niet volledig belast mogen of kunnen oefenen. Naast mobilisering en spierversterking kan er ook relaxerend gewerkt worden. Ook aërobe conditietraining wordt subaquaal toegepast o.a. bij fibromyalgie patiënten. Bij deze patiëntengroep kan het lotgenotencontact ook een positieve invloed hebben. ■

dr. Gretel Descheemaeker
Fysiotherapie en revalidatie
gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be



Nieuwe artsen

Dr. Gretel Descheemaeker - fysiotherapeut en revalidatiearts

Dr. Gretel Descheemaeker is sinds 1 oktober 2008 in het Sint-Andriesziekenhuis aan het werk als fysiotherapeut en revalidatiearts. Ze behaalde in 2003 haar diploma van arts aan de Katholieke Universiteit Leuven. Ze volgde als bijkomende opleidingen: electrocardiografie voor huisartsen, manuele geneeskunde en sportgeneeskunde. In oktober 2008 startte zij haar opleiding functionele en socio-professionele revalidatie van gehandicapten.



Dr. Kristien Evens - kinderarts

Dr. Kristien Evens is sinds 1 oktober 2008 verbonden aan het Sint-Andriesziekenhuis als vierde kinderarts. Ze behaalde in 2003 het diploma Arts aan de Katholieke Universiteit Leuven. Daarna specialiseerde zij zich in de Kindergeneeskunde, onder leiding van Prof. Dr. P. Casar en Prof. Dr. Chr. Van Geet.



Weetjes

- Vanaf 1/9/2008 bestaat de mogelijkheid tot "Open Longfunctie Labo". Patiënten kunnen elke woensdag van 10 tot 12 uur verwezen worden voor het uitvoeren van een longfunctie. Afspraak via secretariaat Inwendige Ziekten 051/42 51 60 (uitgebreide mailing is reeds gebeurd via huisartsenkring).
- Tijdens Open Bedrijvendag 2008 vonden niet minder dan 3.500 bezoekers de weg naar het Sint-Andriesziekenhuis. Zij werden rondgeleid langsheen een boeiend parcours.
- Vanaf 1 februari 2009 wordt de dienst inwendige geneeskunde van het Sint-Andriesziekenhuis uitgebreid met een geriater, dr. Sandra Maertens. U zal bij haar terecht kunnen voor alle raadplegingen ivm geriatric. Dr. Maertens zal ook instaan voor het geriatricisch dagziekenhuis en de interne en externe liaisonfunctie, conform de wettelijke bepalingen omtrent het zorgprogramma voor de geriatriche patiënt.
- Vanaf 1 april 2009 wordt de dienst inwendige geneeskunde van het Sint-Andriesziekenhuis uitgebreid met een endocrinoloog, dr. Evy Degrande. Zij zal ook deeltijds instaan voor de dienst geriatric.



Navormingsprogramma voorjaar 2009:

- Dinsdag 31 maart 2009: dr. Evy Degrande en dr. Sandra Maertens, endocrinologie en geriatric
- Di 19 mei 2009: dr. Gerard Moulin-Romsée, dr. Ann Van Leemput en dr. Astrid Leus, nucleaire geneeskunde en radiologie

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blancquaert: sofie.blancquaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Mevr. Betty de Muelenaere: betty.de.muelenaere@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Deros: danny.deros@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur

Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Gretel Descheemaeker: gretel.descheemaeker@sintandriestielt.be
Dr. Bart Lamont: bart.lamont@sintandriestielt.be
Dr. Peter Lissens: peter.lissens@sintandriestielt.be
Dr. Gerard Moulin-Romsée: gerard.moulinromsee@sintandriestielt.be
Dr. Philippe Tack: philippe.tack@sintandriestielt.be

Lay-out & Druk

Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.com

Verantwoordelijke uitgever

Dr. Jo Vander Plaetsen
Hoofdgeneesheer Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Krommewalstraat 11
8700 Tielt
www.sintandriestielt.be

Foto's

Frank Boone, Filip Ledoux,
Luc Verheye, Geert Tits

Sponsors



sanofi aventis

Gezondheid boven alles



The next generation biopharma leader

NYCOMED

NOVARTIS
OPHTHALMICS

