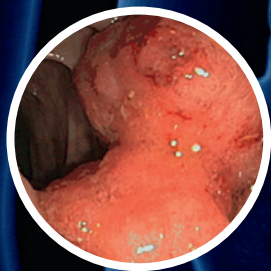


OLV insideout

medisch-wetenschappelijke
informatie voor artsen en
professionele zorgverleners

december 2016 - nummer 6



Dossier behandeling van digestieve tumoren

"Elk jaar verschuiven we de grens en kunnen we steeds méér patiënten een curatieve optie aanbieden"

Ook in deze editie

Ballondilatatie van de buis van Eustachius

Endovasculaire behandeling van stenose van pulmonale venen

TOP: Totaal Orthopedisch Programma

Low Flow-anesthesie

Update diabetesconventie

Beste collega,

In het voorwoord van de vorige editie - mei 2016 - kwamen de nakende **overheidsbesparingen in de gezondheidssector** al aan bod. Op de werkvloer overheerste de klassieke BOHICA-strategie*; het zou allemaal wel overwaaien. De zakken waren immers dichtgenaaid. Enkele weken geleden volgde evenwel een duidelijke communicatie vanuit het kabinet. Het vet is echt wel van de soep. Er dient bijkomend bespaard. De 'sterkste schouder' worden extra op de proef gesteld. Inmiddels is het dus overduidelijk geworden dat een belangrijk deel van de besparingen toch weer wél in de gezondheidssector zal gezocht worden. Alle zorgverleners, ook de zelfstandige artsen zullen moeten inleveren. Wie in een ziekenhuis actief is, zal de gevolgen van de besparingen voelen. De patiënt zou het niet mogen voelen. Enkel de tijd zal uitwijzen of deze 'aspirational goal' bewaarheid zal worden. The proof of the pudding will be in the eating.

Voor de ziekenhuizen lijkt de budgettaire kaasschaaf in ieder geval vervangen te worden door een scalpel dat diep kan snijden. Besparingen die verder gaan dan de 'cutting edge' bloeden wel al eens profuus. Geen goed nieuws voor die ziekenhuizen die nu reeds met de rode cijfers geconfronteerd worden. Alleszins een grote uitdaging voor éénieder die nu het budget van 2017 opmaakt. De definitie van een klassiek ziekenhuis wordt overigens gaandeweg herschreven. Netwerken is het ordewoord. Ziekenhuizen die niet spontaan naar samenwerking zoeken, zullen merken dat ze niet alle vertrouwde activiteiten nog zelfstandig gefinancierd krijgen. U weet in dit verband dat er al langer constructieve besprekingen lopen tussen het ASZ, AZ Sint-Blasius uit Dendermonde en het OLV Ziekenhuis. Onze inspanningen en besprekingen werpen vruchten af. We zochten immers naar samenwerking omdat we alleen op die manier ook in de toekomst aan onze patiënten de best mogelijke zorg in eigen regio kunnen blijven aanbieden.

Een volledige fusie is vandaag niet aan de orde. Dit zou overigens niet het antwoord zijn op de voorliggende vraag: Hoe rationaliseren we een duur zorgaanbod waarbij we de specifieke functie van de campussen toch valoriseren. Hoe realiseren we toegevoegde waarde met subsidiariteit? Wij onderzochten hoe wij intensief kunnen samenwerken en toch binnen bepaalde grenzen onze autonomie en eigenheid konden behouden. Dat is niet evident, maar stapsgewijs komen we steeds dichterbij.

Tegen de jaarwissel zullen wij met de drie betrokken ziekenhuizen een **charter ondertekenen waarin 'the way forward' staat uitgestippeld**: (a) wij willen samen een volledig zorgaanbod kunnen aanbieden in onze regio, (b) wij willen samenwerken als gelijke partners, (c) wij streven naar een samenwerking die is gebaseerd op de volgende vier pijlers:

1. Toegankelijke zorg
2. Kwaliteitvolle zorg
3. Medische innovatie en onderzoek
4. Financiële performantie (om te kunnen investeren in kwaliteit en innovatie) kandidatuur.

Met de ondertekening van het charter stappen de drie ziekenhuizen in de eerste fase naar een steeds hechtere samenwerking.

Het PET-dossier zal overigens een eerste concreet dossier zijn waarin een erkenning aan een netwerk van ziekenhuizen in de regio wordt toebedeeld. De definitieve beslissing van de minister wordt eerstdaags verwacht.



De artsen, directies en bestuursleden van de drie ziekenhuizen werken volop aan een manier om ook andere zogenaamde **ziekenhuisoverschrijdende associaties mee vorm** te geven en adequaat te ondersteunen én te beheren. Ons project om in de Denderregio dergelijk netwerk op te zetten, wordt dan stilaan heel concreet. Uiteraard zijn er historisch te verklaren verschillen in visie; maar die worden stelselmatig weggewerkt. In de nabije toekomst hoort u hierover ongetwijfeld meer.

Omdat de omgeving waarin wij werken sterk verandert, moeten we frequent onze strategie toetsen. Bij de opmaak van onze strategie voor de periode 2014-2020 gingen we ervan uit dat de overheidsfinanciering ontoereikend zou zijn om in Asse een 'kleine versie' van ons ziekenhuis in Aalst in stand te houden in de toekomst. Ondertussen is die veronderstelling bevestigd. Daarom heeft het OLV Ziekenhuis voor Campus Asse nu ook een project opgestart om een aantal **'focused clinics'** te ontwikkelen. Dat zijn medische praktijken die zich ook binnen een basisziekenhuis toeleggen op ingrepen en behandelingen met laag of medium variabele zorg. Het gaat dus over sterk gestandaardiseerde behandelingen, die ambulante, in dagkliniek of met een beperkte hospitalisatie kunnen gebeuren. Het kan bijvoorbeeld gaan om handchirurgie of om het behandelen van liesbreuken of problemen met de galblaas. In dit nummer leest u bijvoorbeeld hoe we het mogelijk willen maken om met de opstart van een Totaal Orthopedisch Programma op Campus Asse patiënten na een totale knie- of heupprothese al na drie dagen hospitalisatie terug naar huis te laten keren. In 2017 mag u van ons zeker meer nieuws over dergelijke focusklinieken verwachten. Wij willen hier dus méér inzetten op planbare zorg en op daghospitalisatie of kortverblijf. Hiertoe hebben we tijdelijk de bedden capaciteit op Campus Asse herschikt. Wellicht zullen de overheidsbesparingen in 2017 tot een gelijkaardige oefening op Campus Aalst leiden.

In Campus Aalst bundelen we onze expertise op het vlak van complexere ingrepen en behandelingen die tot een langere hospitalisatie kunnen leiden. Door intensief samen te werken, zullen de ziekenhuizen uit de regio in staat blijven om **ook in de toekomst medische innovatie te brengen**. In deze editie van OLV Inside Out vindt u alvast enkele illustraties van medische innovatie op verschillende terreinen: low flow-anesthesie, ballondilatatie van de buis van Eustachius bij tinnitus, state-of-the-art behandeling van digestieve tumoren, endovasculaire behandeling van stenose van de pulmonale venen, flash-glucosemonitoring bij diabetes of het hierboven vermelde orthopedisch programma voor totale knie- en heupprothesen.

Ik hoop dat u in de eindejaarperiode even de tijd vindt: om dit tijdschrift te doorbladeren, maar vooral om te genieten van het samenzijn met uw gezin, familie en vrienden.

Ik wens u veel leesgenot,

Dokter Eric Wyffels,
Hoofdgeneesheer OLV Ziekenhuis

JCI-accreditatie biedt kwaliteitsgarantie voor de patiënt

Het OLV Ziekenhuis biedt kwaliteitsvolle dienstverlening en stelt de patiënt centraal. Dat is bevestigd door de Joint Commission International (JCI). Na een uitgebreide en vijf dagen durende audit op 350 standaarden en 1.200 meetpunten kende de internationale en onafhankelijke organisatie JCI op 15 juni 2016 het ziekenhuis een accreditatie toe. De JCI-auditors spraken van een "excellent" resultaat voor het OLV Ziekenhuis. De accreditatie geldt voor alle campussen. Voor de patiënten betekent dit de garantie op kwaliteit, voor onze medewerkers en artsen een erkenning van hun expertise en een beloning voor hun inspanningen.



Hart-longtransplantatie vermeden door endovasculaire behandeling van stenose van pulmonale venen

Technisch huzarenstukje voor moeilijk te behandelen complicatie, waardoor een ingrijpende hart-longtransplantatie kon vermeden worden.

De voorbije zomer werden in het OLV Ziekenhuis te Aalst voor het eerst stents via katheterisatie langs de lies aangebracht om vernauwingen in de longader te behandelen. Deze baanbrekende ingreep werd uitgevoerd door dokter Tom De Potter, cardioloog, en dokter Roel Beelen, cardiovasculair chirurg. Deze katheterisatie-techniek is goed ingeburgerd voor de behandeling van vernauwingen van kransslagaders, maar er zijn niet meteen veel wetenschappelijke gegevens te vinden over gevallen waarin die techniek ook voor stenoses van longaders wordt aangewend, en al helemaal niet na een eerdere open ingreep ter correctie van de stenose zoals hier het geval was.

Zeldzame complicatie

De longaders of pulmonale venen zijn de aders die zuurstofrijk bloed vanuit de longen naar de linkerhartkamer vervoeren. Bij voorkamerfibrillatie kan worden geopteerd voor pulmonale venenisolatie, waarbij de longaders elektrisch worden geïsoleerd van de rest van het hart. Op die manier kunnen de elektrische prikkels die de ritmestoornis veroorzaken, het hart niet meer bereiken. In principe is het een routinebehandeling, maar in zeldzame gevallen kan ze tot de complicatie leiden waarbij er na de ablatie vernauwingen van de longaders optreden. Die complicatie leidt tot ernstige kortademigheid en is erg moeilijk te behandelen.

Ernstige casus

Deze zomer bood zich in het OLV Hartcentrum een 53-jarige patiënte aan die in een ander ziekenhuis een pulmonale venenisolatie had ondergaan, maar daarop werd geconfronteerd met ernstige vernauwingen in niet minder dan drie van de vier longaders. De daaropvolgende open heelkundige ingreep om de longaders te herstellen, bleek niet afdoende. Vrij snel na die hersteloperatie keerden de vernauwingen terug. Daarop werd de patiënt naar het OLV Ziekenhuis vervoerd. Het onderzoek in het OLV Hartcentrum bevestigde de noodzaak om de stenoses te behandelen.

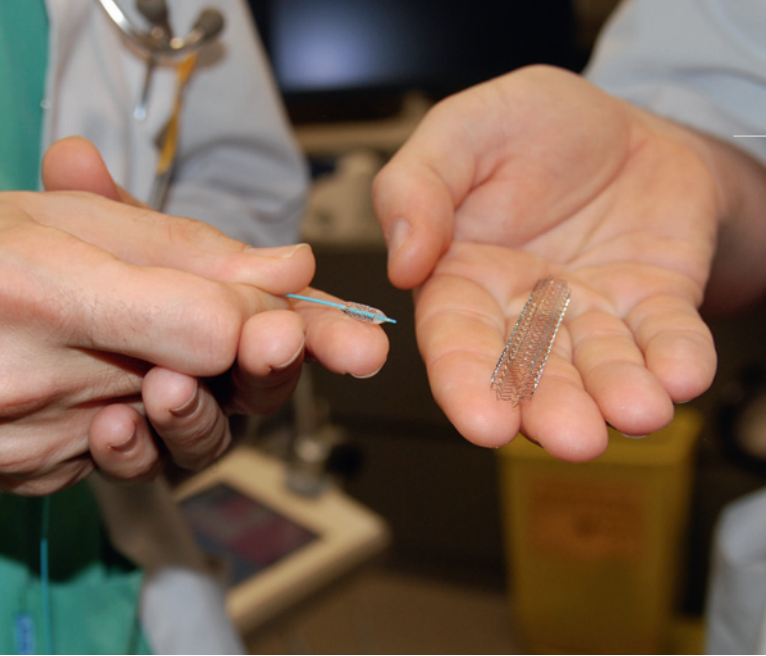


Dokter Tom De Potter (links), dokter Roel Beelen (rechts)

Dokter Roel Beelen: "De patiënte in kwestie had dus al een operatieve correctie achter de rug. De volgende stap, mocht onze ingreep niet lukken, was een hart-longtransplantatie. Dat is sowieso al zeldzaam en die ingreep kent niet zo een fantastische outcome op lange termijn. Een primair longtransplant zou hier niet mogelijk zijn omdat de vernauwing

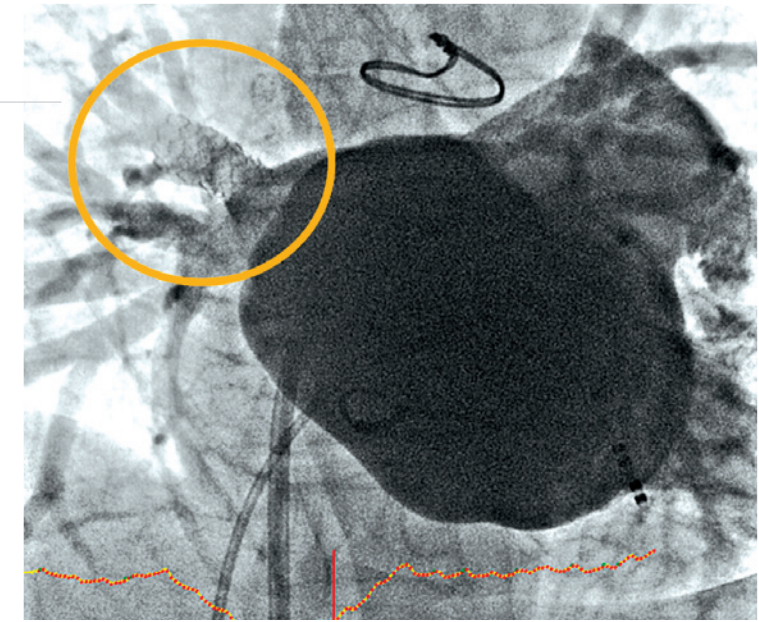
juist zat op de plaats waar je de bloedvaten terug aan het hart aansluit. Heelkundig was er alleen nog uitzicht op een hart-longtransplantatie - dus: een harttransplantatie én een longtransplantatie. Een stenting was een logische tussenstap om het alsnog op te lossen en vooral om haar van die hart-longtransplantatie te houden. In de medische literatuur vond

ik nauwelijks voorbeelden van een stenting na correctieve chirurgie om dergelijke stenose op te heffen. In Bordeaux zou men enkele min of meer gelijkaardige ingrepen hebben uitgevoerd, maar dan niet na een correctie-ingreep, en waarbij er twee slagaders werden aangepakt in plaats van drie zoals in onze casus."



Dokter De Potter (links) houdt in zijn hand een stent zoals die in de dagelijkse praktijk wordt gebruikt voor de behandeling van vernauwingen van kransslagaders. Dokter Roel Beelen (rechts) toont een stent met een grotere diameter, zoals die bij deze baanbrekende ingreep werd gebruikt.

Röntgenbeeld van het hart van de patiënte na de ingreep. De stent in de longader is aangegeven door de gele cirkel.



Vasculaire stents voor pulmonale venen

Dokter Roel Beelen: "Op basis van gedetailleerde driedimensionale beelden werkten we een precies behandelingsplan uit. Voor elke aangetaste longader selecteerden we uit het beschikbare arsenaal van stents het materiaal met de meest geschikte afmetingen om de vernauwing veilig en afdoende op te lossen. Voor vernauwingen van kransslagaders worden stents met een diameter van 1,5 tot 4,5 mm gebruikt. Maar aangezien de longaders een veel grotere diameter hebben, moesten we hier putten uit het arsenaal aan vasculaire stents met een diameter van 8 tot 12 mm, die doorgaans in de aorta worden aangebracht."

Katheterisatie met kleine punctie in de lies in plaats van kijkoperatie

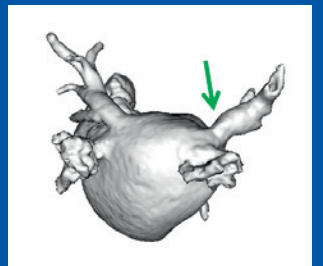
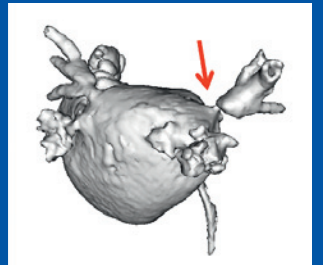
Dokter De Potter: "Vasculaire stents voor occlusies in de aorta worden meestal via een katheter in de lies aangebracht: een minimaal invasieve procedure, waarbij slechts één kleine punctie in de lies is vereist. Ook in dit geval werd dezelfde werkwijze gevolgd. De ingreep duurde ongeveer drie kwartier. Dus niet zo lang. Aangezien de patiënte al een open ingreep had ondergaan in een poging om de stenose te corrigeren, was er ter hoogte van de longader veel littekenweefsel aanwezig. Daardoor was de longvene dikwandig en konden de aders gemakkelijk worden openblazen om een stent te plaatsen. Bij een primaire vernauwing zou het risico op perforatie of ruptuur een stuk gro-

ter zijn. Nu konden we werken in een dikwandig stuk. Het ging om korte vernauwingen, dus een lange stent was niet nodig. We schatten de kansen op succes dus hoog in. Zeker omdat we konden werken met mooie 3D-beeldvorming. De patiënte verbleef na de ingreep drie dagen in het ziekenhuis en mocht dan naar huis. Bij een hart-longtransplant is de hospitalisatieduur veel langer en zijn er achteraf veel heropnames.

De ingreep is perfect gelukt. De patiënt stelt het zeer goed en heeft geen last meer van kortademigheid. Tijdens het controleonderzoek stelden we vast dat de druk in de longaders is genormaliseerd. De vernauwingen zijn dus adequaat behandeld. Nu, zodat drie maanden later, loopt alles nog op wieltjes. De patiënte kreeg al twee echografieën met normale waarden."

3D-beeldvorming: een cruciale succesfactor

Dokter De Potter: "Zonder hoogkwalitatieve driedimensionale beeldvorming tijdens deze ingreep is het onbegonnen werk om dergelijke stents langs deze week aan te brengen en correct in de pulmonale venen te positioneren. Rotatie-angiografie is in het OLV Hartcentrum inmiddels goed ingeburgerd als techniek om de meest aangewezen behandeling te bepalen en om complexe ingrepen vooraf in detail voor te bereiden. Daarboven vult het OLV Hartcentrum sinds 2010 ook een pioniersrol om rotatie-angiografie in te zetten tijdens de ingreep zelf - dus in 'real time'. Enkel dankzij de begeleiding op basis van hoogwaardige driedimensionale beelden konden we deze complexe ingreep via lieskatheterisatie uitvoeren."



Driedimensionale beelden van het hart van de betrokken patiënte met boven (rode pijl) de vernauwing aan een longader voorafgaand aan de ingreep, en onder (groene pijl) de longader na het aanbrengen van de stent.

Elk jaar verschuiven we de grens en kunnen we steeds méér patiënten een curatieve optie aanbieden

De goegemeente beschouwt digestieve kankers nog steeds als een van de meer agressieve types met een beperkte prognose. De voorbije jaren werd er echter wezenlijk vooruitgang geboekt. Doeltreffende screening-campagnes, een multidisciplinaire benadering, verbeterde technologieën en medische innovaties hebben hun doel niet gemist. Tijd om een stand van zaken op te maken!

Dokter Koen Hendrickx, gastro-enteroloog van het OLV Ziekenhuis: "Ik heb de prognose van een patiënt met een gemetastaseerde colorectale tumor over de laatste jaren stapsgewijs zien verbeteren van een 12-tal maanden tot intussen meer dan 30 maanden. De screeningscampagne van de overheid heeft ertoe geleid dat colorectale tumoren steeds vaker in een vroeg stadium worden opgespoord, waardoor er steeds vaker een curatieve behandeling kan worden voorgesteld. Daarnaast zijn de medicamenteuze en technische mogelijkheden sterk toegenomen. Met de gesofisticeerde beeldvormingstechnologie en tumortypering van vandaag kunnen we een steeds betere stadiëring maken, waardoor er een verfijndere aanpak op maat mogelijk is. Nieuwe, meer doel-

gerichte antitumorale therapie zorgt er onder andere voor dat tumorletsels loskomen van de bloedvaten, waardoor ze gemakkelijker te verwijderen zijn met de nieuwste chirurgische instrumenten. Maar vooral: doordat we systematisch voor elke patiënt een multidisciplinaire benadering volgen, kunnen we al de hiervoor opgesomde verbeteringen optimaal combineren. Medische technologie betekent immers niets wanneer ze niet deskundig wordt toegepast. In het multidisciplinair oncologisch consult - afgekort MOC - bundelen alle betrokken artsen hun expertise om het meest doeltreffende traject voor elke individuele patiënt uit te stippelen."

Preventie werkt!

Dokter Pieter Dobbels, gastro-enteroloog van het OLV Ziekenhuis: "Sinds eind 2013 krijgen alle mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar in ons land iedere twee jaar een uitnodiging voor een gratis stoelgangsonderzoek. Na 2019 gaat de instapleeftijd vermoedelijk verlaagd worden. De stoelgangstest die gebruikt wordt in het bevolkingsonderzoek is de iFOBT, de afkorting van: immunochemische fecale occult bloedtest. Deze test meet de aanwezigheid van hemaan hemoglobine en toont dus de aanwezigheid van onzichtbare sporen bloed aan in de stoelgang. Als er meer dan 88 ng/ml hemaan hemoglobine in de stoelgang wordt gemeten, wordt de betrokken persoon door zijn huisarts verwezen

voor een coloscopie, die uitsluitend geeft. Poliepen worden tijdens dit onderzoek meteen endoscopisch weggenomen en eventuele tumoren vroegtijdig vastgesteld. Hier levert de huisarts dus een belangrijke bijdrage door steeds meer mensen te motiveren en sensibiliseren omtrent dit screeningsonderzoek en de preventie van colorectale tumoren.

Accurate stadiëring

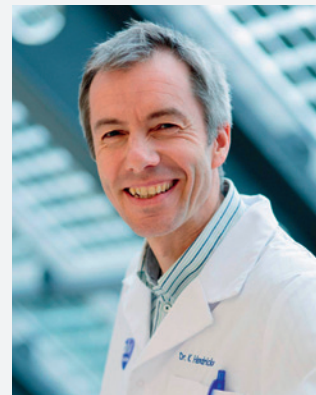
Dokter Philip Van Hover, dienst Medische beeldvorming en interventionele radiologie: "Als er tijdens de colonoscopie adenocarcinomen worden vastgesteld, volgt aanvullend radiologisch onderzoek om het tumorstadium te kunnen vaststellen. In regel starten we met een CT-scan. Deze techniek stelt ons doorgaans goed in staat om uitzaaingen in longen en lever op te sporen. Wanneer nodig volgt er een aanvullende NMR-scan, die vaak uitsluitend biedt bij vermoedens van uitzaaingen in de lever. Indien het een rectale tumor betreft, wordt ook een NMR van deze regio uitgevoerd om perfect te kunnen inschatten tot hoever de tumor reikt, wat belangrijk is om de operabiliteit te bepalen. Ook een PET-scan kan in specifieke gevallen aangewezen zijn om een accurate stadiëring te maken, meer specifiek omtrent het al of niet aanwezig zijn van metastasen mocht er hieromtrent onduidelijkheid bestaan op de CT-beelden."

Dokter Veerle Casneuf, gastro-enteroloog van het OLV Ziekenhuis: "Een accurate stadiëring is inderdaad essentieel om voor elke individuele patiënt het meest aangewezen therapeutische traject uit te stippen. Dat doen we in onze wekelijkse MOC-vergaderingen. Elke dinsdag komen alle betrokken artsen uit de verschillende medische diensten om 18u samen. Per vergadering bespreken we de aanpak voor een twintigtal patiënten en beslissen we samen over de te volgen strategie voor ieder individueel. De huisarts van de patiënt is eveneens welkom op dit consult, en kan daartoe altijd contact opnemen met Valerie Dierick. We beseffen echter dat dit voor reeds druk bezette huisartsen moeilijk in te plannen is en trachten hen dan ook zo spoedig mogelijk een MOC-verslag te bezorgen."

Trajectbegeleiding

Valerie Dierick, verpleegkundig specialist digestieve oncologie (contactgegevens: zie onderaan dit artikel): "Van zodra het dossier van een patiënt in het MOC wordt besproken, kom ik inderdaad mee in beeld. Ik probeer vaak aanwezig te zijn tijdens de consultatie die volgt op het MOC. Zo weet ik enerzijds welke informatie wordt meegedeeld aan de patiënt, en anderzijds kan ik na de consultatie de patiënt opvangen en bijkomend informeren zodat ik reeds van bij aanvang een aanspreekpunt ben. Omdat de behandeling

De prognose van een patiënt met een gemetastaseerde colorectale tumor is over de laatste jaren stapsgewijs verbeterd van een 12-tal maanden tot intussen meer dan 30 maanden.



Dokter Koen Hendrickx

van digestieve tumoren een multidisciplinaire aanpak vergt, komen er meerdere artsen in beeld. Voor sommige patiënten is dit verwarrend en is het mijn taak om hen gedurende het gehele traject te begeleiden en bij te staan. Ik ben hun verbindingspersoon, hun gids. Ik verwijs ook vaak door naar andere zorgverleners in ons ziekenhuis (sociale dienst, psycholoog, diëtiste, wondzorgverpleegkundige,...) of naar hun huisarts. In het OLV Ziekenhuis kan elke kankerpatiënt immers rekenen op een totaalbegeleiding van het Oncologisch Psychosociaal Support Team (OPST). Huisartsen die van nabij willen volgen hoe het behandelingstraject van hun patiënt verloopt, kunnen eveneens bij mij terecht."

"Het traject kan relatief kort zijn, wanneer er geen sprake is van uitzaaiingen en wanneer geen lymfeklieren zijn aangetast. In dat geval volstaat de heelkundige benadering, in principe een laparoscopische resectie. Deze ingreep wordt gewoonlijk heel goed verdragen; de patiënt kan doorgaans al na minder dan een week terug naar huis. Als er wordt vastgesteld dat er toch lymfeklieren zijn aangetast, dan volgt er gedurende zes maanden, om de twee weken adjuvante chemotherapie, georganiseerd via het dagziekenhuis. Van zodra er uitzaaiingen zijn vastgesteld, wordt het traject langer en complexer."



Dokter Pieter Dobbels

De verpleegkundig specialist digestieve oncologie is het ankerpunt voor onze patiënten en zorgt voor een naadloze verbinding met de verschillende artsen en andere zorgverleners die bij hun behandeling zijn betrokken.

Dokter Dobbels: "Bij uitzaaiingen dient de resecabiliteit te worden ingeschat. In de regel starten we met een blok van acht weken chemotherapie, met vier beurten om de twee weken. Met de huidige beschikbare chemotherapie kunnen letsels dermate krimpen dat ze loskomen van bloedvaten of andere omliggende structuren, waardoor de daaropvolgende chirurgie doeltreffender kan verlopen. Afhankelijk van het stadium en de lokalisatie(s) van de uitzaaiingen kunnen meerdere ingrepen volgen. Eerst worden de uitzaaiingen in de lever aangepakt, daarna het primaire gezwel en vervolgens ook in de longen wanneer deze organen aangetast zouden zijn. Na de chirurgie volgt terug een chemotherapie van acht toedieningen om de twee weken. Als de patiënt tumorvrij is komt hij in een opvolgingstraject van minimaal 5 jaar. De eerste twee jaar komt de patiënt elk trimester langs voor een radiologisch en een bloedonderzoek. In de daarop volgende drie jaar wordt de frequentie verlaagd naar zesmaandelijks consulten."



Door selectieve chirurgie kantelt palliatieve optie naar curatieve aanpak

Dokter Steven De Gendt, dienst Algemene heelkunde: "Aangezien preoperatieve chemotherapie levermetastasen kan doen verkleinen, zijn we in staat om patiënten met eerder niet resecabele levermetastasen toch naar een operatie te brengen. Hier moet ik ook het werk van onze collega's van de dienst Medische beeldvorming vermelden. Aan de hand van hun beelden ben ik beter in staat om een verfijnde chirurgische strategie te bepalen, die steeds vaker via laparoscopie kan verlopen. De evolutie van de chirurgische instrumenten en technieken maakt het dan weer mogelijk om met een grote precisie de uitzaaiingen weg te nemen via een resectie, of te verbranden door een

gerichte radiofrequentie ablatie (RFA) - telkens met zo min mogelijk het omliggende weefsel te beschadigen. In een periode van tien jaar heb ik de kanteeling gemerkt van een aanpak die gericht was op een zo goed mogelijke beheersing van de gemetastaseerde kanker naar een echt curatieve aanpak."

Dokter Yves Van Molhem, dienst Algemene heelkunde: "Ik kan dezelfde evolutie waarnemen voor de behandeling van rectumtumoren. Met de middelen en de expertise waarover we vandaag beschikken, kunnen we niet enkel een steeds beter wordende prognose bereiken, maar kunnen we ook voor het merendeel van de getroffen patiënten het aanleggen van een definitief stoma vermijden. Ook de kwaliteit van het leven is er dus op vooruitgegaan!"

Dokter Roel Beelen, dienst Cardiovasculaire en thoracale heelkunde: "Zelfs bij longmetastasen blijft een curatieve aanpak nog mogelijk, afhankelijk van de stadiëring. Door onze ervaring met minimaal invasieve endoscopische longchirurgie in combinatie met de meest moderne 3D-beeldvormingstechnieken kunnen longmetastasen reeds in een vroeg stadium geresecteerd worden. Uitzaaiingen groter dan 1,5 cm worden met behulp van echografie thoracoscopisch opgespoord. Uitzaaiingen kleiner dan 1,5 cm worden preoperatief via een CT-geleide punctie gemarkeerd met een radio-opake marker. Vervolgens worden deze metastasen geresecteerd met een combinatie van thoracoscopie en intra-operatieve fluoroscopie. Voor letsels waarbij heelkundige resectie geen optie is, kunnen we sinds een vijftal jaar ook een ablatie van

deze letsels uitvoeren. Onder CT-geleiding of onder thoracoscopisch zicht wordt er een naald centraal in de metastase geplaatst en wordt de uitzaaiing met behulp van radiofrequente- of microgolvenenergie verbrand. Het belangrijkste voordeel van al deze technieken is dat er een oncologische correcte metastasectomie kan uitgevoerd worden met een minimaal verlies aan gezond longweefsel."

Precisiebestraling

Dokter Heidi Roelstraete, dienst Radiotherapie: "In principe worden in onze dienst alle nieuw gediagnosticeerde rectumtumoren vanaf een bepaald stadium preoperatief bestraald, al dan niet in combinatie met concomitante chemotherapie. Deze behandelingen gebeuren op het zeer performante Novalis™-systeem. Hierbij wordt onder meer gebruik gemaakt van 'image guidance' waarbij voor elke bestraling de exacte positionering met beeldvorming wordt gecontroleerd. Dat maakt het mogelijk om de omliggende gezonde weefsels maximaal te sparen. Verder krijgt ook frequent stereotactische radiotherapie een plaats in de behandeling van oligometastatische ziekte (lever, long, bot), waardoor dan bijvoorbeeld soms ook een therapiepaus voor de systemische behandeling kan ingelast worden."

Dokter An Vancleef, dienst Radiotherapie: "Bij botmetastasen of diffuse uitzaaiingen in de hersenen is een curatieve strategie voorbijgestreefd en proberen we door middel van radiotherapie een optimale symptoomcontrole te houden."

Betere beheersing in gemetastaseerde setting: HIPEC, SIRS,...

Dokter Hendrickx: "Wanneer een curatieve strategie niet meer haalbaar is, vormt een maximale tumorcontrole ons doel. Ook hiervoor trachten we innovatieve technieken optimaal te benutten en volgen we nieuwe ontwikkelingen op de voet. Want de wetenschap staat niet stil. Vandaag zijn er meerdere innovatieve oplossingen in ontwikkeling. Soms worden ze al courant ingeschakeld in een palliatieve strategie, maar mogelijk vinden ze in de toekomst ook een plaats in de curatieve benadering."

Met een SIRT-behandeling kunnen we de tumor van binnen met hoge doses bestralen en toch het omliggende, gezonde leverweefsel sparen.

Bij selectieve interne radiotherapie (SIRT) wordt een katheter opgevoerd in de ader die de lever tumor van bloed voorziet. Via deze katheter worden radioactieve microsferen (de 'bolletjes' in de illustratie) aangebracht, die zorgen voor een radioembolisatie en daardoor tegelijkertijd de bloedtoevoer naar de tumor stopzetten en de tumor bestralen.



Dokter De Gendt: "Wanneer er uitzaaiingen in de buikholte en op het buikvlies zijn, wat vroeger steeds inoperabel was, kunnen wij momenteel een chirurgische uitruiming voorstellen waarbij alle uitzaaiingen minutieus worden weggenomen. Deze debulking operatie wordt aangevuld met een HIPEC procedure (Hypertherme Intra-peritoneale Chemotherapie). Tijdens deze operatie wordt de buikholte gespoeld met chemotherapie op hogere temperatuur om zo microscopische kankercellen te vernietigen. Bij deze operatie werken we samen met gespecialiseerde anesthesisten, perfusionisten en gastro-enterologen."

Dokter Pieter De Bondt, dienst Nucleaire geneeskunde: "SIRT is ook één van die innovatieve oplossingen, meer bepaald voor de palliatieve behandeling van patiënten

met primaire of secundaire lever tumoren zonder of met een minimum aan extra-hepatische aantasting, bij wie andere opties zijn uitgeput. SIRT is de afkorting voor selectieve interne radiatietherapie en is een behandeling waarbij Yttrium90-gelabelde micropartikels lokaal intrahepatisch worden afgeleverd. SIRT maakt een antitumorale behandeling mogelijk waarbij het gezonde leverweefsel relatief gespaard blijft. Dat komt doordat de tumorale leverletsels quasi uitsluitend arterieel gevoed worden, terwijl het gezonde leverweefsel voornamelijk portaal-veneus van bloed wordt voorzien. SIRT zorgt eigenlijk voor een radio-embolisatie waarbij de bloedtoevoer naar de tumor wordt stopgezet. De Yttrium90-partikels hebben de juiste afmeting om het capillaire bed in de tumor te blokkeren en zorgen op die manier voor een intratumorale ionise-

rende bestraling - in hoge doses en gedurende een langere tijd, aangezien de halfwaardetijd 62 uur bedraagt. Omdat de straling van binnenuit aan de tumor kan worden vrijgegeven, kunnen hoge bestralingsdoses van 100 tot 1000 Gray worden bereikt, wat niet haalbaar is met externe radiotherapie."

Dokter Philip Van Hover: "De Yttrium90-gelabelde micropartikels zijn ongeveer 30 micron groot en worden via een interventionele techniek, namelijk door katheterisatie via de lies, ter plaatse in de lever aangebracht. Dit gebeurt uiteraard onder een gedetailleerde beeldgeleiding via een real-time angiografie, vaak in combinatie met 'cone beam CT', waardoor de partikels zeer gericht tot in de gewenste segmenten van de lever gebracht kunnen worden."

Dokter Dobbels: "De therapeutische meerwaarde van SIRT is aangetoond in studies bij patiënten met primair hepatocellulair carcinoom, maar vindt ook steeds meer zijn plaats bij de aanpak van levermetastasen van colorectale origine."

Tumoren differentiëren om chemotherapie op maat te ontwikkelen

Dokter Casneuf: "Bovenop de klassieke chemotherapie wordt tegenwoordig een meer doelgerichte - targeted - therapie met 'biologicals' toegediend. Het betreft geneesmiddelen die ofwel de angiogenese of de EGFR remmen of intracellulair als multikinase remmer fungeren. De angiogenese-inhibitoren remmen het ontstaan van nieuwe bloedvaten, waardoor de tumor minder zuurstof en voedingsstoffen krijgt en de groei van tumoren wordt vertraagd. De EGFR-inhibitoren remmen de epidermale groeifactorreceptor, die normaliter signalen initiëren om de celproliferatie en dus de groei van de tumor stimuleren. Multikinaseremmers tenslotte grijpen in op de signaaltransductiecascade in de tumorcel. De farmaceutische sector is volop bezig met de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen binnen deze klassen. Dit moet leiden tot nieuwe chemotherapiecocktails voor een heel gerichte - targeted - therapie voor elk type van tumor. Ook studies met immunotherapie

Illustratie van een mogelijk behandelingschema

week 1	week 2	week 3	week 4	week 5	week 6	week 7	week 8	Stappenchirurgie								week 1	week 2	week 3	week 4	week 5	week 6	week 7	week 8	week 9	week 10	week 11	week 12	week 13	week 14	week 15	week 16
Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		<ul style="list-style-type: none"> • Levermetastasen • Primaire darmtumor • Andere 		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo		Chemo	
Chemotherapieblok								Chemotherapieblok																							

vinden geleidelijk hun ingang. Nieuwe behandelingsstrategieën vertrekken steevast van een doorgedreven subtypering of mutatieanalyse van de tumorcellen om te achterhalen welke tumor gevoelig is voor welke behandeling. Nu al laten we in het OLV Ziekenhuis voor elke patiënt daartoe een biopst onderzoeken.”

Dokter Kris Van Der Steen, dienst Pathologische ont-leedkunde: “Een goede diagnose begint met een correcte afname en bewaring (fixatie). De poliepen die verwijderd worden bij een coloscopie en de biopsten die genomen worden van een tumor worden onmiddellijk gefixeerd. De operatiestukken (zoals de wegname van een deel van de dikke darm met een kwaadaardige tumor of van een levermetastase) worden vanuit het operatiekwartier onmiddellijk naar het laboratorium Pathologische Ontleedkunde gebracht. De bevoegde medisch laboratoriumtechno-

loog beschrijft het operatiestuk en de tumor macroscopisch (lengte, locatie, grootte, uitgebreidheid), indien nodig worden foto’s genomen. De sectieranden zeer dicht tegen de tumor worden gemerkt met chinese inkt. Een darm wordt opengesneden, grote tumoren worden ingesneden zodat de weefsels snel volledig zouden fixeren en de afbraak van de cellen en weefsels zo snel mogelijk wordt gestopt. Na een minimale fixatieduur van 6 uur worden representatieve biopsten genomen die dan verwerkt worden tot weefselblokjes en histologische coupes. Een goede fixatie staat niet enkel garant voor de beste kwaliteit van de histologische coupes, maar ook voor de beste bewaring van eiwitten, RNA en DNA in de cellen. Met immuohistochemische kleuringen kunnen deze eiwitten aangetoond worden. Hierdoor kunnen we bijvoorbeeld de oorsprong van tumorcellen in een levermetastase achterhalen. Bij darmtumoren wordt op deze manier

opgespoord of er erfelijke afwijkingen zijn in de herstelmechanismen van het genetisch materiaal (microsatellietinstabiliteit), wat het familiale voorkomen op jonge leeftijd van kwaadaardige tumoren in de dikke darm kan verklaren. De weefselblokjes kunnen ook gebruikt worden voor moleculair en genetisch onderzoek.”

Dokter Casneuf: “Op basis van de resultaten van de genetische mapping en de mutatieanalyses kunnen we dan in het MOC een heel gerichte therapie bepalen voor elke individuele patiënt. De nieuwste geneesmiddelen voor dergelijke targeted therapy - zoals Regorafenib - zijn beschikbaar voor peroraal gebruik. Daardoor wordt het meer en meer mogelijk om de behandeling ambulant, thuis bij de patiënt, te laten verlopen. Naar analogie met de behandeling van diabetes worden er ook voor de behandeling van digestieve tumoren heel specifieke zorgpaden

ontwikkeld. De oncologisch coördinator zorgt binnen dergelijk zorgpad voor educatie en begeleiding op maat van elke patiënt. Soms schakelt de fabrikant van het geneesmiddel een gespecialiseerde verpleegkundige in om de patiënten thuis tijdens hun therapie te ondersteunen, zoals met de praktische opvolging van de bijwerkingen.”

Op zoek naar steeds betere behandelingen

Dokter Hendrickx: “Het OLV Ziekenhuis participeert in zoveel mogelijk klinische studies met nieuwe, veelbelovende geneesmiddelen. Op deze manier kunnen we onze patiënten al toegang bieden tot innovatieve therapieën nog voor ze worden gecommmercialiseerd, of tot geneesmiddelen die al een marktautorisatie in andere landen hebben, maar nog niet beschikbaar of terugbetaald zijn in België. Er lopen in ons centrum meerdere klinische studies in fase II of III. Op dit moment nemen we ook deel aan een fase III-studie met een innovatieve immunotherapie en we verwachten dat immunotherapie ook in de digestieve oncologie een steeds prominenter rol gaat spelen, net zoals dat momenteel al het geval is voor de behandeling van bijvoorbeeld huid- en longkanker.”

Dokter Van Molhem: “Ook de OLV-chirurgen nemen deel aan internationale studies. Zo wordt nu een product uitgetest waarmee de verbindingen tus-



Valerie Dierick, verpleegkundig specialist digestieve oncologie

In het OLV kunnen we patiënten met digestieve tumoren een volledig therapeutisch arsenaal aanbieden zodat ze in eigen regio kunnen behandeld worden.



Dokter Veerle Casneuf

sen beide darmuiteinden, nadat het zieke stuk endeldarm er van tussen werd gehaald, beter zouden genezen Mogelijk kunnen hiermee in de toekomst tijdelijke stoma’s worden vermeden.”

Dokter Dobbels: “Dankzij talrijke innovaties op diverse domeinen is de overlevingskans voor patiënten met colorectale tumoren het voorbije decennium wezenlijk verbeterd. In het OLV Ziekenhuis kunnen we het gehele arsenaal aan therapieën aanbieden zodat onze patiënten in eigen regio kunnen behandeld worden. Daarenboven werken we ook actief mee aan onderzoek naar nieuwsoortige therapieën zodat we de grens tussen een curatieve en een palliatieve aanpak telkens een beetje verder kunnen verleggen.”

Daarnaast wordt steeds meer ingezet op de psychosociale begeleiding van elke patiënt doorheen een vaak complex behandelingstraject waarbij de verpleegkundig specialist digestieve oncologie een coördinerende rol speelt en ook de huisarts een belangrijke ondersteunende factor vormt.

Contactgegevens
Valerie Dierick, verpleegkundig specialist digestieve oncologie:
053 72 70 65
valerie.dierick@olvz-aalst.be

Medische vooruitgang door minder gas te geven. 'Low flow' anesthesie: op maat van de individuele patiënt.

OLV Inside/Out biedt bij voorkeur artikels waarin een multidisciplinaire aanpak voor een bepaalde aandoening wordt gevolgd. Van zodra er bij een therapie een chirurgische of interventionele procedure komt kijken, komen ook de anesthesisten het multidisciplinair medisch team vervoegen. Toch komen ze niet vaak in beeld. Het 4e internationale NAVAt congres, dat op 24 september 2016 in het OLV Ziekenhuis te Aalst plaatsvond, vormde een mooie aanleiding om daar verandering in te brengen.

Dokter Jan Hendrickx, staf-lid van de dienst Anesthesiologie: "NAVAt is de afkorting van **NAVigating towards your Anesthesia targets**". Deze vakorganisatie brengt anesthesisten van over de hele wereld samen om samen ervaringen en nieuwigheden op het vlak van de anesthesiologie uit te wisselen en op die manier een bijdrage te leveren tot de vooruitgang van de medisch-wetenschappelijke inzichten op dit vlak. De NAVAt-meeting wordt onderschreven door de ESA, de European Society of Anesthesiology, en door de STA, de Society for Technology in Anesthesia. Het bestuur van NAVAt is een internationaal gezelschap van zes leden, opgericht door mijn collega André De Wolf (Northwestern University, Chicago, USA en mijzelf). In



Dokter Jan Hendrickx

september hebben we voor de vierde maal een jaarlijks internationaal symposium georganiseerd, dat dit keer meer dan 150 aanwezigen van over de hele wereld naar Aalst bracht. In dit programma brachten negen sprekers van over de hele wereld een stand van zaken over de recentste evoluties op het vlak van geautomatiseerde 'low flow' anesthesie en monitoring van de anesthesie."

Dokter Rik Carette, staf-lid van de dienst Anesthesiologie: "Dit thema - Automated Low Flow Anesthesia and Visual Drug Display Systems - is als het ware op ons lijf geschreven. Het OLV Ziekenhuis staat internationaal hoog aangeschreven op dit vlak. Waar en wanneer mogelijk opteren onze specialisten voor het onderhoud anesthesie via toediening van een gasmengsel in plaats van intraveneuze toediening. Bij een gasmengsel kunnen we tijdens de toediening de patiënt beter monitoren aan de hand van meting van het uitgeademde gas. In functie daarvan kunnen we de anesthesie zo nodig bijsturen. Bij intraveneuze toediening van een vloeibaar narcose-

Bij anesthesie door toediening van een gasmengsel kan de patiënt nauwkeuriger worden gemonitord dan bij intraveneuze anesthesie.



Dokter Rik Carette

mengsel kan de diepte van de narcose enkel gemonitord worden via een EEG-afgeleide parameter - dat laatste is niet nodig wanneer dampen gebruikt worden omdat die gemeten kunnen worden in de uitademing van de patiënt die een gasmengsel krijgt toegediend. In specifieke gevallen gebruiken we wel EEG om de samenwerking tussen anesthesiegassen of intraveneuze narcotica enerzijds en morfine-achtige pijnstillers anderzijds te meten. Vanuit binnen- en buitenland komen er ook collega's anesthesiologen kijken naar hoe we werken met de 'SmartPilot', een visual drug display waarmee we de anesthesiediepte en de samenwerking tussen verschillende anestetica kunnen *voorspellen*."

Dokter Jan Hendrickx: "In principe gaan we altijd zoeken naar een optimale anesthesie bij een zo laag mogelijk flow. Op die manier kunnen we aanzienlijk besparen op het verbruik van narcose-gassen. In het OLV Ziekenhuis werken we met onze geautomatiseerde toestellen quasi steevast met flows lager dan 500 ml per minuut, en tot 180 ml per minuut.

In andere centra opteert men vaak voor 2000 ml per minuut of meer. Wellicht is het een intuïtieve keuze die is ingegeven uit schrik om te weinig zuurstof te geven bij een lagere flow."

Dokter Rik Carette: "Het klopt wel dat men bij een lagere flow het zuurstofgehalte extra dient te monitoren, maar dat is ook één van de taken van een anesthesist. Monitoren is essentieel omdat de concentratie die men toedient, niet altijd gelijk is aan de concentratie die aan de hersenen van een patiënt worden toegediend. Tot dusver is er slechts één anesthesietoestel uitgerust met een 'hypoxic guard system' dat de toediening van zuurstofarme gasmengsels moet vermijden, en de noodzaak hiervan evenals de werking ervan werd voor het eerst in het OLV uitgetest."



Dokter Geert Vandenbroucke

Met onze inzichten zetten we de fabrikanten van anesthesietoestellen aan om performantere systemen te ontwikkelen die een veilige en efficiënte narcose met lage flow mogelijk maken.

Dokter Jan Hendrickx: "In een aantal wetenschappelijke publicaties hebben we er inderdaad op gewezen dat de drempelwaarden van de toegevoerde concentratie zuurstof bij verschillende verse gasdebieten die de fabrikanten voor deze systemen hanteren, wellicht arbitrair werden bepaald. Hoewel we door alle grote fabrikanten van anesthesietoestellen goed zijn gekend, waken we nauwgezet over onze onafhankelijkheid en laten we onze studies en publicaties nooit door de industrie sponsoren. Toen wij vaststelden dat deze systemen, zelfs bij een gematigde verlaging van de gas flow, de vrijgave van een hypoxisch gasmengsel niet altijd meer verhinderden, hebben we dat ook meteen gepubliceerd. Ons publicatiewerk wordt naar waarde geschat, ook door de fabrikanten van de betrokken anesthesietoestellen. Wij pro-



beren hen immers op de goede weg te zetten om 'hypoxic guard systems' in hun toestellen te corrigeren en te optimaliseren. In het verleden heeft onderzoek vanuit het OLV Ziekenhuis ook inzichten aangereikt aan machiefabrikanten om nog andere toedieningsmodaliteiten te veranderen. We onderzoeken ook mee hoe de 'Smart Pilot', die de concentratie van onze geneesmiddelen en de diepte van de narcose meet en berekent aan de hand van een performante computer en gesofisticeerde algoritmes, de toediening van onze producten kan optimaliseren wat betreft o.a. snel en comfortabel wakker worden, optimaal gebruik van medicatie, en vermijden van 'awareness'. Samen kunnen klinici en ingenieurs van de industrie steeds betere oplossingen voor de patiënt, de klinici en de ziekenhuizen ontwikkelen. Daarvoor doen wij het."

Dokter Jan Hendrickx: "In afwachting van een veralgemeende toepassing van geoptimaliseerde hypoxic guard systems, blijven wij collega's wereldwijd onderwijzen over wat er met de concentraties van onze anesthesie gassen onder verschillende omstandigheden gebeurt, en manen we iedereen aan om de kritische waarden zelf scherp te monitoren tijdens elke ingreep."

Dokter Geert Vandenbroucke, diensthoofd Anesthesiologie: "Die gedrevenheid en openheid zit inderdaad in het DNA van het OLV Ziekenhuis, en dat geldt dus ook voor de dienst Anesthesiologie. We zijn gebeten om altijd het beste voor onze patiënten te zoeken en om onze bevindingen te delen zodat de innovaties waaraan wij meewerken ten goede komen aan alle patiënten."

Méér weten over low flow anesthesie?

Dokter Jan Hendrickx publiceerde samen met **Dokter André De Wolf** (Chicago, VS) en **Dokter Stefan De Hert** (UGent) het artikel "O₂, anybody?" in het tijdschrift van de European Society of Anaesthesiology (Eur J Anaesthesiol 2015; 32:371-373).

Dokter Jan Hendrickx, Dokter André Van Zundert, en **Dokter André De Wolf** (bestuursleden NAVAT) schreven samen het hoofdstuk over anesthesiedampen voor het nieuwe Oxford Textbook of Anaesthesiology, dat in maart 2017 verschijnt.

Flash Glucosemonitoring: een grote doorbraak

Sinds juli is er een nieuwe diabetesconventie die het gebruik van flash glucosemonitoring introduceert. Dit geeft diabetespatiënten de mogelijkheid om de lastige vingerprikken grotendeels achterwege te laten. Het diabetesteam van het OLV Ziekenhuis past deze technologie meteen met veel enthousiasme toe!

Een enorme stap vooruit

Dokter Frank Nobels, endocrinoloog: "Dit is een belangrijke vernieuwing. Deze technologie biedt niet alleen een comfortabele manier voor de diabetespatiënt om zelf zijn glucosepeil te controleren zonder vingerprik, maar geeft ook veel meer mogelijkheden aan de begeleidende zorgverleners om de meetgegevens te interpreteren en te gebruiken bij de begeleiding van de patiënt. We hebben ons team grondig opgeleid en samen met onze diabeteseducatoren instructiemateriaal ontwikkeld om op korte tijd een grote groep patiënten over te schakelen."

Miranda Spruyt, diabetesverpleegkundige, geeft meer details over flash monitoring. "De nieuwe technologie werkt met een sensor die in de bovenarm wordt geprikt. De sensor is gecoat met een enzym dat glucose omzet in een elektrisch signaal. Dit signaal wordt doorgegeven aan een zendertje, een plat schijfje ter grootte van een muntstuk van twee euro dat over de sensor op de huid wordt gekleefd. Men kan met een eenvoudige scan over de arm de glucosewaarde uitlezen, ook door de kleding heen. Dit noemt men 'flashen'. De sensor dient om de 14 dagen vervangen te worden. De patiënt kan hem makkelijk zelf plaatsen met een eenvoudig inbrengtoestel."



Dokter Frank Nobels

Een schat aan informatie

De metingen geven een schat aan informatie. Bij het scannen verkrijgt men de huidige glucosewaarde, een trendpijl die aangeeft in welke richting de waarde evolueert, en een grafiek met de waarden van de laatste 8 uur. Men 'ziet' dus toekomst en verleden! De scanner bewaart de gegevens in het geheugen. Als men vaak genoeg scant verkrijgt men volledige 24 uren-glucoseprofielen. Zo ziet men wat er 's nachts gebeurt, hoe de suiker evolueert na de maaltijden of na een tussendoortje, wat het effect van sport is, enzovoort. De resultaten worden visueel weergegeven. De patiënt kan ze op het scantoestelletje zien. Op de consultatie worden ze met de computer geanalyseerd en met de patiënt besproken.

Dokter Frank Nobels: "Flash monitoring is even betrouwbaar als klassieke zelfcontrole van glycemie op vingerprik, maar men moet er mee rekening houden dat de onderhuidse metingen 10 tot 15 minuten achterlopen op de glucosewaarde in het bloed. We leren de patiënten hiermee om te gaan. De trendpijl helpt hier bij. Als men bijvoorbeeld een hypo voelt en de monitor geeft 90 mg/dl aan met een scherp dalende trendpijl, dan weet men dat men niet langer moet talmen en meteen suiker moet eten. Bij twijfel kan men nog een vingerprik doen, want het scantoestel kan ook gebruikt worden als een klassieke glucosemeter."

Miranda Spruyt benadrukt: "De technische aspecten van flash glucosemonitoring kunnen



Miranda Spruyt, diabeteseducator

makkelijk aangeleerd worden, maar het leren omgaan met de cijfers vraagt tijd. De patiënt ziet plots veel meer informatie en moet weten hoe hierop te reageren: wanneer insuline bijspuiten, wanneer extra koolhydraten eten, enzovoort. Ons team organiseert speciale groepssessies om deze monitoring aan onze patiënten en hun familie aan te leren, nadien gevolgd door individuele begeleiding."

Riziv-terugbetaling

Flash monitoring is duurder dan vingerprikcontrole. De nieuwe diabetesconventie voorziet volledige terugbetaling voor patiënten die geen eigen insulinesecretie meer hebben (type 1-diabetes of na pancreatetectomie), en dus zeer frequente monitoring moeten doen. Voor patiënten met type 2-diabetes, die behandeld worden met meerdere insuline-inspuitingen per dag, is er gedeeltelijke terugbetaling. Deze patiënten kunnen het bedrag dat ze normaal voor vingerprikstrips zouden gebruiken, inwisselen voor de nieuwe sensoren en betalen dan een toeslag.



Samenwerken in het belang van de patiënt

Dokter Inge Van Pottelberghe, endocrinoloog: "Het is belangrijk dat de nieuwe technologie voor zoveel mogelijk patiënten toegankelijk wordt. Alleen zo kan de prijs in de toekomst dalen en zullen er nog meer patiënten van kunnen genieten. Naast flash glucosemonitoring blijven we voor geselecteerde patiënten ook gebruik maken van continue glucosemonitoring. Dit is een veel duurder technologie die toelaat om alarmeren te stellen die de patiënt verwittigen bij dreigende hypo- of hyperglycemie. Dit gebruiken we, in combinatie met precies afstelbare subcutane insulinepompen, bij patiënten die hun hypo's niet aanvoelen. Wij zijn als enige

Wij zijn als enige centrum in de regio erkend om deze technologie te gebruiken.

We hebben een samenwerking met de omliggende ziekenhuizen ASZ en Sint-Blasius om ze ook voor hun patiënten ter beschikking te stellen.

centrum in de regio erkend om deze technologie te gebruiken. We hebben een samenwerking met de omliggende ziekenhuizen ASZ en Sint-Blasius om ze ook voor hun patiënten ter beschikking te stellen."



Dokter Inge Van Pottelberghe

Belangrijke rol voor de eerste lijn

Dokter Frank Nobels deelt nog mee dat de nieuwe conventie nog op enkele vlakken werd aangepast. "We hadden gevreesd dat men in tijden van besparing ging snoeien in het budget voor educatie. Gelukkig hebben we de minister er van kunnen overtuigen dat goede begeleiding van deze patiënten met complexe diabetes essentieel is. Men moet niet alleen de juiste technologie voor de juiste patiënt gebruiken, maar bovenal deze mensen goed ondersteunen. In de nieuwe diabetesconventie worden de personeelsvereisten precies omschreven.

Voor diabetici met een eenvoudiger insuline-behandeling is er het zorgtraject diabetes, waarbij de huisarts de leiding neemt, geholpen door diabetes-educatoren.

De nieuwe conventie is gericht naar patiënten met complexe diabetes, behandeld met verschillende insuline-injecties of met een insulinepomp. Diabetici met eenvoudiger insulinebehandeling dienen zo veel mogelijk in een zorgtraject diabetes opgenomen te worden. Dit is een uniek systeem van gedeelde zorg, dat gebaseerd is op de bevindingen van Diabetes Project Aalst, waarbij de huisarts de leiding neemt, geholpen door diabeteseducatoren in de eerste lijn, en met de nodige ondersteuning van het diabetescentrum. Wanneer de huisarts omwille van multimorbiditeit liever heeft dat de diabetoloog met zijn team de coördinatie van de zorgen overneemt dan kunnen deze patiënten alsnog via de diabetesconventie begeleid worden."

TOP voor heup- en knieprothese: de patiënt informeren en zorg optimaliseren

Patiënten met een totale knie- of heupprothese herstellen sneller en beter als ze optimaal voorbereid zijn op de ingreep en de revalidatie. Daarom biedt het OLV Ziekenhuis voor deze patiënten op de campussen Aalst en Ninove al vier jaar het Totaal Orthopedisch Programma (TOP) aan. Geïnspireerd op het succes in Aalst wordt dit programma vanaf januari 2017 ook op campus Asse ingevoerd. Door de heupprothesen langs de minimaal invasieve anterieure toegangsweg te plaatsen, kunnen de patiënten na drie dagen hospitalisatie terug naar huis of naar een revalidatiecentrum.

Het revalidatieplan start al vóór de ingreep

Dokter Vincent Roosens, orthopedist OLV: "Patiënten die voor een totale knie- of heupprothese staan, worden op Campus Aalst al sinds vier jaar uitgenodigd om met hun partner een TOP-informatievergadering te volgen die de ingreep voorafgaat. Deze infovergadering is het zichtbare gedeelte van de multidisciplinaire aanpak waarbij orthopedisten, revalidatieartsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, anesthesisten, verpleegkundigen en medewerkers van de sociale dienst samen worden ingeschakeld om een doeltreffend en snel herstel te realiseren. Met ondersteu-

ning van de kwaliteitsdienst werd een gestandaardiseerd klinisch zorgpad uitgewerkt, dat start bij de planning van de ingreep en loopt tot zes weken na de operatie."

Dokter Philippe Morelle, orthopedist OLV: "De standaardisering in protocollen komt de kwaliteit ten goede. Met alle betrokken diensten hebben we het meest optimale zorgtraject voor de patiënt uitgetekend. Alle orthopedisten en revalidatieartsen werken eraan mee. Een gestandaardiseerd beleid helpt het voorkomen van fouten. Met deze aanpak konden we de gemiddelde ligduur na een totale knie- of heupprothese reduceren van zeven tot negen dagen naar gemiddeld

vijf dagen, met behoud van dezelfde functionaliteit van de patiënt op het moment van het ontslag."



Dokter Alexander Mulliez

Rinus Altes, diensthoofd Fysieke revalidatie OLV: "Tijdens de TOP-informatievergadering geven we patiënten en hun partner meer informatie over de revalidatie. We laten ze alvast even met de krukken oefenen. Als je vandaag even oefent, dan lukt het na de operatie ook prima, zeggen we altijd. Dat klinkt geruststellend. In nauwe samenwerking met artsen, verpleegkundigen, paramedici en andere medewerkers streven we één gemeenschappelijke doelstelling na: de optimale zorg van de patiënt en een snellere en betere revalidatie."

Combinatie van chirurgische techniek en omkadering

Dokter Alexander Mulliez, orthopedist OLV: "Deze holistische aanpak heeft inmiddels zijn waarde bewezen op de campussen in Aalst en Ninove. Dus lag het voor de hand dat we deze succesvolle aanpak nu ook op campus Asse zouden introduceren. Bij de introductie van het Totaal Orthopedisch Programma op campus Asse opteren we ervoor om deze prothesen langs de minimaal invasieve anterieure toegangsweg te plaatsen. Dit is een intermusculaire en interveneuze minimaal invasieve techniek, waarbij geen enkele spier of pees wordt doorgesneden of losgemaakt van het bot. Daardoor heeft de patiënt minder postoperatieve pijn en minder bloedverlies. De herstelperiode wordt verder ingekort en



de hospitalisatieduur kan verder worden gereduceerd van gemiddeld vijf naar gemiddeld drie dagen. Er is tevens een beduidend lager risico op luxatie. Door de minimale spier- en zenuwschade wordt vermeden dat de patiënt langdurig manken na de ingreep. Als deze geoptimaliseerde aanpak werkt en goed is ingeburgerd, gaan we uiteraard bekijken om die ook in Aalst en Asse in te voeren."

De TOP-informatievergaderingen voor patiënten bij wie een totale knie- of heupprothese wordt geplaatst, vinden om de twee weken plaats, telkens in de namiddag - vanaf 10 januari 2017 dus ook in de Asse, naast Aalst. Voor meer informatie, bel 053 72 43 75 (secretariaat Orthopedie Aalst) of 02 300 63 30 (secretariaat Orthopedie Asse).

Nieuwe perspectieven voor de behandeling van idiopathische pulsatiele tinnitus bij geassocieerde chronische tubaire dysfunctie

Ballondilatatie van de buis van Eustachius

Chronische tubaire dysfunctie kan aanleiding geven tot invaliderende pulsatiele tinnitus. Ballondilatatie van de buis van Eustachius (BET) biedt nieuwe perspectieven op een doeltreffende behandeling. Het OLV Ziekenhuis is het eerste centrum waar deze techniek succesvol voor deze indicatie werd toegepast.

Alternatief voor diablo

Dokter Sven Geukens, staf-lid dienst Neus-, keel- en oorzichten (NKO): "Tinnitus is een vlag die vele ladingen dekt (red.: zie kaderstukje). Niet elke vorm van tinnitus heeft baat bij een behandeling door middel van de nieuwe BET-techniek. Deze techniek is enkel aangewezen bij patiënten met een chronische tubaire dysfunctie. Bij deze patiënten functioneert de buis van Eustachius onvoldoende, waardoor de drukregeling in het middenoor wordt verstoord. Tijdens ideale omstandigheden heerst er een gelijke druk in het middenoor, de buitenste gehoorgang, het rotsbeen en de neus-keelholte. De druk in het middenoor wordt geregeld door verschillende systemen. Het rotsbeen zorgt voor een continue drukregeling ter hoogte van het middenoor

Bij diagnose van chronische tubaire dysfunctie, kan deze behandeld worden door BET, een veilige en efficiënte causale behandeling ter verbetering van de werking van de buis van Eustachius.

terwijl de buis van Eustachius de druk bijstuurt waar nodig. Als een van deze systemen niet meer naar behoren functioneert, ontstaat er een onderdruk in het middenoor. Hierdoor kunnen bepaalde geluiden, die voordien niet gehoord werden omdat ze voor onze hersenen als vanzelfsprekend beschouwd werden, plots een andere betekenis krijgen en bewust gehoord worden. Een voordien aanwezige tinnitus kan veel luider gaan klinken of pulsaties van een nabij het oor gelegen bloedvat kunnen plots gehoord worden. Wanneer deze periode van drukverandering slechts kort aanwezig is, zal onze aandacht hier weer snel van weg-ebben. Blijft het drukverschil echter lang genoeg bestaan, dan wordt het "nieuwe geluid" des te belangrijker in ons aandachtsveld en kan het als storend ervaren worden.



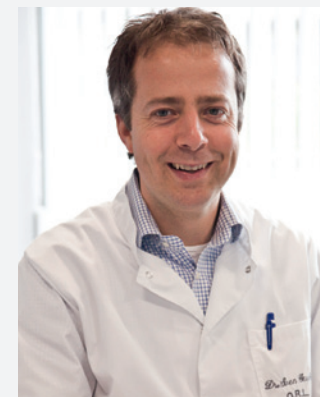
In een poging de drukdaling te neutraliseren en zo deze storende geluiden te laten verdwijnen, wordt er vaak een gaatje gemaakt in het trommelvlies waarin een diablo wordt geplaatst.

Vaak blijft succes uit of neemt de subjectieve last nog toe. Door een perforatie in het trommelvlies te maken, creëer je gehoorverlies en verander je de volledige verluchting van het middenoor. Frequent geven patiënten aan dat het drukgevoel niet verdwenen is en dat ze ook nog eens minder goed horen. Het maken van een gaatje houdt ook andere risico's in: infecties, bij 1% het ontwikkelen van een goedaardige cyste (cholesteatoom) of in 2 tot 4% het openblijven van het gaatje. Gelukkig is er nu een nieuwe, alternatieve methode, die we ook in het OLV Ziekenhuis met succes toepassen."

Belang van correcte diagnosestelling

Dokter Geukens: "Omdat de BET-techniek niet is aangewezen voor elke vorm van tinnitus, is een correcte diagnosestelling cruciaal om geen onrealistische verwachtingen bij de patiënt te creëren."

Chronische dysfunctie van de buis van Eustachius wordt gediagnosticeerd door het gebruik van de Eustachian Tube Score-7. Deze in 2015 beschreven score heeft een sensitiviteit en specificiteit van 96% en maakt gebruik van het klinisch onderzoek, waarbij de mogelijkheid tot het uitvoeren van het Valsalvamaanoeuvre wordt geëvalueerd, tympanometrie en tubomanometrie. Bij tympanometrie wordt de beweeglijkheid van het trommelvlies gemeten en daarmee de weerstand die het middenoor geeft om een

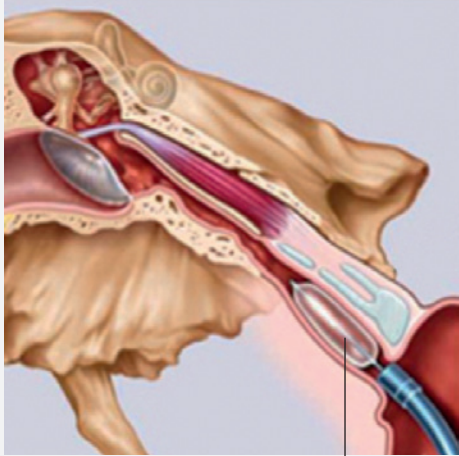


Dokter Sven Geukens

Oto-endoscopie vermijdt snede achter het oor

Dokter Geukens: "De verluchting van het middenoor is een complex systeem, dat niet enkel berust op een correcte werking van de buis van Eustachius. Meerdere andere factoren spelen daarbij de rol, waaronder het de verluchting via het rotsbeen. Tot voor enkele jaren waren we voor heelkunde van het oor aangewezen op het gebruik van de microscoop. Een groot nadeel van dit toestel is dat je er enkel rechtdoor mee kunt kijken. Alles wat het zicht belemmert, moet verwijderd of weggeboord worden. Zo was het vaak nodig het rotsbeen volledig uit te boren om bij de aandoening te komen. Hierbij werd het rotsbeen 'opgeofferd', wat een nadelig effect heeft op de verluchting van het middenoor. Met de oto-endoscoop kunnen we het oor onderzoeken en behandelen van binnenuit. De endoscoop filmt rechtstreeks in het oor op de plaats waar het probleem zich voordoet. Door de otoscoop te manipuleren, kunnen we in het hele middenoor rondkijken en pathologie verwijderen."

"Hierdoor worden ook nieuwe behandelingen mogelijk, zoals het vrijmaken van geblokkeerde verluchtungskanaalen naar het rotsbeen of kijkoperaties van het oor bij het vermoeden van vergroeiingen ontstaan na veelvuldige infecties. Het grote voordeel voor de patiënt is dat we geen incisie achter het oor meer moeten maken. Hij ervaart daardoor veel minder pijn van de ingreep, herstelt sneller en hoeft na de operatie ook geen verband rond het hoofd te dragen. De meeste oto-endoscopische ingrepen gebeuren reeds via daghospitalisatie. Het OLV Ziekenhuis is één van de eerste centra in Vlaanderen dat oto-endoscopie kan aanbieden aan zijn patiënten."



Het kraakbenig deel wordt gedilateerd met een speciaal hiervoor ontwikkelde ballon.

geluid door te geven aan het binnenoor. ETS-7 maakt eveneens gebruik van de tubomanometer. We vragen dan aan de patiënt om een slokje water te nemen en vervolgens brengen we een oplopende druk van 30 tot 50 mbar aan in de nasofarynx. Via een registratiesonde in de het uitwendige gehoorkanaal evalueren we wanneer de buis van Eustachius opent bij het slikken. Een CT-scan geeft

Goed klinisch onderzoek met het gebruik van de Eustachian Tube Score-7 en de tubomanometer is essentieel.

Tinnitus

Tinnitus of oorsuizen verwijst naar elk geluid dat door de patiënt wordt aangegeven, zonder dat het geluid effectief buiten het hoofd kan gehoord worden. Eén derde van alle mensen heeft tinnitus (intermittent of continu) en daarvan ondervindt vijf procent er hinder van. Patiënten met slechthorendheid hebben meer last van tinnitus (70%), maar ook zonder gehoorverlies kan tinnitus zich voordoen. Er zijn in totaal zo rond de 400 verschillende mogelijke oorzaken van tinnitus bekend.

Bij subjectieve tinnitus neemt alleen de patiënt zelf het geluid waar. De oorzaken hiervoor zijn legio, en vaak moeilijk te achterhalen. Bij objectieve tinnitus is het geluid (nadat het versterkt is) door een buitenstaander daadwerkelijk te horen.

In vijf procent van de gevallen van objectieve tinnitus zijn geluiden afkomstig van het eigen lichaam de oorzaak. Vaak gaat het om pulsatie tinnitus. Bij bepaalde patiënten sluit de buis van Eustachius onvoldoende (patulous tube), waardoor de eigen ademhaling kan gehoord worden of de eigen stem dubbel wordt gehoord (autofonie). In andere gevallen van pulsatie tinnitus verloopt het oorsuizen synchroon met de hartslag. Hoewel bloedvatvernauwingen vaak de oorzaak vormen, wordt 15% van pulsatie tinnitus gediagnosticeerd als idiopatisch. Vooraleer pulsatie tinnitus als idiopatisch te beschouwen, dient chronische tubaire dysfunctie te worden uitgesloten.

De invloed van oorsuizen (tinnitus) op het leven van patiënten varieert van lichte irritatie tot volledige belemmering van het leven van een normaal leven. Ongeveer 25% van de personen die chronische last heeft van oorsuizen, lijdt er onder. Velen onder hen geven aan dat hun ziekte zenuwslopend en ondraaglijk is. Door de permanente belasting van het waarnemen van ongewenst geluid, krijgen de tinnituspatiënten vaak last van concentratiestoornissen en slaapproblemen. Door de fixatie op het oorsuizen kan het een steeds dominantere plek in het leven van de patiënt innemen waardoor deze nog meer negatieve aandacht krijgt en daardoor wordt versterkt.

aanvullende informatie over het rotsbeen en mogelijke anatomische variaties. Wanneer een chronische tubaire dysfunctie aanwezig is en andere mogelijke oorzaken van pulsatie tinnitus uitgesloten werden, kan ballondilatatie van de buis van Eustachius als behandeling overwogen worden."

Kraakbeen oprekken

Dokter Geukens: "Ballondilatatie van de buis van Eustachius werd voor het eerst beschreven in 2009. De opzet van de behandeling is de werking van de buis van Eustachius te herstellen door het kraakbenig deel

te dilateren met een speciaal hiervoor ontwikkelde ballon. Nadat de ballon correct is geplaatst, wordt deze gedurende 2 minuten tot een druk van 10 bar gebracht en nadien weer afgelaten en verwijderd. Door deze dilatatie opent de buis van Eustachius zich gemakkelijker bij het slikken. Zo nemen we bij bestaande drukproblemen de oorzaak weg in plaats van ons louter te concentreren op de gevolgen. Gedurende een periode van 2 jaar werden in het OLV Ziekenhuis 160 ballondilataties van de buis van Eustachius uitgevoerd, met een succesratio van 80%, welke overeenstemt met de literatuurgegevens.



Deze laatste gegevens komen vooral uit Duitsland, waar de techniek ontwikkeld werd en er tevens een tegemoetkoming voor deze techniek voorzien is. Het aantal behandelde patiënten ligt hier momenteel boven de 20.000. De BET-procedure wordt algemeen aanvaard als een veilige en efficiënte techniek voor de behandeling van chronische tubaire dysfunctie. Als nazorg adviseren we de patiënt om regelmatig de ventilatie van de buis van Eustachius te trainen door drie- tot vijfmaal

per dag de Valsalvamanoeuvre uit te voeren. De patiënt moet daarbij zijn neusvleugels dichtknijpen, de mond dichthouden, de maagspieren aanspannen en dan hard uitademen alsof hij zijn neus snuit. Dit manoeuvre stimuleert een gelijkmatige druk in de oren en opent ook de buis van Eustachius."

Meer info

- <http://nko-ori-aalst.be/>
- In mei 2017 organiseert Dr. Geukens, samen met een van de pioniers in de oto-endoscopische heekkunde, Prof. Marchioni uit Verona, een driedaagse internationale opleiding voor oto-endoscopische heekkunde en de BET-procedure in het OLV Robotic Surgery Institute in Melle.

De toekomst? Cochleaire implantatie

Dokter Geukens: "Momenteel ben ik bezig met de laatste voorbereidingen om cochleaire implantatie op te starten in het OLV. Door de verbetering van de implanttechnologie, de vergrijzing van de bevolking en het meer toegankelijk worden van deze behandeling zal in de nabije toekomst een groeiend aantal patiënten hiervoor in aanmerking komen. Vele patiënten hebben een klassiek gehoorapparaat maar dragen het niet omdat ze er wel mee horen maar niet mee verstaan. Na zorgvuldige screening, in samenwerking met de Oorgroep in Antwerpen, wordt een realistisch verwachtingspatroon van de spraakverstaanbaarheid na cochleaire implantatie aan de patiënt aangeboden en in de begeleiding na implantatie voorzien."

Vrienden van de Wetenschap

Het OLV Ziekenhuis wil een patiëntgericht, lokaal verankerd ziekenhuis zijn met een internationale uitstraling op specifieke zorggebieden, die in sterke mate gebaseerd is op onze inspanningen op het vlak van innovatie. Die inspanningen komen ook tot uiting in de bijdragen die onze artsen op regelmatige basis leveren aan medisch-wetenschappelijke publicaties. Hier volgt een overzicht van deze artikels die tussen 1 april 2016 en 10 november 2016 werden gepubliceerd. (De namen van OLV-artsen zijn in het vet gezet).

Algemene heekkunde

A rare case of clinically and biochemically silent giant right pheochromocytoma: case report and review of literature.

Sundahl N, **Van Slycke S**, Brusselaers N.
— *Acta Chir Belg.* 2016 Apr 21:1-4. [Epub ahead of print]

Comparison of the harmonic focus and the thunderbeat for open thyroidectomy.

Van Slycke S, Gillardin JP, Van Den Heede K, Minguet J, Vermeersch H, Brusselaers N.
— *Langenbecks Arch Surg.* 2016 Sep;401(6):851-9. doi: 10.1007/s00423-016-1448-6.

A giant hiding in the mediastinum: case report of a parathyroid adenoma.

D. Ooms, **P. Van Crombrugge**, **I. Van Pottelberge**, **S. Van Slycke**, **O. De Winter**
— *Tijdschrift voor Nucleaire Geneeskunde* 2016, 38(2) p 1550-1553

Multicystisch peritoneal mesotheliom

Degroote H, **De Gendt S**, **Jeuris W**, **Aerts P**, **Casneuf V**
— *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 72, nr00, 2016

Ischemic Strangulation of a Giant Epilpic Appendage through an Omental Defect: a Case Report.

Hulstaert, T. Lerut AV, **Claus F**, **Van Hoe L**, **Bladt O**, **Krick M** (2016).
— *Journal of the Belgian Society of Radiology.* 100(1), p.84. DOI: <http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1112>

Anesthesiologie

Glucose Control in the ICU: A Continuing Story.

Preiser JC, Chase JG, Hovorka R, Joseph JJ, Krinsky JS, De Block C, Desai V, **Foubert L**, Kalfon P, Pielmeier U, Van Herpe T, Wernerman J.

— *J Diabetes Sci Technol.* 2016 Nov 1;10(6):1372-1381. Review.

Combined endoscopic and transcatheter treatment of native mitral stenosis.

Van Praet F, Roubelakis A, **Coddens J**, **Casselman F**.
— *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2016 Sep 5. pii: iwv288. [Epub ahead of print]

Inhaled anaesthetics and nitrous oxide: Complexities overlooked: things may not be what they seem.

Hendrickx J, Peyton P, **Carette R**, De Wolf A.
— *Eur J Anaesthesiol.* 2016 Sep;33(9):611-9. doi: 10.1097/EJA.0000000000000467.

Minimally invasive mitral valve repair for functional mitral regurgitation in severe heart failure: MitraClip versus minimally invasive surgical approach.

Ondrus T, **Bartunek J**, **Vanderheyden M**, **Stockman B**, **Kotrc M**, **Van Praet F**, **Van Camp G**, **Lecomte P**, **Mo Y**, **Penicka M**.
— *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2016 Jun 29. pii: iwv215. [Epub ahead of print]

Functional respiratory imaging after neostigmine- or sugammadex-enhanced recovery from neuromuscular blockade in the anaesthetised rat: a randomised controlled pilot study.

Schepens T, **Cammu G**, **Maes S**, **Desmedt B**, **Vos W**, **Deseure K**, **Bras R**.
— *Anesthesiol.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2015.11.004>

Diaphragmatic and intercostal electromyographic activity during neostigmine-, sugammadex-, and neostigmine-sugammadex-enhanced recovery after neuromuscular blockade: A randomized controlled study in healthy volunteers.

Cammu G, **Schepens T**, **De Neve N**, **Wilde-meersch D**, **Foubert L**, **Jorens PG**.
— *Eur J Anaesthesiol* 2016; 33:1-8 [Epub ahead of print]

Not Really Triple Low?

Carette R, **Struys MM**, **De Wolf AM**, **Hendrickx JF**.
— *Anesthesiology.* 2016 Jun;124(6):1410-1. doi: 10.1097/ALN.0000000000001087. No abstract available.

Do mask aperture bars of extraglottic airway devices prevent prolapse of epiglottis causing airway obstruction? A randomized crossover trial in anesthetized adult patients.

Van Zundert TC, **Hendrickx JF**, **De Witte JL**, **Wong DT**, **Cattano D**, **Brimacombe JR**.
— *J Clin Anesth.* 2016 Jun;31:231-7. doi: 10.1016/j.jclinane.2015.12.004.

Accuracy of inhaled agent usage displays of automated target control anesthesia machines.

Dehouwer A, **Carette R**, **De Ridder S**, **De Wolf AM**, **Hendrickx JF**.
— *J Clin Monit Comput.* 2016 Oct;30(5):539-43. doi: 10.1007/s10877-015-9746-z.

Automated gas control with the Maquet FLOW-i.

Carette R, **De Wolf AM**, **Hendrickx JF**.
— *J Clin Monit Comput.* 2016 Jun;30(3):341-6. doi: 10.1007/s10877-015-9723-6.

Memory and consciousness inter-twined

Coddens J
— **Br. J. Anaesth.**

Cardiologie Cardiovasculaire en thoracale heekkunde

Should MRAs be at the front row in heart failure? A plea for the early use of mineralocorticoid receptor antagonists in medical therapy for heart failure based on clinical experience.

Heggermont WA, **Goethals M**, **Dierckx R**, **Verstreken S**, **Bartunek J**, **Vanderheyden M**.
— *Heart Fail Rev.* 2016 Nov;21(6):699-701. Review.

Effect of Experience and Training on the Concordance and Precision of Strain Measurements.

Negishi T, Negishi K, Thavendiranathan P, Cho GY, Popescu BA, Vinereanu D, Kurosawa K, **Penicka M**, Marwick TH; SUCCOUR Investigators. — **JACC Cardiovasc Imaging.** 2016 Oct 6. pii: S1936-878X(16)30620-9. doi: 10.1016/j.jcmg.2016.06.013. [Epub ahead of print]

Diagnostic Accuracy of Fast Computational Approaches to Derive Fractional Flow Reserve From Diagnostic Coronary Angiography: The International Multicenter FAVOR Pilot Study.

Tu S, Westra J, Yang J, von Birgelen C, Ferrara A, **Pellicano M**, Nef H, Tebaldi M, Murasato Y, Lansky A, **Barbato E**, van der Heijden LC, Reiber JH, Holm NR, **Wijns W**; FAVOR Pilot Trial Study Group. — **JACC Cardiovasc Interv.** 2016 Oct 10;9(19):2024-2035. doi: 10.1016/j.jcin.2016.07.013.

The ‘napkin-ring’ constrictive pericarditis.

Milkas A, **Van Mieghem C**, **Van Hoe L**, **Barbato E**, **De Bruyne B**. — **Eur Heart J Cardiovasc Imaging.** 2016 Sep 27. pii: jew203. [Epub ahead of print].

Plaque protrusion compromising bioresorbable coronary scaffold patency.

Floré V, **Pellicano M**, **Adjedj J**, Ferrara A, **Van Der Steen K**, **Bartunek J**. — **EuroIntervention.** 2016 Sep 18;12(7):873. doi: 10.4244/EIJV12I7A142.

Clopidogrel Versus Ticagrelor for Antiplatelet Maintenance in Diabetic Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention: Results of the CLOTILDA Study (Clopidogrel High Dose Versus Ticagrelor for Antiplatelet Maintenance in Diabetic Patients).

Mangiacapra F, Panaïoli E, Colaiori I, Ricottini E, Lauria Pantano A, Pozzilli P, **Barbato E**, Di Sciascio G. — **Circulation.** 2016 Sep 13;134(11):835-7. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.023743

Fractional Flow Reserve in Acute Coronary Syndromes.

Fearon WF, **De Bruyne B**, Pijls NH. — **J Am Coll Cardiol.** 2016 Sep 13;68(11):1192-4. doi: 10.1016/j.jacc.2016.07.713.

Combined endoscopic and transcatheter treatment of native mitral stenosis.

Van Praet F, Roubelakis A, **Coddens J**, **Casselman F**. — **Interact Cardiovasc Thorac Surg.** 2016 Sep 5. pii: iw2288. [Epub ahead of print]

Frequency of Stent Thrombosis Risk at 5 Years in Women Versus Men With Zotarolimus-Eluting Compared With Sirolimus-Eluting Stent.

Ten Haaf M, Appelman Y, **Wijns W**, Steg G, Mauri L, Rademaker-Havinga T, Wetzels G, Bousquette L, Camenzind E, Boersma E; PROTECT Steering Committee and Investigators. — **Am J Cardiol.** 2016 Oct 15;118(8):1178-1186. doi: 10.1016/j.amjcard.2016.07.032.

First prospective multicenter experience with the 7 French Glidesheath slender for complex transradial coronary interventions.

Aminian A, Iglesias JF, **Van Mieghem C**, Zuffi A, Ferrara A, Manih R, Dolatabadi D, Lalmand J, Saito S. — **Catheter Cardiovasc Interv.** 2016 Aug 27. doi: 10.1002/ccd.26773. [Epub ahead of print]

Anatomical and functional assessment of Tryton bifurcation stent before and after final kissing balloon dilatation: Evaluations by three-dimensional coronary angiography, optical coherence tomography imaging and fractional flow reserve.

Pyxaras SA, Toth GG, Di Gioia G, Ughi GJ, Tu S, Rusinaru D, Adriaenssens T, Reiber JH, Leon MB, Bax JJ, **Wijns W**. — **Catheter Cardiovasc Interv.** 2016 Aug 27. doi: 10.1002/ccd.26777. [Epub ahead of print]

Endoscopic atrioventricular valve surgery in adults with difficult-to-access uncorrected congenital chest wall deformities.

Floré V, **Pellicano M**, **Adjedj J**, Ferrara A, **Van Der Steen K**, **Bartunek J**, **Vermeulen Y**, **Degrieck I**, **Van Praet F**. — **Interact Cardiovasc Thorac Surg.** 2016 Aug 19. pii: iw2242. [Epub ahead of print]

Five-year clinical performance of a biodegradable polymer-coated biolimus-eluting stent in unselected patients.

Danzi GB, Piccolo R, Chevalier B, Urban P, Fath-Ordoubadi F, Carrie D, Wiemer M, Serra A, **Wijns W**, Kala P, Stabile A, Goicolea Ruigomez J, Sagic D, Laanmets P, Strupp G, West N; Nobori 2 Investigators. — **Heart.** 2016 Aug 10. pii: heartjnl-2016-309283. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309283. [Epub ahead of print]

Decreased Soluble Guanylate Cyclase Contributes to Cardiac Dysfunction Induced by Chronic Doxorubicin Treatment in Mice.

Vandenwijngaert S, Swinnen M, Walravens AS, Beerens M, Gillijns H, Caluwé E, Tainsh RE, Nathan DI, Allen K, Brouckaert P, **Bartunek J**, Scherrer-Crosbie M, Bloch KD, Bloch DB, Janssens SP, Buys ES. — **Antioxid Redox Signal.** 2016 Sep 8. [Epub ahead of print]

Response: Asymptomatic severe aortic stenosis: Cardiopulmonary exercise testing in “the world of AVATAR”.

Banovic M, Iung B, **Bartunek J**, **Penicka M**, **van Camp G**, Nikolic S, Putnik S. — **Am Heart J.** 2016 Aug;178:e3-4. doi: 10.1016/j.ahj.2016.06.013.

Myocarditis in Clinical Practice.

Sinagra G, Anzini M, Pereira NL, Bussani R, Finocchiaro G, **Bartunek J**, Merlo M. — **Mayo Clin Proc.** 2016 Sep;91(9):1256-66. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.05.013. Review.

Acute ascending aorta dissection in a bicuspid aortic valve cardiac allograft 11 years after orthotopic cardiac transplantation.

van der Merwe J, **Casselman F**, **Verstreken S**, **Stockman B**. — **Eur J Cardiothorac Surg.** 2016 Jul 20. pii: ezw257. [Epub ahead of print]

Robotically enhanced mediastinal teratoma resection: a case report and review of the literature.

Willems E, Martens S, **Beelen R**. — **Acta Chir Belg.** 2016 May 26;1-4. [Epub ahead of print]

Relationship of asymmetric dimethylarginine (ADMA) with extent and functional severity of coronary atherosclerosis.

Mangiacapra F, Conte M, Demartini C, Muller O, Delrue L, Dierckx K, Di Sciascio G, Trimarco B, **De Bruyne B**, **Wijns W**, **Bartunek J**, **Barbato E**. — **Int J Cardiol.** 2016 Oct 1;220:629-33. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.06.254.

Minimally invasive mitral valve repair for functional mitral regurgitation in severe heart failure: MitraClip versus minimally invasive surgical approach.

Ondrus T, **Bartunek J**, **Vanderheyden M**, **Stockman B**, Kotrc M, **Van Praet F**, **Van Camp G**, **Lecomte P**, Mo Y, **Penicka M**. — **Interact Cardiovasc Thorac Surg.** 2016 Jun 29. pii: iw2215. [Epub ahead of print]

Dyspnoea in a 36-year-old woman.

Wens J, **Van Camp G**. — **Heart.** 2016 Jun 15;102(12):e4. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308885.

Overview of the clinical trials on bioresorbable vascular scaffold.

Ferrara A, Di Gioia G, Strisciuglio T, **Wijns W**, **Barbato E**. — **Minerva Cardioangiol.** 2016 Aug;64(4):473-80.

Sustained safety and performance of the second-generation drug-eluting absorbable metal scaffold in patients with de novo coronary lesions: 12-month clinical results and angiographic findings of the BIOSOLVE-II first-in-man trial.

Banovic M, Ince H, Abizaid A, Toelg R, Lemos PA, von Birgelen C, Christiansen EH, **Wijns W**, Neumann FJ, Kaiser C, Eeckhout E, Lim ST, Escaned J, Onuma Y, Garcia-Garcia HM, Waksman R. — **Eur Heart J.** 2016 Sep 14;37(35):2701-9. doi: 10.1093/eurheartj/ehw196.

A randomized comparison of novel bioresorbable polymer sirolimus-eluting stent and durable polymer everolimus-eluting stent in patients with acute coronary syndromes: The CENTURY II high risk ACS substudy.

Jiménez VA, Iñiguez A, Baz JA, Valdés M, Ortiz A, Vuillomenet A, Mainar V, Dudek D, Banai S, Tüller D, Bonnet JL, De Miguel A, Bastos G, **Wijns W**, Saito S. — **Cardiovasc Revasc Med.** 2016 Sep;17(6):355-61. doi: 10.1016/j.carrev.2016.04.0

Mode of admission and its effect on adherence to reperfusion therapy guidelines in Belgian STEMI patients.

Rousseaux C, Mols P, Sinnaeve PR, Convens C, Dubois P, Vranckx P, Gevaert S, Coussement P, Ramadan AS, Beauloye C, Renard M, Evrard P, Argacha JF, **De Raedt H**, Wouters K, Claeys MJ. — **Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.** 2016 Sep;5(5):461-7. doi: 10.1177/2048872616647708.

Bioresorbable scaffolds for treatment of coronary bifurcation lesions: Critical appraisal and future perspectives.

Diletti R, Tchetché D, **Barbato E**, Latib A, Farah B, van Geuns RJ, Colombo A, Fajadet J, van Mieghem NM. — **Catheter Cardiovasc Interv.** 2016 Sep;88(3):397-406. doi: 10.1002/ccd.26454.

Direct coronary drainage to the left ventricle via Thebesian veins: series report with histologic and cardiac CT analysis.

Adjedj J, Meert V, **Vanderheyden M**, **Van Mieghem C**. — **EuroIntervention.** 2016 Apr 20;11(13):1564. doi: 10.4244/EIJV11I13A302.

Continuum of Vasodilator Stress From Rest to Contrast Medium to Adenosine Hyperemia for Fractional Flow Reserve Assessment.

Johnson NP, Jeremias A, Zimmermann FM, **Adjedj J**, Witt N, Hennigan B, Koo BK, Maehara A, Matsumura M, **Barbato E**, Esposito G, Trimarco B, Rioufol G, Park SJ, Yang HM, Baptista SB, Chrysant GS, Leone AM, Berry C, **De Bruyne B**, Gould KL, Kirkeeide RL, Oldroyd KG, Pijls NH, Fearon WF. — **JACC Cardiovasc Interv.** 2016 Apr 25;9(8):757-67. doi: 10.1016/j.jcin.2015.12.273.

Rationale and design of the Aortic Valve replacement versus conservative treatment in Asymptomatic severe aortic stenosis (AVATAR trial): A randomized multicenter controlled event-driven trial.

Banovic M, Iung B, **Bartunek J**, Asanin M, Beleslin B, Biocina B, **Casselman F**, da Costa M, Deja M, Gasparovic H, Kala P, Labrousse L, Loncar Z, Marinkovic J, Nedeljko J, Nedeljko M, Nemec P, Nikolic SD, Pencina M, **Penicka M**, Ristic A, Sharif F, **Van Camp G**, **Vanderheyden M**, Wojakowski W, Putnik S. — **Am Heart J.** 2016 Apr;174:147-53. doi: 10.1016/j.ahj.2016.02.001.

Periprocedural Myocardial Injury and Long-Term Clinical Outcome in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Interventions of Coronary Chronic Total Occlusion.

Di Serafino L, Borgia F, Maeremans J, Pyxaras SA, **De Bruyne B**, **Wijns W**, Heyndrickx GR, Dens J, Di Mario C, **Barbato E**. — **J Invasive Cardiol.** 2016 Oct;28(10):410-414.

Novel device-based interventional strategies for advanced heart failure.

Toth GG, **Vanderheyden M**, **Bartunek J**. — **Postepy Kardiol Interwencyjne.** 2016;12(1):13-6. doi: 10.5114/pwki.2016.56944. Review.

Microvascular (Dys)Function and Clinical Outcome in Stable Coronary Disease.

De Bruyne B, Oldroyd KG, Pijls NH. — **J Am Coll Cardiol.** 2016 Mar 15;67(10):1170-2. doi: 10.1016/j.jacc.2015.11.006

Wasted septal work in left ventricular dyssynchrony: a novel principle to predict response to cardiac resynchronization therapy.

Vecera J, **Penicka M**, Eriksen M, Russell K, **Bartunek J**, **Vanderheyden M**, Smiseth OA. — **Eur Heart J Cardiovasc Imaging.** 2016 Jun;17(6):624-32. doi: 10.1093/ehjci/jew019.

Impact of Right Atrial Pressure on Fractional Flow Reserve Measurements: Comparison of Fractional Flow Reserve and Myocardial Fractional Flow Reserve in 1,600 Coronary Stenoses.

Toth GG, **De Bruyne B**, Rusinaru D, Di Gioia G, **Bartunek J**, **Pellicano M**, **Vanderheyden M**, **Adjedj J**, **Wijns W**, Pijls NH, **Barbato E**. — **JACC Cardiovasc Interv.** 2016 Mar 14;9(5):453-9. doi: 10.1016/j.jcin.2015.11.021.

Clinical Outcome of Patients with Aortic Stenosis and Coronary Artery Disease Not Treated According to Current Recommendations.

Di Gioia G, **Pellicano M**, Toth GG, **Casselman F**, **Adjedj J**, **Van Praet F**, **Stockman B**, **Degrieck I**, Trimarco B, **Wijns W**, **De Bruyne B**, **Barbato E**. — **J Cardiovasc Transl Res.** 2016 Apr;9(2):145-52. doi: 10.1007/s12265-016-9680-6.

Prevalence and Outcomes of Anemia and Hematinc Deficiencies in Patients With Chronic Heart Failure.

Cleland JG, Zhang J, Pellicori P, Dicken B, **Dierckx R**, Shoaib A, Wong K, Rigby A, Goode K, Clark AL. — **JAMA Cardiol.** 2016 Aug 1;1(5):539-47. doi: 10.1001/jamacardio.2016.1161.

Endocrinologie Diabetologie

Patient and provider acceptance of telecoaching in type 2 diabetes: a mixed-method study embedded in a randomised clinical trial.

Odnoletkova I, Buysse H, **Nobels F**, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L, Ramaekers D. — **BMC Med Inform Decis Mak.** 2016 Nov 9;16(1):142.

Delivering Diabetes Education through Nurse-Led Telecoaching. Cost-Effectiveness Analysis.

Odnoletkova I, Ramaekers D, **Nobels F**, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L. — **PLoS One.** 2016 Oct 11;11(10):e0163997. doi: 10.1371/journal.pone.0163997.

A giant hiding in the mediastinum: case report of a parathyroid adenoma.

Ooms D, **Van Crombrugge P**, **Van Pottelberge I**, **Van Slycke S**, **De Winter O**. — **Tijdschrift voor Nucleaire Geneeskunde** 2016, 38(2) p 1550-1553

Clinical action measures improve the reliability of feedback on quality of care in diabetes centres: a retrospective cohort study.

Lavens A, Doggen K, Mathieu C, **Nobels F**, Vandemeulebroucke E, Vandenbroucke M, Verhaegen A, Van Casteren V. — **BMC Health Serv Res** 2016;16:424.

A Novel Method of Quantifying Gait Deviations Using Plantar Pressure Patterns.

Deschamps K, Staes F, Desmet D, Roosen P, Matricali G, Keijsers N, **Nobels F**, Tits J, Bruyninckx H. — **J Am Podiatr Med Assoc** 2016;106:299-304.

Efficacy measures associated to a plantar pressure based classification system in diabetic foot medicine. Deschamps K, Matricali G, Desmet D, Roosen P, Keijsers N, **Nobels F**, Bruyninckx H, Staes F. — **Gait Posture** 2016;49:168-75.

Optimizing diabetes control in people with Type 2 diabetes through nurse-led telecoaching.

Odnoletkova I, Goderis G, **Nobels F**, Fieuw S, Aertgeerts B, Annemans L, Ramaekers D.
— *Diabet Med* 2016 Feb 12. doi: 10.1111/dme.13092.

Nieuwe diabetesconventie: de omslag naar de toekomst.

Nobels F, Mathieu C.
— *Vlaams Tijdschrift voor Diabetologie* 2016;1:5-7

Flash glucose monitoring.

Everaert R, **Nobels F**.
— *Diabetes Info* 2016;4:14-15

Gastro-enterologie

Multicystisch peritoneal mesothelioom

Degroote H, **De Gendt S**, **Jeurs W**, **Aerts P**, **Casneuf V**
— *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 72, nr00, 2016

Gynaecologie Verloskunde

Corifollitropin stimulation in combination with GnRH-antagonists after estradiol valerate pre-treatment. A pilot study on patientfriendly IVF.

Decler W, Verschueren K, **Vandeginste S**, Osmanagaoglu K, Devroey P.
— *Facts Views Vis Obgyn*. 2015 Dec 28;7(4):223-230.

Congenital cytomegalovirus infection: contribution and best timing of prenatal MR imaging.

Cannie MM, Devlieger R, **Leyder M**, **Claus F**, **Leus A**, **De Catte L**, **Cossey V**, **Foulon I**, **Van der Valk E**, **Foulon W**, **Cos T**, **Bernaert A**, **Oyen R**, **Jani JC**.
— *Eur Radiol*. 2016 Oct;26(10):3760-9. doi: 10.1007/s00330-015-4187-0.

Kindergeneeskunde

Chronic Malaise and a Persisting Skin Rash in an Adolescent.

Van Gysel D, **De Raeve H**, **De Wit M**.
— *Pediatr Dermatol*. 2016 Sep;33(5):559-60. doi: 10.1111/pde.12943.

Infections and skin diseases mimicking diaper dermatitis.

Van Gysel D.
— *Int J Dermatol*. 2016 Jul;55 Suppl 1:10-3. doi: 10.1111/ijd.13372. Review.

An Infant with a Lump on the Earlobe.

Van Gysel D, **De Raeve H**, **Bruylants B**.
— *Pediatr Dermatol*. 2016 May;33(3):347-8. doi: 10.1111/pde.12822.

Mastocytosis: a comprehensive insight.

Van Gysel D, **DE Maeseneer H**, **Oranje AP**.
— *G Ital Dermatol Venereol*. 2016 Aug;151(4):385-96.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Single Case Study: Een jongen met autismespectrumstoornis en schizencefalie op MRI.

Vanhamme D, **Danckaerts M**, **Van Bellinghen M**.
— *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, publicatie gepland in editie 4/2016 (dec. 2016).

Klinisch laboratorium

A further cautionary tale for interpretation of external quality assurance results (EQA): Commutability of EQA materials for point-of-care glucose meters.

Jacobs J, **Fokkert M**, **Slingerland R**, **De Schrijver P**, **Van Hoovels L**.
— *Clin Chim Acta*. 2016 Nov 1;462:146-147. doi: 10.1016/j.cca.2016.09.012.

Winner of AACC Devison Award for Excellence in Research.

A novel approach for BCR-ABL1 standardization to improve International Scale estimation.

Maes B, **Bakkus M**, **Boeckx N**, **Boone E**, **Cauwelier B**, **Denys B**, **De Schouwer P**, **Devos T**, **El Housni H**, **Hillen F**, **Jacobs K**, **Lambert F**, **Louagie H**, **Maes MB**, **Meeus P**, **Moreau E**, **Nollet F**, **Peeters K**, **Saussoy P**, **Van Lint P**, **Vaerman JL**, **Vaeyens F**, **Vandepoele K**, **Vannuffel P**, **Ver Elst K**, **Vermeulen K**, **Bruyndonckx R**; **Belgian working group on BCR-ABL1 IS standardization**.
— *Int J Lab Hematol*. 2016 Jul 27. doi: 10.1111/ijlh.12556. [Epub ahead of print]

Added value of indirect immunofluorescence intensity of automated antinuclear antibody testing in a secondary hospital setting.

Oyaert M, **Bossuyt X**, **Ravelingien I**, **Van Hoovels L**.
— *Clin Chem Lab Med*. 2016 Feb;54(2):e63-6. doi: 10.1515/cclm-2015-0887. N

Clinical laboratories have a critical role in test strip lot management in glucose point-of-care testing.

Hofmans M, **Oyaert M**, **De Schrijver P**, **Nobels F**, **Van Hoovels L**.
— *Clin Chem Lab Med*. 2016 May;54(5):e155-9. doi: 10.1515/cclm-2015-0820.

Development of a national EUCAST challenge panel for antimicrobial susceptibility testing.

Desmet S, **Verhaegen J**, **Glupczynski Y**, **Van Eldere J**, **Melin P**, **Goossens H**, **Piérard D**, **Declercq P**, **La-grou K**, **Boel A**, **Cartuyvels R**, **Denis O**, **Vandewal W**, **Saegeman V**.
— *Clin Microbiol Infect*. 2016 Aug;22(8):704-10.

Medische beeldvorming

Coronary Computed Tomography Angiography: Patient-related factors determining image quality using a second-generation 320-slice CT scanner.

Ghekiere O, **Nchimi A**, **Djekic J**, **El Hachemi M**, **Mancini I**, **Hansen D**, **Vanhoenacker P**, **de Roos A**, **Dendale P**.
— *Int J Cardiol*. 2016 Oct 15;221:970-6. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.141.

The 'napkin-ring' constrictive pericarditis.

Milkas A, **Van Mieghem C**, **Van Hoe L**, **Barbato E**, **De Bruyne B**.
— *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2016 Sep 27. pii: jew203. [Epub ahead of print]

Multicystisch peritoneal mesothelioom

Degroote H, **De Gendt S**, **Jeurs W**, **Aerts P**, **Casneuf V**
— *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 72, nr00, 2016

Congenital cytomegalovirus infection: contribution and best timing of prenatal MR imaging.

Cannie MM, Devlieger R, **Leyder M**, **Claus F**, **Leus A**, **De Catte L**, **Cossey V**, **Foulon I**, **Van der Valk E**, **Foulon W**, **Cos T**, **Bernaert A**, **Oyen R**, **Jani JC**.
— *Eur Radiol*. 2016 Oct;26(10):3760-9. doi: 10.1007/s00330-015-4187-0.

Ischemic Strangulation of a Giant Epiploic Appendage through an Omental Defect: a Case Report.

Hulstaert T, **Lerut AV**, **Claus F**, **Van Hoe L**, **Bladt O**, **Krick M** (2016).
— *Journal of the Belgian Society of Radiology*. 100(1), p.84. DOI: http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1112

Nefrologie-hypertensie

Magnesium and infection risk after kidney transplantation: An observational cohort study.

Van Laecke S, **Vermeiren P**, **Nagler EV**, **Caluwe R**, **De Wilde M**, **Van der Vennet M**, **Peeters P**, **Randon C**, **Vermassen F**, **Vanholder R**, **Van Biesen W**.
— *J Infect*. 2016 Jul;73(1):8-17. doi: 10.1016/j.jinf.2016.04.007

The atrial fibrillation conundrum in dialysis patients.

De Vriese AS, **Caluwé R**, **Raggi P**.
— *Am Heart J*. 2016 Apr;174:111-9. doi: 10.1016/j.ahj.2016.01.010. Epub 2016 Jan 23. Review

The effects of vitamin K supplementation and vitamin K antagonists on progression of vascular calcification: ongoing randomized controlled trials.

Caluwé R, **Pyyferoen L**, **De Boeck K**, **De Vriese AS**.

— *Clin Kidney J*. 2016 Apr;9(2):273-9. doi: 10.1093/cjki/sfv146. Epub 2015 Dec 29

Dose-finding study of rivaroxaban in hemodialysis patients.

De Vriese AS, **Caluwé R**, **Bailleul E**, **De Bacquer D**, **Borrey D**, **Van Vlem B**, **Vandecastele SJ**, **Emmerrechts J**.
— *Am J Kidney Dis*. 2015 Jul;66(1):91-8. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.01.022. Epub 2015 Mar 21

Neurochirurgie

Referred leg pain originating from the sacroiliac joint: 6-month outcomes from the prospective randomized controlled iMIA trial.

Dengler J, **Sturesson B**, **Kools D**, **Prestamburgo D**, **Cher D**, **van Eeckhoven E**, **Erk E**, **Pflugmacher R**, **Vajtkoczy P**; and the **iMIA study group**.
— *Acta Neurochir (Wien)*. 2016 Nov;158(11):2219-2224.

Six-month outcomes from a randomized controlled trial of minimally invasive SI joint fusion with triangular titanium implants vs conservative management.

Sturesson B, **Kools D**, **Pflugmacher R**, **Gasbarrini A**, **Prestamburgo D**, **Dengler J**.
— *Eur Spine J*. 2016 May 14. [Epub ahead of print]

MASTERS-D Study: A Prospective, Multicenter, Pragmatic, Observational, Data-Monitored Trial of Minimally Invasive Fusion to Treat Degenerative Lumbar Disorders, One-Year Follow-Up.

Frankie J, **Manson N**, **Buzek D**, **Kosmala A**, **Hubbe U**, **Rosenberg W**, **Pereira P**, **Assietti R**, **Martens F**, **Lam K**, **Barbanti Brodano G**, **Durny P**, **Lidar Z**, **Scheufler K**, **Senker W**.
— *Cureus*. 2016 Jun 13;8(6):e640. doi: 10.7759/cureus.640.

Neus-, keel- en oorziekten

Treatment of glomus tympanicum tumors by preoperative embolization and total surgical resection.

Devuyt L, **Defreyne L**, **Praet M**, **Geukens S**, **Dhooge I**.
— *Am J Otolaryngol*. 2016 Sep 7. pii: S0196-0709(16)30086-2. doi: 10.1016/j.amjoto.2016.08.011. [Epub ahead of print]

Nucleaire geneeskunde

A giant hiding in the mediastinum: case report of a parathyroid adenoma.

Ooms D, **Van Crombrugge P**, **Van Pottelberge I**, **Van Slycke S**, **De Winter O**.
— *Tijdschrift voor Nucleaire Geneeskunde* 2016, 38(2) p 1550-1553

Pathologische ontleedkunde

Granulocytic myeloid-derived suppressor cells promote angiogenesis in the context of multiple myeloma.

De Raeve H, **Bellahcène A**, **Van Valckenborgh E**, **Baron F**, **Beguín Y**, **Caers J**, **Heusschen R**.
— *Oncotarget*. 2016 Jun 21;7(25):37931-37943. doi: 10.18632/oncotarget.9270.

Plaque protrusion compromising bioresorbable coronary scaffold patency.

Floré V, **Pellicano M**, **Adjedj J**, **Ferrara A**, **Van Der Steen K**, **Bartunek J**.
EuroIntervention. 2016 Sep 18;12(7):873. doi: 10.4244/EIJV12I7A142.

Chronic Malaise and a Persisting Skin Rash in an Adolescent.

Van Gysel D, **De Raeve H**, **De Wit M**.
— *Pediatr Dermatol*. 2016 Sep;33(5):559-60. doi: 10.1111/pde.12943.

An Infant with a Lump on the Earlobe.

Van Gysel D, **De Raeve H**, **Bruylants B**.
— *Pediatr Dermatol*. 2016 May;33(3):347-8. doi: 10.1111/pde.12822.

Multicystisch peritoneal mesothelioom

Degroote H, **De Gendt S**, **Jeurs W**, **Aerts P**, **Casneuf V**
— *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 72, nr00, 2016

Pneumologie

Five-Year Survival After Endosonography vs Mediastinoscopy for Mediastinal Nodal Staging of Lung Cancer.

Kuijvenhoven JC, **Korevaar DA**, **Tournoy KG**, **Malfait TL**, **Dooms C**, **Rintoul RC**, **Annema JT**.
— *JAMA*. 2016 Sep 13;316(10):1110-2.

The IASLC Lung Cancer Staging Project: Methodology and Validation Used in the Development of Proposals for Revision of the Stage Classification of NSCLC in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification of Lung Cancer.

Detterbeck FC, **Chanski K**, **Groome P**, **Bolejack V**, **Crowley J**, **Shemanski L**, **Kennedy C**, **Krasnik M**, **Peake M**, **Rami-Porta R**; **IASLC Staging and Prognostic Factors Committee**, **Advisory Boards**, and **Participating Institutions**. **Collaborating members**: **Goldstraw P**,..., **Tournoy KG**,..., **Travis WD**.
— *J Thorac Oncol*. 2016 Sep;11(9):1433-46.

The IASLC Lung Cancer Staging Project: Background Data and Proposals for the Classification of Lung Cancer with Separate Tumor Nodules in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification for Lung Cancer.

Detterbeck FC, **Bolejack V**, **Arenberg DA**, **Crowley J**, **Donington JS**, **Franklin WA**, **Girard N**, **Marom EM**, **Mazzone PJ**, **Nicholson AG**, **Rusch VW**, **Tanoue LT**, **Travis WD**, **Asamura H**, **Rami-Porta R**; **IASLC Staging and Prognostic Factors Committee**.; **Advisory Boards**.; **Multiple Pulmonary Sites Workgroup**.; **Participating Institutions**. **Collaborating members**: **Goldstraw P**,..., **Tournoy KG**,..., **Yokoi K**.
— *J Thorac Oncol*. 2016 May;11(5):681-92.

The IASLC Lung Cancer Staging Project: Summary of Proposals for Revisions of the Classification of Lung Cancers with Multiple Pulmonary Sites of Involvement in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification.

Detterbeck FC, **Nicholson AG**, **Franklin WA**, **Marom EM**, **Travis WD**, **Girard N**, **Arenberg DA**, **Bolejack V**, **Donington JS**, **Mazzone PJ**, **Tanoue LT**, **Rusch VW**, **Crowley J**, **Asamura H**, **Rami-Porta R**; **IASLC Staging and Prognostic Factors Committee**.; **Advisory Boards**.; **Multiple Pulmonary Sites Workgroup**.; **Participating Institutions**. **Collaborating members**: **Goldstraw P**,..., **Tournoy KG**,..., **Yokoi K**.
— *J Thorac Oncol*. 2016 May;11(5):639-50.

Radiotherapie

Do refined consensus guidelines improve the uniformity of clinical target volume delineation for rectal cancer? Results of a national review project.

Joye I, **Macq G**, **Vaes E**, **Roels S**, **Lambrecht M**, **Pelgrims A**, **Bussels B**, **Vancleef A**, **Stellamans K**, **Scalliet P**, **Weytjens R**, **Christian N**, **Boulangier AS**, **Donnay L**, **Van Brussel S**, **Moretti L**, **Van den Bergh L**, **Van Eycken E**, **Debucquoy A**, **Haustermans K**.
— *Radiother Oncol*. 2016 Aug;120(2):202-6. doi: 10.1016/j.radonc.2016.06.005.

Reumatologie

SAPHO: Treatment options including bisphosphonates.

Zwaenepoel T, **Vlam Kd**.
— *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Oct;46(2):168-73. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.04.004.

Urologie

Zero ischaemia partial nephrectomy: a call for standardized nomenclature and functional outcomes.

Alenezi A, **Novara G**, **Mottrie A**, **Al-Buheissi S**, **Karim O**.
— *Nat Rev Urol*. 2016 Nov;13(11):674-683. doi: 10.1038/nrurol.2016.185. Review.

Robot-assisted partial nephrectomy.

Novara G, La Falce S, Kungulli A, Gandaglia G, Ficarra V, **Mottrie A.**
— **Int J Surg.** 2016 Aug 5. pii: S1743-9191(16)30287-4. doi: 10.1016/j.ijso.2016.05.073. [Epub ahead of print] Review.

Perioperative and oncologic outcomes of robot-assisted vs. open radical cystectomy in bladder cancer patients: A comparison of two high-volume referral centers.

Gandaglia G, Karl A, Novara G, de Grootte R, Buchner A, **D'Hondt F**, Montorsi F, Stief C, **Mottrie A**, Gratzke C.
— **Eur J Surg Oncol.** 2016 Nov;42(11):1736-1743. doi: 10.1016/j.ejso.2016.02.254.

Reply to Marc A. Bjurlin, Lee C. Zhao, and Michael D. Stifelman's Letter to the Editor Re: Nicolò Maria Buffi, Giovanni Lughezzani, Rodolfo Hurlle, et al. Robot-assisted Surgery for Benign Ureteral Strictures: Experience and Outcomes from Four Tertiary Care Institutions. Eur Urol. In press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.07.022>.

Buffi NM, Lughezzani G, Hurlle R, Lazzeri M, Taverna G, Bozzini G, Bertolo R, Checucci E, Porpiglia F, Fossati N, Gandaglia G, Larcher A, Suardi N, Montorsi F, Lista G, Guazzoni G, **Mottrie A.**
— **Eur Urol.** 2016 Sep 15. pii: S0302-2838(16)30628-5. doi: 10.1016/j.eururo.2016.09.012. [Epub ahead of print]

Predicting survival in node-positive prostate cancer after open, laparoscopic or robotic radical prostatectomy: A competing risk analysis of a multi-institutional database.

Schiavina R, Bianchi L, Borghesi M, Briganti A, Brunocilla E, Carini M, Terrone C, **Mottrie A**, Dente D, Gacci M, Gontero P, Gurioli A, Imbimbo C, La Manna G, Marchioro G, Milanese G, Miron V, Montorsi F, Morgia G, Munegato S, Novara G, Panarello D, Porreca A, Russo GI, Serni S, Simonato A, Urzi D, Verze P, Volpe A, Martorana G.
— **Int J Urol.** 2016 Sep 12. doi: 10.1111/iju.13203. [Epub ahead of print]

Partial Nephrectomy Versus Radical Nephrectomy for Clinical T1b and T2 Renal Tumors: A Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies.

Mir MC, Derweesh I, Porpiglia F, Zargar H, **Mottrie A**, Autorino R.
— **Eur Urol.** 2016 Sep 7. pii: S0302-2838(16)30533-4. doi: 10.1016/j.eururo.2016.08.060. [Epub ahead of print] Review.

PADUA and R.E.N.A.L. nephrometry scores correlate with perioperative outcomes of robot-assisted partial nephrectomy: analysis of the Vattikuti Global Quality Initiative in Robotic Urologic Surgery (GQI-RUS) database.

Schiavina R, Novara G, Borghesi M, Ficarra V, Ahlawat R, Moon DA, Porpiglia F, Challacombe BJ, Dasgupta P, Brunocilla E, La Manna G, Volpe A, Verma H, Martorana G, **Mottrie A.**
— **BJU Int.** 2016 Aug 16. doi: 10.1111/bju.13628. [Epub ahead of print]

Robot-assisted Surgery for Benign Ureteral Strictures: Experience and Outcomes from Four Tertiary Care Institutions.

Buffi NM, Lughezzani G, Hurlle R, Lazzeri M, Taverna G, Bozzini G, Bertolo R, Checucci E, Porpiglia F, Fossati N, Gandaglia G, Larcher A, Suardi N, Montorsi F, Lista G, Guazzoni G, **Mottrie A.**
— **Eur Urol.** 2016 Jul 26. pii: S0302-2838(16)30427-4. doi: 10.1016/j.eururo.2016.07.022. [Epub ahead of print]

Robot-assisted Radical Prostatectomy and Extended Pelvic Lymph Node Dissection in Patients with Locally-advanced Prostate Cancer.

Gandaglia G, De Lorenzis E, Novara G, Fossati N, De Grootte R, Dovey Z, Suardi N, Montorsi F, Briganti A, Rocco B, **Mottrie A.**
— **Eur Urol.** 2016 May 18. pii: S0302-2838(16)30172-5. doi: 10.1016/j.eururo.2016.05.008. [Epub ahead of print]

Early Recurrence Patterns Following Totally Intracorporeal Robot-assisted Radical Cystectomy: Results from theEAU Robotic Urology Section (ERUS) Scientific Working Group.

Collins JW, Hosseini A, Adding C, Nyberg T, Koup-paris A, Rowe E, Perry M, Issa R, Schumacher MC, Wijburg C, Canda AE, Balbay MD, Decaestecker K, Schwentner C, Stenzl A, Edeling S, Pokupić S, **D'Hondt F**, **Mottrie A**, Wiklund PN.
— **Eur Urol.** 2016 Nov 2. pii: S0302-2838(16)30744-8. doi: 10.1016/j.eururo.2016.10.030. [Epub ahead of print]

Robotic and Open Radical Prostatectomy: The First Prospective Randomised Controlled Trial Fuels Debate Rather than Closing the Question.

Fossati N, Wiklund P, Rochat CH, Montorsi F, Dasgupta P, Sanchez-Salas R, Canda AE, Piechaud T, Artibani W, **Mottrie A.**
— **Eur Urol.** 2016 Sep 13. pii: S0302-2838(16)30580-2. doi: 10.1016/j.eururo.2016.08.068. [Epub ahead of print]

Robotic Assisted Simple Prostatectomy (RASP) versus Holmium Laser Enucleation of the Prostate (HoLEP) for lower urinary tract symptoms in patients with large volume prostates (>100 ml): a comparative analysis from a high-volume center.

Umari P, Fossati N, Gandaglia G, Pokorny M, De Grootte R, Geurts N, Goossens M, **Schatteman P**, **De Naeyer G**, **Mottrie A.**
— **J Urol.** 2016 Sep 8. pii: S0022-5347(16)31214-9. doi: 10.1016/j.juro.2016.08.114. [Epub ahead of print]

Robot-assisted Salvage Lymph Node Dissection for Clinically Recurrent Prostate Cancer.

Montorsi F, Gandaglia G, Fossati N, Suardi N, Pultrone C, De Grootte R, Dovey Z, Umari P, Gallina A, Briganti A, **Mottrie A.**
— **Eur Urol.** 2016 Sep 3. pii: S0302-2838(16)30524-3. doi: 10.1016/j.eururo.2016.08.051. [Epub ahead of print]

Re: Robot-assisted Versus Open Radical Prostatectomy: A Contemporary Analysis of an All-payer Discharge Database.

Gandaglia G, **Mottrie A**, Montorsi F, Stief C, Gratzke C.
— **Eur Urol.** 2016 Aug;70(2):398. doi: 10.1016/j.eururo.2016.03.064. No abstract available.

Rationale for local treatment in the management of metastatic prostate cancer.

Gandaglia G, Fossati N, Dell'Oglio P, Moschini M, Cucchiara V, Suardi N, **Mottrie A**, Miron V, Montorsi F, Briganti A.
— **Curr Opin Support Palliat Care.** 2016 Sep;10(3):266-72. doi: 10.1097/SPC.0000000000000218.

Enhanced Recovery After Robot-assisted Radical Cystectomy: EAU Robotic Urology Section Scientific Working Group Consensus View.

Collins JW, Patel H, Adding C, Annerstedt M, Dasgupta P, Khan SM, Artibani W, Gaston R, Piechaud T, Catto JW, Koupparis A, Rowe E, Perry M, Issa R, McGrath J, Kelly J, Schumacher M, Wijburg C, Canda AE, Balbay MD, Decaestecker K, Schwentner C, Stenzl A, Edeling S, Pokupić S, Stockle M, Siemer S, Sanchez-Salas R, Cathelineau X, Weston R, Johnson M, **D'Hondt F**, **Mottrie A**, Hosseini A, Wiklund PN.
— **Eur Urol.** 2016 May 24. pii: S0302-2838(16)30184-1. doi: 10.1016/j.eururo.2016.05.020. [Epub ahead of print]

Posterior musculofascial reconstruction after radical prostatectomy: an updated systematic review and a meta-analysis.

Grasso AA, Mistretta FA, Sandri M, Cozzi G, De Lorenzis E, Rosso M, Albo G, Palmisano F, **Mottrie A**, Haese A, Graefen M, Coelho R, Patel VR, Rocco B.
— **BJU Int.** 2016 Jul;118(1):20-34. doi: 10.1111/bju.13480. Review.

Robot-Assisted Radical Cystectomy for Bladder Cancer in Octogenarians.

De Grootte R, Gandaglia G, Geurts N, Goossens M, Pauwels E, D'Hondt F, Gratzke C, Fossati N, **De Naeyer G**, **Schatteman P**, **Carpentier P**, Novara G, **Mottrie A.**
— **J Endourol.** 2016 Jul;30(7):792-8. doi: 10.1089/end.2016.0050.

Diagnostic and Therapeutic Implications of Erectile Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease.

Gandaglia G, Briganti A, Montorsi P, **Mottrie A**, Salonia A, Montorsi F.
— **Eur Urol.** 2016 Aug;70(2):219-22. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.054.

A Critical Analysis of the Current Knowledge of Surgical Anatomy of the Prostate Related to Optimisation of Cancer Control and Preservation of Continence and Erection in Candidates for Radical Prostatectomy: An Update.

Walz J, Epstein JI, Ganzer R, Graefen M, Guazzoni G, Kaouk J, Menon M, **Mottrie A**, Myers RP, Patel V, Tewari A, Villers A, Artibani W.
— **Eur Urol.** 2016 Aug;70(2):301-11. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.026. Review.

Cost-effectiveness of robot-assisted partial nephrectomy for the prevention of perioperative complications.

Buse S, Hach CE, Klumpen P, Alexandrov A, Mager R, **Mottrie A**, Haferkamp A.
— **World J Urol.** 2016 Aug;34(8):1131-7. doi: 10.1007/s00345-015-1742-x.

Early Catheter Removal after Robot-assisted Radical Prostatectomy: Surgical Technique and Outcomes for the Aalst Technique (ECaRemA Study).

Gratzke C, Dovey Z, Novara G, Geurts N, De Grootte R, **Schatteman P**, **de Naeyer G**, Gandaglia G, **Mottrie A.**
— **Eur Urol.** 2016 May;69(5):917-23. doi: 10.1016/j.eururo.2015.09.052.

Robot-assisted single-site upper pole hemi-nephrectomy in an adult patient with a duplicated collecting system: is it feasible?

Spinoit A, Ploumidis A, Novara G, **Mottrie A.**
— **Minerva Urol Nefrol.** 2016 Oct;68(5):466-8. No abstract available.

Robot-assisted partial nephrectomy in cystic tumours: analysis of the Vattikuti Global Quality Initiative in Robotic Urologic Surgery (GQI-RUS) database.

Novara G, La Falce S, Abaza R, Adsheed J, Ahlawat R, Buffi NM, Challacombe B, Dasgupta P, Moon DA, Parekh DJ, Porpiglia F, Rawal S, Rogers C, Volpe A, Bhandari M, **Mottrie A.**
— **BJU Int.** 2016 Apr;117(4):642-7. doi: 10.1111/bju.13256.

Overzicht van de OLV-artsen en medewerkers die (mede-)auteur zijn van één of meerdere artikelen uit bovenstaand overzicht (in alfabetische volgorde)

Dr. Adjedj Julien (Cardiologie) - Dr. Aerts Patrik (Medische beeldvorming) - Dr. Bailleul Els (Klinisch laboratorium) - Dr. Barbato Emanuele (Cardiologie) - Dr. Bartunek Jozef (Cardiologie) - Dr. Beelen Roel (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. Blatt Olivier (Medische beeldvorming) - Dr. Boel An (Klinisch laboratorium) - Dr. Bruylants Bruno (Kindergeneeskunde) - Dr. Caluwé Rogier (Nefrologie-Hypertensie) - Dr. Cammu Guy (Anesthesiologie) - Dr. Carette Rik (Anesthesiologie) - Dr. Casneuf Veerle (Gastro-enterologie) - Dr. Casselman Filip (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. Claus Filip (Medische beeldvorming) - Dr. Coddens José (Anesthesiologie) - Dr. De Bruyne Bernard (Cardiologie) - Dr. De Gendt Steven (Algemene heekunde) - Dr. Degrieck Ivan (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. De Naeyer Geert (Urologie) - Dr. De Neve Nikolaas (Anesthesiologie) - Dr. De Raedt Herbert (Cardiologie) - Dr. De Raeve Hendrik (Pathologische ontleedkunde) - Dr. Devuyt Lien (Neus-, keel- en oorziekten) - Dr. De Winter Olivier (Nucleaire geneeskunde) - Dr. D'Hondt Frederiek (Urologie) - Dr. Dierckx Riet (Cardiologie) - Dr. Floré Vincent (Cardiologie) - Dr. Foubert Luc (Anesthesiologie) - Dr. Geukens Sven (Neus-, keel- en oorziekten) - Dr. Goethals Marc (Cardiologie) - Dr. Hendrickx Jan (Anesthesiologie) - Dr. Jeuris Winno (Pathologische ontleedkunde) - Dr. Kools Djaya (Neurochirurgie) - Dr. Krick Marc (Algemene heekunde) - Dr. Lecomte Patrick (Anesthesiologie) - Dr. Leyder Mina (Gynaecologie-verloskunde) - Dr. Martens Frederic (Neuro-chirurgie) - Dr. Meeus Peter (Klinisch laboratorium) - Dr. Mottrie Alex (Urologie) - Dr. Nobels Frank (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Pellicano Mariano (Cardio-logie) - Dr. Penicka Martin (Cardiologie) - Dr. Praet Mieke (NKO/Stomatologie) - Dr. Schatteman Peter (Urologie) - Dr. Stockman Bernard (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. Tournoy Kurt (Pneumologie) - Dr. Van Bellinghen Marc (Kinder- en jeugdpsychiatrie) - Dr. Van Camp Guy (Cardiologie) - Dr. Vancleef An (Radiotherapie) - Dr. Van Crombrugge Paul (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Vandeginste Sofie (Gynaecologie-Verloskunde) - Dr. Vanderheyden Marc (Cardiologie) - Dr. Van Der Steen Kris (Pathologische ontleedkunde) - Dr. Van Gysel Dirk (Kindergeneeskunde) - Dr. Van Hoe Lieven (Medische beeldvorming) - Dr. Vanhoenacker Piet (Medische beeldvorming) - Dr. Van Hoovels Lieve (Klinisch laboratorium) - Dr. Van Mieghem Carlos (Cardiologie) - Dr. Van Pottelberge Inge (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Van Praet Frank (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. Van Slycke Sam (Algemene heekunde) - Dr. Van Vlem Bruno (Nefrologie) - Yvette Vermeulen (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. Verstrecken Sofie (Cardiologie) - Dr. Wijns William (Cardiologie) - Dr. Zwaenepoel T (Reumatologie)

Artsenkorps OLV Ziekenhuis Wijzigingen in de periode van 1 mei 2016 t.e.m. 31 oktober 2016

Verwelkoming

In de loop van de hierboven vermelde periode verwelkomden wij de volgende stafleden, residenten en toegelaten artsen.

Gastro-enterologie

- **Dokter Geertrui Coppens**
(resident sinds november 2016)

Gynaecologie & Verloskunde

- **Dokter Mina Leyder**
(stafid sinds september 2016)
- **Dokter Katelijn Sap**
(resident sinds september 2016)

Kindergeneeskunde

- **Dokter Mark De Laet**
(resident sinds september 2016)

Medische beeldvorming

- **Dokter Ruth Van Eetvelde**
(resident sinds november 2016)
- **Dokter Sven Dekeyzer**
(resident sinds juni 2016)

Ofthalmologie

- **Dokter Margot Claus**
(resident sinds oktober 2016)

Orthopedie

- **Dokter Wahid Rezaie**
(resident sinds september 2016)

Urgentiegeneeskunde

- **Dokter Kalin Nedev Enikov**
(toegevoegd geneesheer sinds november 2016)
- **Dokter Arif Karkakaya**
(toegevoegd geneesheer sinds oktober 2016)
- **Dokter Nima Tabrizi**
(stafid sinds september 2016)
- **Dokter Françoise Leysen**
(toegevoegd geneesheer sinds mei 2016)

Urologie

- **Dokter Peter De Bruyne**
(resident sinds november 2016)
- **Dokter Bernard Rappe**
(toegelaten geneesheer sinds oktober 2016)
- **Dokter Frederick Peeren**
(toegelaten geneesheer sinds oktober 2016)
- **Dokter Ronald Roelandt**
(toegelaten geneesheer sinds oktober 2016)
- **Dokter Pieter Willemsen**
(toegelaten geneesheer sinds oktober 2016)
- **Dokter Katrien Klockaerts**
(toegelaten geneesheer sinds oktober 2016)



Dokter Denise Coens

Afscheid

Eind september 2016 zijn twee stafleden van het OLV Ziekenhuis met pensioen gegaan. Wij willen hen hierbij danken voor hun jarenlange inzet binnen ons ziekenhuis.

- **Dokter Denise Coens**
(stafid Geriatrie)
- **Dokter William Wijns**
(stafid Cardiologie)

In de loop van de hierboven vermelde periode hebben ook de volgende stafleden, senior-artsen, residenten en toegelaten artsen hun werkzaamheden in het OLV Ziekenhuis beëindigd.

- **Dokter Jan Vermeire**
(resident op Orthopedie tot eind augustus 2016)
- **Dokter Stef 't Seyen**
(resident op Medische beeldvorming tot eind mei 2016)
- **Dokter Colpaert**
(toegevoegd geneesheer op Urgentiegeneeskunde tot eind april 2016)



Dokter William Wijns

Huisartsenlijnen

Binnen het OLV Ziekenhuis hebben bepaalde medische diensten zogenaamde huisartsenlijnen geïnstalleerd. Het is de bedoeling dat deze nummers **uitsluitend door verwijzende artsen worden gebruikt, voor medische vragen.** Uw oproep is op die manier geïdentificeerd, zodat de medische secretariaten ze met voorrang behandelen, en doorschakelen naar de betrokken OLV-arts.

Momenteel zijn de volgende huisartsenlijnen in gebruik:

- **Cardiologie Aalst:**
053 72 48 80
(om raadplegingen vast te leggen: Aalst 053 72 44 33, Asse 02 300 63 37, Ninove 054 31 20 63)
- **Endocrinologie:**
053 72 49 49
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 88)
- **Gynaecologie Aalst:**
053 72 42 94
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 49 51)
Gynaecoloog van wacht op campus Aalst: door de

huisarts altijd bereikbaar via 053 72 88 19

- **Kindergeneeskunde Aalst:**
053 72 70 26
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 41 55)
- **Medische Beeldvorming Aalst:** 053 72 47 53
(om raadplegingen vast te leggen: RX 053 72 47 53, MR 053 72 41 64, CT 053 42 44 06)
- **Medische Beeldvorming Asse:** 02 300 62 64
(om raadplegingen vast te leggen: 02 300 62 57)
- **MKA (Mond, Keel, Aangezicht) Aalst:** 053 72 47 27
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 41 43)
- **Nefrologie Aalst:**
053 72 47 83
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 47 27)
- **Nefrologie Asse:**
02 300 61 28
(om raadplegingen vast te leggen: 02 300 61 83)

- **Neurochirurgie Aalst:**
053 72 47 27
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 43 73)
- **Neurologie Aalst:**
053 72 40 19
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 45 19)
- **Nucleaire geneeskunde Aalst** (wachtdienst):
053 72 44 00
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 77)
- **Oogziekten Aalst:**
053 72 47 69
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 49 51)
- **Pneumologie Aalst:**
053 72 45 24
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 42 89)
- **Radiotherapie Aalst:**
053 72 87 11
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 79)
- **Urgentiegeneeskunde Aalst:** 053 72 89 90
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 42 48)

OLV Ziekenhuis
Campus Aalst

Moorselbaan 164
9300 Aalst

T 053 72 41 11
F 053 72 45 86

OLV Ziekenhuis
Campus Asse

Bloklaan 5
1730 Asse

T 02 300 61 11
F 02 300 63 00

OLV Ziekenhuis
Campus Ninove

Biezenstraat 2
9400 Ninove

T 054 31 21 11
F 054 31 21 21

