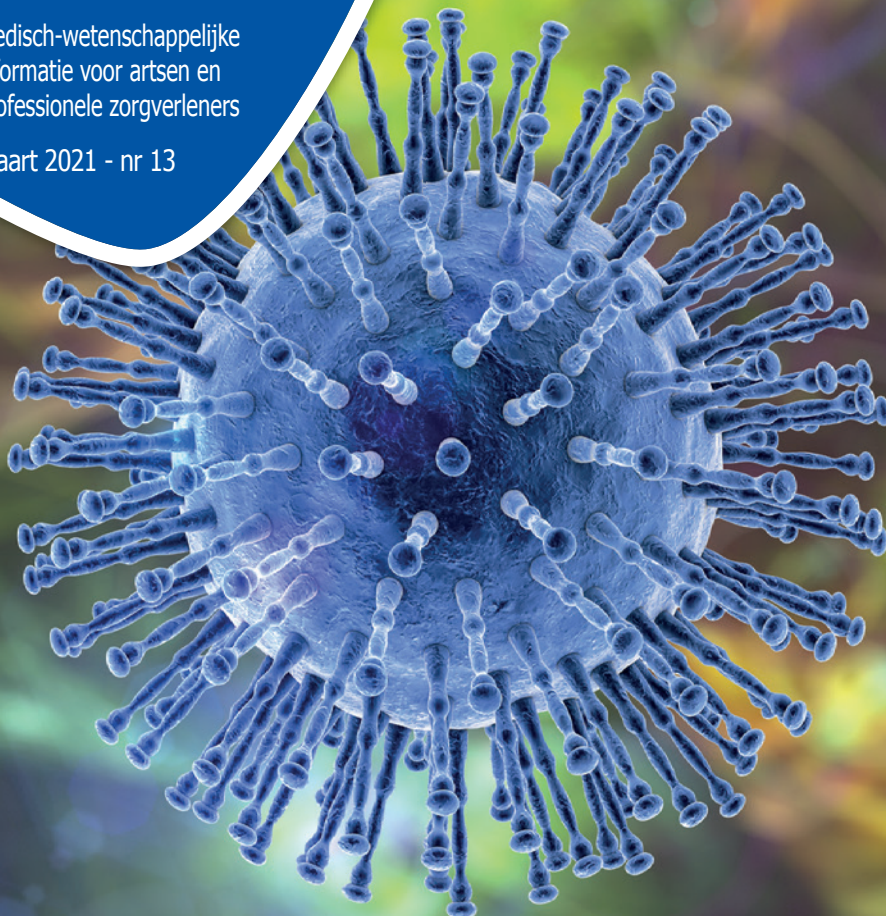


OLV insideout

medisch-wetenschappelijke
informatie voor artsen en
professionele zorgverleners

maart 2021 - nr 13



In dit nummer onder meer:

**Covid-19: stand van zaken, labo-analyses,
telemonitoring, revalidatie**

PF-ablatie in cardiologie

Walant in orthopedie

Vaatchirurgie in OLV

NKO in OLV

Inhoud

Covid-19. Snelle PCR-testmethode om varianten van SARS-CoV-2 op te sporen	4
Covid-19. Schieten op een bewegend doel (stand van zaken)	8
Covid-19. Telemonitoring is teamwork rond de patiënt	15
Covid-19. Multidisciplinaire revalidatie	18
Hartcentrum OLV Aalst nauw betrokken bij ontwikkeling van revolutionaire ablatietechniek	22
Behandeling van spataders: een overzicht van de gebruikte technieken	25
Orthopedie: Walant, een nieuwe techniek voor de meest uitgevoerde handoperaties	28
Urgentiegeneeskunde: tevredenheidsonderzoek, filmpje over triage	33
Diabetes. Nieuwe ontwikkelingen voor de patiënt	36
Eskulaap navorming: voortaan telkens ook live streaming	38
Neus-, keel- en oorziekten (NKO), voorstelling van het OLV-team	40
Vrienden van de wetenschap	42
Personalía	46

Sommige foto's in dit tijdschrift werden genomen vooraleer de coronamaatregelen in werking traden. In de andere gevallen werden de foto-opnames gemaakt met volledig respect van geldende coronamaatregelen.

Beste collega,

Covid-19 heeft ons leven overhoop gegooid. Zelfs ons medisch tijdschrift, OLV Inside Out, is vorig jaar niet verschenen omwille van covid-19. Maar het leven gaat voort. We moeten allemaal leren omgaan met covid-19. En dus nemen wij ook met OLV Inside Out terug de draad op.

Dat covid-19 een belangrijk onderwerp zou zijn voor deze editie was onvermijdelijk. De algemene media bombarderen ons dagelijks met nieuws over covid-19 of met berichten die daar van dicht of van ver verband mee houden. In dit nummer willen we dit thema vanuit enkele andere perspectieven bekijken. Bovendien willen we bij bepaalde aspecten ook iets langer stilstaan: geen steekvlamberichten, maar constructieve bedenkingen. Dat was ons doel. Oordeel zelf maar of dat ons is gelukt. Omdat het wellicht ook in uw praktijk niet al covid-19 is wat de klok slaat, brengen we ook een aantal artikels die helemaal los staan van deze problematiek.

Ik wens u een aangename lectuur toe.

Dr. Wim Jorissen,
Hoofddarts
OLV Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove



Snelle, goedkope en praktische PCR-testmethode om varianten van SARS-CoV-2 op te sporen

De coronapandemie leerde ons hoe belangrijk het is om snel te kunnen inspelen op de vraag naar nieuwe moleculaire testen. Het laboratorium voor microbiologie van het OLV Ziekenhuis was in februari 2020 een van de eerste labs in ons land dat een doeltreffende PCR-test ontwikkelde om SARS-CoV-2 op te sporen. In januari van dit jaar heeft dit lab ook een manier ontwikkeld om op basis van specifieke PCR-tests verschillende varianten van SARS-CoV-2 op te sporen. De methode van OLV is betrouwbaar, snel en betaalbaar.



Dokter Lien Cattoir

Ons lab had al midden februari 2020 een eigen test voor SARS-CoV-2 ontwikkeld. Daarmee waren we klaar nog voor SARS-CoV-2 voor het eerst in België werd vastgesteld. Het was toen nog even wachten op de levering van positief materiaal vanuit het referentiecentrum UZ Leuven om de deugdelijkheid van onze test finaal aan te tonen. Maar dan stonden we meteen klaar om op dagelijkse basis heel wat stalen te verwerken, niet enkel uit ons eigen ziekenhuis, maar ook van andere ziekenhuizen en van huisartsen. Ons lab draaide al snel op volle toeren, 7/7 dagen en vaak tot middernacht.

Met de hulp van enkele nieuwe krachten in ons lab, werd rond de zomer alles beter te beheersen en te plannen. Maar de tweede golf bracht op sommige dagen opnieuw bijzonder veel werk.

Varianten identificeren

Het stond in de sterren geschreven dat er varianten van het virus zouden opduiken ... Zelfs het zogenaamde standaardvirus van SARS-CoV-2 kunnen we eigenlijk als een Italiaanse variant bestempelen. Toch kwam de aandacht voor varianten van SARS-CoV-2 er pas begin dit jaar, net na de eindejaarvakantie en bij het begin van de Brexit. Na de eerste berichten in verband met de Britse variant waren we dan ook al gestart met het op punt stellen van een specifieke PCR om die variant aan te tonen, alsook met de voorbereidingen om welbepaalde genen van het SARS-CoV-2 virus te kunnen sequensen. Sequentie-analyse is een complexe, trage en kostelijke manier om nieuwe varianten van het coronavirus SARS-CoV-2 op te sporen en outbreaks in kaart te brengen. De techniek is daarom enkel toepasbaar op een beperkt aantal stalen. Voor het opsporen van bekende varianten hebben we deze techniek echter niet nodig. Het OLV Ziekenhuis startte met een eigen



Anne Vankeerberghen en dokter Hans De Beenhouwer

teststrategie die op een PCR-gebaseerde manier deze varianten kan aantonen, wat veel sneller resultaten oplevert, toepasbaar is op grotere schaal en op deze manier de druk weghoudt van het sequensen.

Outbreak in school te Aalst, outbreak in Ninove

De waarde van onze methode op basis van PCR werd gedemonstreerd bij een outbreak van covid-19 in een school in Aalst. Van bij aanvang was er een vermoeden dat deze outbreak werd veroorzaakt door de Britse variant. De betrokken scholieren werden deels getest in het OLV Ziekenhuis. Enkele van de positieve stalen werden naar het laboratorium van het UZ Gent gestuurd, dat door

de overheid was aangewezen om te bepalen of het al dan niet om de Britse variant ging. Omdat de tests bij ons werden uitgevoerd, beschikten we dus ook over positieve stalen die we volgens onze eigen methode konden analyseren. In Gent bleek de analyse vertraging op te lopen door een technisch probleem. Maar omwille van de nood om snel uitsluitsel te hebben, staken wij in ons eigen lab een tandje bij. Zo konden wij met het laboratorium voor microbiologie van het OLV als eerste aantonen dat het hier om de Britse variant ging.

Een zelfde scenario speelde zich af bij een outbreak in Ninove, dit keer met de Zuid-Afrikaanse variant. Ook hier konden we op een minimum van tijd bevestigen dat het om infecties met de Zuid-Afrikaanse variant ging.



Apotheker An Boel en enkele medewerkers van het lab

Epidemiologische screening

Vanuit epidemiologisch standpunt is het belangrijk om te screenen op varianten, om zo de verspreiding van de pandemie beter te kunnen aanpakken.

Epidemiologisch kun je perfect screenen door 1% van de positieve stalen te sequensen. In Groot-Brittannië ligt dit percentage zelfs hoger omdat ze daarvoor de apparatuur en de fondsen hebben. En dat zal nodig zijn en blijven om nieuwe varianten te detecteren. Maar dat helpt ons vandaag niet vooruit in de snelle controle van de epidemie. Daarom besloten we dus om anders te werken: een op PCR gebaseerde test kan op enkele uren tijd uitsluitend geven of een staal dat positief getest werd op SARS-CoV-2 mogelijk behoort tot de Britse, Zuid-Afrikaanse of Braziliaanse variant. Via de PCR-test sporen we de handtekeningen op die typisch zijn voor die varianten.

Tweetrapsraket: SARS-CoV-2 en dan de variant

We leveren nog steeds 90% van onze resultaten binnen de 12u en meer dan 98% binnen de 24u. Als we dan in tweede instantie weten welke stalen positief getest zijn, zetten we de nieuwe PCR in waarbij we specifiek op die handteke-

ningen of signatures van de varianten gaan werken. Het gaat dus als het ware om een tweetrapsraket. Een handige oplossing: 's middags kijken we hoeveel positieve stalen we de voorbije 24 uur hadden met de klassieke test om te zien of het virus aanwezig is, om die dan in tweede instantie allemaal te testen op aanwezigheid van specifieke varianten in één run 's namiddags. En anderhalf uur later heb je de resultaten. Stalen met een lage virale load testen we meestal niet omdat het vaak om laattijdige restanten van een infectie gaat. We zijn nog niet lang in routine opgestart en bijvoorbeeld voor de Braziliaanse variant moet de validatie nog afgewerkt worden. Deze strategie werd al gedeeld met verschillende laboratoria en na volledige validatie is het laboratorium van het OLV Ziekenhuis bereid om deze opsporingsmethode te delen met andere geïnteresseerde labo's. Zo wil het actief bijdragen tot een snellere en betere indijking van besmettingsrisico's.

SARS-CoV-2 opgenomen in het panel van de 'snotbarometer'

Al ruim 15 jaar publiceert het laboratorium voor microbiologie wekelijks een snotbarometer. Op elk respiratoir staal dat het lab analyseert voor respiratoire pathogenen, wordt steeds naar

het DNA of RNA van een vast panel van bacteriën en virussen gezocht. Wekelijks wordt het aantal gevonden kiemen hier weergegeven. Zo kan iedereen een idee krijgen van welke pathogenen er op dat moment circuleren. Het afgelopen jaar was, uitgezonderd SARS-CoV-2, een pover jaar wat betreft respiratoire virussen en bacteriën, die allen getroffen worden door de strenge voorzorgsmaatregelen (social distancing, mondklappers ...). Tijdens andere jaren zijn ze alomtegenwoordig, en vele onder hen zijn eveneens gerelateerd met morbiditeit, en zelfs mortaliteit, in specifieke leeftijdsgroepen of settings. Tot op vandaag wordt hun detectie via moleculaire technieken echter niet terugbetaald. Je kan de data per week aflezen maar er is ook een jaaroverzicht dat ondertussen al 15 jaar overspant. De barometer is volledig gevuldeerd. Heel wat andere labs namen het idee intussen over.

<https://www.olvz.be/nl/verwijzend-arts/snotbarometer>



Schieten op een bewegend doel

Op 8 maart 2021 's morgens waren er in het OLV Ziekenhuis 25 patiënten met covid-19 opgenomen, van wie 3 op Intensieve zorg. Diezelfde morgen kwam de laatste groep medewerkers aan bod voor een eerste vaccinatieprik tegen covid-19. Eerder hadden al 1700 hun eerste inenting gekregen, van wie ook al 300 collega's hun tweede vaccinatie hebben ontvangen. Ondertussen stellen we alles in het werk om de zorg aan niet-covid-19-patiënten op een veilige manier te blijven aanbieden. Ondanks alle inspanningen zit ons activiteitspeil zowat 20% onder het normale niveau. Talrijke patiënten moeten helaas nog steeds noodgedwongen langer dan gewoonlijk wachten op hun ingreep.



Samenwerking en betrokkenheid

Covid-19 blijft onze samenleving ook in 2021 parten spelen. Dat is niet anders in het OLV Ziekenhuis. Na de piek van de tweede coronagolf is het aantal patiënten dat in ons ziekenhuis was opgenomen met covid-19 nooit onder de drempel van 30 gedaald. Tussendoor waren er - gelukkig kleine - opstoten, waarbij we een tijdelijke opnamestop voor bepaalde verpleegeenheden hebben ingevoerd tot de situatie terug onder controle was. Later hebben wij een tijdelijke opnamestop en bezoekverbod op de SP-revalidatieafdeling op Campus Ninove ingevoerd. Covid-19 zal helaas nog enige tijd ons - en uw - leven bepalen.

Toch is er ook positief nieuws. Onze artsen en medewerkers hebben zich van meet af aan geëngageerd in de lokale organisaties die voor de beheersing van deze pandemie werden opgericht. Zij stellen hun expertise ter beschikking en treden daarbij quasi dagelijks in dialoog met de lokale overheden, maar ook met de vertegenwoordigers van de huisartsen en alle andere zorgverleners. Dat is heel verrijkend. De praktische problemen waarmee wij in het OLV Ziekenhuis te maken hebben omwille van covid-19 zijn niet noodzakelijk dezelfde als die waarmee de huisartsen worden geconfronteerd. Dat inzicht leidt tot wederzijds begrip, en dat is een positieve factor!

Screening

Ook de betrokkenheid van de bevolking - zeker in de eerste golf - was positief nieuws. Toen alle zorgverleners met tekorten aan beschermmateriaal kampten, kregen we vanuit onverwachte hoeken hulp aangeboden. De witte vlaggen, het balkonapplaus en allerlei andere initiatieven werden sterk geapprecieerd. Hiermee werd aangegeven dat de zorgsector van essentieel belang is voor onze samenleving.

Dokter Peter Meeus, diensthoofd Klinisch laboratorium: "Van zodra er een bredere beschikbaarheid aan testmateriaal kwam, werd ook de screening opgevoerd. Aanvankelijk leken de laboratoria van de universitaire ziekenhuizen screening en testing als hun bevoegdheidsdomein af te bakenen. Het laboratorium van het OLV Ziekenhuis was echter heel snel in staat om ook op regionaal vlak dergelijke analyses uit te voeren. In samenspraak met de collega's van het A.S.Z. en de huisartsenwachtposten konden we al snel een optimale oplossing uitwerken waarbij er in de regio voldoende capaciteit werd opgebouwd om swabtests af te nemen ... én om heel

snel deze stalen te analyseren en de resultaten ter beschikking te stellen van de zorgverleners en de patiënten. In het OLV Ziekenhuis werd zowel op Campus Aalst als Campus Asse een aparte swab-eenheid ingericht, die bereikbaar is via een aparte stroom, zodat potentieel besmette personen geen besmettingsgevaar veroorzaken. Eens het capaciteitsprobleem was opgelost, legde het laboratorium van het OLV Ziekenhuis in Aalst zich toe op de identificatie van de verschillende varianten van het virus in de afgenomen stalen. Zo konden we binnen de dag bepalen dat het bij de uitbraak in school De Brug te Aalst om de Britse variant ging. Bij de kleine opstoot begin februari



2021 op onze Campus Ninove, vond het lab dat het hier om de Zuid-Afrikaanse variant van het virus ging. Ongetwijfeld zullen nog nieuwe varianten hun in-trede doen.”

Vaccinatie

Gelukkig komt de vaccinatie tegen covid-19 stilaan op gang. Iedereen wenst dat alles veel sneller zou lopen, maar de situatie is nu eenmaal wat ze is. Hopelijk zijn vele huisartsen al gevaccineerd of hebben ze uitzicht op inenting op heel korte termijn, want zij staan mee in de eerste linie.

Binnen het OLV Ziekenhuis waren er op 24 februari 2021 al 678 medewerkers die een eerste vaccinatie hebben gekregen: een deel met het Moderna-vac-

cin, een andere groep met het AstraZeneca-vaccin. Het ging om medewerkers die actief zijn op de Spoeddienst, Intensieve zorg of op de covid-19-afdelingen. Daarna verwachtten we enkele grotere leveringen van het Moderna-vaccin en het Pfizer/BioNTech-vaccin. Tegen dat u dit artikel in gedrukte versie leest, weten we of onze verwachting ook effectief door de overheid kon ingelost worden. De vraag blijft of we tijdig alle medewerkers kunnen vaccineren. Bovendien is het nog niet duidelijk of elk vaccin ook even actief is tegen elke variant van het virus. Samen met u hopen wij op het beste.

Talrijke medewerkers van het OLV Ziekenhuis - zowel artsen als andere collega's - hebben zich ondertussen als vrijwilliger gemeld om te helpen bij de vac-



Dokter Wim Jorissen

cinatie van de brede bevolking: terug een actie waarin eerste, tweede en derde lijn hun krachten bundelen in het belang van de volksgezondheid.

Nieuwe technieken en concepten

Dokter Wim Jorissen, hoofdarts OLV: “Hoewel er voldoende operatiezalen en hospitaalbedden beschikbaar zijn, is er onvoldoende zorgpersoneel om het normale activiteitenpeil te halen. De vereiste bestaffing voor elke covid-19-verpleegafdeling is immers zowat het dubbele van de bestaffing van een andere verpleegeenheid. Daardoor is het al schaarse verpleegkundig personeel ontoereikend om alle andere ziekenhuisbedden in gebruik te nemen.

Deze situatie zet vele artsen aan om nieuwe concepten en technieken te exploreren. Al heel vroeg in de eerste coronagolf namen artsen en patiënten hun toevlucht tot teleconsultaties. Op bepaalde dagen tijdens die eerste golf vonden zelfs meer dan 500 teleconsultaties plaats binnen het OLV Ziekenhuis: een succes! Ondanks de regeling die inmiddels voor de vergoeding van dergelijke raadplegingen is uitgewerkt, viel het aantal toch sterk terug eens de traditionele raadplegingen terug werden toegelaten in het ziekenhuis. Hieruit leren we dat teleconsultaties wel een bepaalde plaats zullen houden,

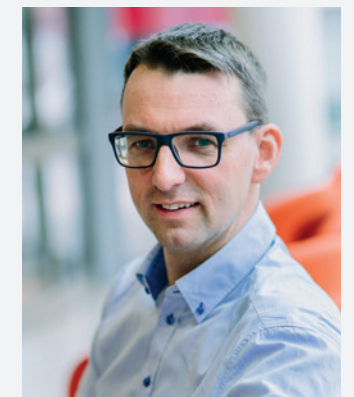
maar dat direct persoonlijk contact 'in levende lijve' toch altijd een meerwaarde heeft en daarom de voorkeur zal behouden van zowel arts als patiënt.

De beperkte capaciteit om chirurgische ingrepen uit te voeren, leidde ertoe dat er gezocht werd naar concepten waarbij méér ingrepen binnen eenzelfde tijdsspanne mogelijk zijn. Zo kunnen méér patiënten geholpen worden bij een beperktere capaciteit, waardoor de wachtlijsten niet nodeloos verder aangroeien.”

Behandeling: mikken op een bewegend doelwit

Dokter Kurt Tournoy, dienst Longziekten: “Patiënten die met covid-19 in ons ziekenhuis terecht komen moeten zich verzekerd weten van de meest up-to-date en best mogelijke behandeling. Daartoe volgen we niet alleen de medische literatuur op de voet, we nemen als zorginstelling ook deel aan klinisch onderzoek. Via die laatste weg hebben we - vaak voor de kritisch zieke patiënt - toegang tot beloftevolle medicaties nog voor ze beschikbaar zijn voor de reguliere zorg.

Hoewel ik geen literatuuroverzicht wil geven, hoop ik u wel een inzicht te geven in hoe we op dit ogenblik de patiënt, veelal door u verwezen, proberen zo'n goed mogelijke en wetenschappelijk onderbouwde zorg



Dokter Kurt Tournoy

Tabel 1: indeling van de COVID-19 patiënt bij presentatie

CATEGORIE	PRESENTATIE	KENMERKEN
1	milde presentatie	Geen risicofactoren voor ernstig verloop
2	milde presentatie	>65 jaar of diabetes of coronair lijden of COPD of hypertensie of obesitas of andere ernstige orgaanpathologie (e.g. kanker) of immunosuppressieve therapieën
3	ernstig ziek	ademfrequentie >30 of zuurstofsaturatie <93% of longinfiltraten >50% op de CT-scan of paO ₂ /FiO ₂ <300
4	kritisch ziek	acute respiratory distress syndrome (ARDS) of sepsisbeeld of verminderd bewustzijn of multi-orgaan falen

te geven. De richtlijnen in ons ziekenhuis zijn dan ook grotendeels gebaseerd op de aanbevelingen die door SCIENSANO worden aangereikt.

Wanneer uw patiënt dermate ziek is en naar ons wordt verwezen, wordt nog op de covid-spoedopname een eerste inschatting van de ziekte-ernst gemaakt. Dat houdt in dat naast een lab en bloedgasmeting ook een low-dose CT-scan van de longen wordt verricht. De klinische presentatie samen met deze objectieve metingen laten ons dan toe een goede inschatting te maken van de ernst van de covid-19-pneumonie. We kunnen zo de patiënten in 4 klassen indelen (zie tabel 1).

De indeling in categorieën bepaalt waar de patiënt zal worden verzorgd in het ziekenhuis en stuurt ook het soort behandeling aan. De patiënten in ca-

tegorie 1, 2 en 3 komen op de reguliere covid-19-afdeling, terwijl deze van categorie 4 op de covid-19-afdeling van de dienst Intensieve Zorg komen. De patiënten van categorie 1 en 2 krijgen symptomatische verzorging en ook tromboseprofylaxe. Ze krijgen geen andere therapie (geen zuurstof, geen dexamethason of andere behandelingen) in afwezigheid van wetenschappelijke evidentie.

De patiënt in categorie 3 krijgt naast zijn symptomatische zorg sowieso zuurstof via neusbril of masker toegediend, alsook tromboseprofylaxe en dexamethason (6mg per dag tot maximaal 10 dagen). We geven geen bijkomende therapieën aan deze patiënten - in het bijzonder geen remdesivir. Het vroegtijdig toedienen van remdesivir bij patiënten die (matige) zuurstofnood hadden, leidt weliswaar tot kortere hospitali-

saties, wat interessant kan zijn in geval van ziekenhuisoverbelasting. Anderzijds is de combinatie ervan met dexamethason als standaard nooit onderzocht en volgen we de meest recente WHO-richtlijn die het gebruik ervan (voorwaardelijk) afraadt in afwezigheid van meetbare klinische benefit.

De meest zieke patiënten (categorie 4) vormen natuurlijk de grootste medische uitdaging. Deze patiënten krijgen naast de behandeling van de categorie 3-patiënt ook ventilatoire ondersteuning (zoals Optiflow, invasieve beademing en soms ECMO of de hart-longmachine). Daarnaast is er veelal ook nood aan aanvullende bacteriële of fungusinfecties. Ook hier gebruiken wij echter geen remdesivir. De behandelingen die we actueel gebruiken zijn samengevat in tabel 2."

Tabel 2: overzicht van de standaard behandeling van de COVID-19 patiënt

KLINISCHE CATEGORIE	BASISTHERAPIE	BIJKOMENDE THERAPIE
1	Verzorging /Trombose profylaxe	Geen
2	Verzorging /Trombose profylaxe	Geen
3	Verzorging /Trombose profylaxe	O ² en dexamethason
4	Verzorging /Trombose profylaxe	Beademing en dexamethason

Een bijdrage leveren aan klinisch onderzoek

Dokter Kurt Tournoy: "In het OLV Ziekenhuis zijn we steevast betrokken bij wetenschappelijk onderzoek om bij te dragen aan de kennis omtrent covid-19. Het belang hiervan kan niet onderschat worden, denk maar aan het Plaquenil-debacle - een te vermijden scenario waarbij vele patiënten op basis van slecht onderzoek ten onrechte behandeld werden met een medicijn dat post hoc geen enkel voordeel bleek te hebben. De WHO beveelt nu aan om dit product zeker niet meer te gebruiken, een aanbeveling die men beter ab initio had geformuleerd. Hetzelfde geldt ook voor de virusremmers lopinavir en ritonavir, hoewel de data van de grotere trials nog niet zijn vrijgegeven.

Voor de patiënten in categorie 3 (ernstig ziek, zuurstofnood) werd in ons ziekenhuis deelgenomen aan de DAWN-AZITRO trial (UZ Leuven) waarbij patiënten gerandomiseerd werden tussen 'standard of care' versus 'standard of care + azithromycine'. In ons ziekenhuis werden 28 covid-19-patiënten geïncludeerd. We hebben nog geen resultaten van dit onderzoek, dat voortijdig werd afgesloten (na 185 inclusies, verdeeld over 12 centra). Ondertussen gepubliceerd onderzoek deed immers vermoeden dat het medicijn waarschijnlijk geen effect zal hebben. Voor deze groep patiënten zijn we nu aangesloten bij alweer een nieuwe trial: DAWN-ANTICO trial (UZ Leuven) waarbij patiënten gerandomiseerd worden tussen 'standard of

care' versus 'standard of care + hoge dosis anticoagulatie + bijkomende ontstekingsremming met anti-interleukine-1 (anakinra) + aprotinine (wat een viraal capsid-protease remt)'. Deze studie is nog niet open voor inclusie.

Dokter Nikolaas De Neve, dienst Intensieve Zorg:

"Onze dienst heeft van het begin van de pandemie contacten gelegd met universitaire instellingen en van daaruit deelgenomen aan meerdere klinische onderzoeken. Er werden patiënten geïncludeerd in "GeneCOVID", een studie gecoördineerd vanuit het UZ Antwerpen die peilt naar genetische risico-profielen voor ernstig ziekteverloop. Daarnaast namen we deel aan de CONFIDENT-trial, een Belgische multicentrische studie die convalescent plasma gebruikt bij COVID-patiënten en de ZILU-COV-studie, een industrie ondersteunde studie van het UZ Gent waar patiënten gerandomiseerd werden tussen 'standard of care' vs 'standard of care + Ziluoplan'. Dat laatste is een nog niet commercieel beschikbare molecule die de complement factor C5 inhibeert en dus een krachtig anti-inflammatoir agens is. Deze studie is afgesloten. De resultaten zullen mee afhangen van grotere studiegroepen waarin de effectiviteit wordt bestudeerd.

Hoewel we voor de patiënt die niet in een klinische studie zit altijd zeer voorzichtig zijn met het toedienen van medicatie waarvan niet onomstotelijk is

bewezen dat ze helpen, hebben we in ons ziekenhuis toch zicht op en soms toegang tot een aantal behandelingen die in de pipeline zitten. Zo is er nogal wat te doen over de mogelijke benefit van tocolizumab, een stofje wat een interleukine (IL-6) blokkeert. Dit is een geregistreerd medicijn dat in de reumatologie goed gekend is (Roactemra). Er zijn verschillende rapporten die geen eensluidend positief resultaat tonen, maar na een aantal grotere analyses zoals de REMAP-CAP trial en data uit het RECOVERY-project zou dit product een mogelijke daling van mortaliteit geven. Hoewel preliminair hebben wij dit product in het ziekenhuis ter beschikking voor toediening aan geselecteerde patiënten. Van vele andere producten volgen we de literatuur nauwgezet: we denken hierbij aan convalescent plasma (zeer ontgoochelde resultaten af-

hankelijk van de timing van toediening, maar wel een optie voor patiënten die geen B-cell immuniteit meer hebben, bijvoorbeeld door hematologische of reumatologische behandelingen op basis van Rituximab). Er is ook nog een levende interesse in de rol van oudere moleculen (zoals colchicine en aspirine) en andere behandelingen (zoals camostat mesylate, favipiravir, baricitinib, ivermectin en andere) - deze zijn op dit ogenblik in onderzoek en behoren dus niet tot onze standaardtherapie in afwezigheid van definitief bewijs van werking."

Dokter Kurt Tournoy: "U begrijpt dat het een dynamische aangelegenheid is om de behandelprotocollen voor covid-19 op te volgen. Het voelt als mikken en schieten op een bewegend doelwit".

Covid-19

Telemonitoring is teamwork rond de patiënt

Het Riziv keurde het Aalsterse pilootproject goed om covid-19-patiënten op een veilige manier van thuis op te volgen. Dit project is een samenwerking tussen Remedus, de Huisartsenkring Aalst, Mederi, i-mens, Z-plus, het A.S.Z. en het OLV Ziekenhuis. Met het proefproject willen de initiatiefnemers de meerwaarde van telemonitoring aantonen in de eerstelijnszorg. Wij spraken met enkele voortrekkers van het project.

Dokter Piet Vercauter, dienst Longziekten: " Er zijn 3 groepen patiënten die in het telemonitoringproject kunnen geïncludeerd worden. De eerste groep (prehospitalisatie) zijn de covid-19-patiënten die thuis verblijven maar die bijvoorbeeld omwille van de krappe zuurstofsaturaties toch best een aantal dagen thuis gemonitord worden. De tweede groep zijn patiënten die zich met covid-symptomen aanmelden op de spoedgevallendienst en na aanvullende onderzoeken door de spoedarts wel veilig naar huis kunnen maar veiligheidshalve best onder monitoring van klinische parameters. De derde groep (posthospitalisatie) zijn de patiënten die in het zieken-

huis liggen en een aantal dagen vroeger dan gepland ontslagen kunnen worden met opvolging van klinische parameters. Dat vervroegd ontslag onder monitoring is voor de patiënt aangenamer omdat op de covidafdelingen geen bezoek mogelijk is door de strenge preventiemaatregelen. Op die manier kunnen covid-19-patiënten door de professionele zorgopvolging op afstand langer op een veilige manier thuis in hun vertrouwde omgeving blijven of vroeger vanuit het ziekenhuis naar huis gaan. Hierdoor kunnen spoeddiensten ontlast worden en kan ook meer capaciteit in de ziekenhuizen behouden blijven voor covid- én non-covidzorg.

Lynn Parthoens, verpleegkundig specialist longziekten OLV Ziekenhuis: "Artsen kunnen patiënten aanmelden voor dit telemonitoring zorgtraject via de zorgcentrale Z-plus. De verpleegkundigen van de zorgcentrale informeren de aangemelde patiënt en een thuisverpleegkundige komt bij de patiënt thuis met de telemonitoringbox. Deze bevat meetapparatuur waarmee de patiënt zelf bepaalde parameters zoals zuurstofsaturatie, hartslag en temperatuur kan meten. Indien nodig kunnen de thuisverpleegkundigen van Mederi en/of i-mens dagelijks bij de patiënt thuis komen. De gegevens worden automatisch opgeladen in een beveiligd dataplatform



©JP Swirko

Het idee voor telemonitoring van covid-19-patiënten kwam ook al ter sprake tijdens het bezoek van de Koning en de Koningin aan het OLV Ziekenhuis in Aalst op 4 november 2020.

Bij die gelegenheid kon dokter Piet Vercauter het concept nader toelichten aan Minister Vandenbroucke, die eveneens deelnam aan het bezoek.

RemeCare. De mensen van de zorgcentrale Z-plus volgen de patiënten nauwkeurig 24 uur op 24 op vanop afstand, samen met de overige zorgpartners.”

Dokter Hardeman, dienst Longziekten: “Het dataplatform RemeCare, ontwikkeld door Remedus, geeft de patiënt en alle zorgverstrekkers van het multidisciplinair team de toegang tot de relevante gezondheidsgegevens en informatie. Via de app van RemeCare heeft de patiënt een veilige toegang tot het zorgpaddagboekje dat hem/haar gidst doorheen de dagelijks geplande metingen van vitale parameters en symp-

toomregistraties. Naast de patiënt kunnen ook alle betrokken zorgverstrekkers hun observaties en medicatietoedieningen registreren in RemeCare. De verantwoordelijke zorgverstreker wordt op het juiste moment op de hoogte gebracht van eventuele veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en kan dan met een (tele)consultatie het medisch beleid aanpassen indien nodig. Er zijn ook alarmsignalen ingebouwd in geval dringende actie van een zorgverlener vereist is. Via het medisch dashboard kan de zorgverstreker in één oogopslag een goed beeld van de gezondheidstoestand van de patiënt krijgen. Heel belangrijk voor ons is dat dit platform gekoppeld is aan het KWS waardoor de geregistreerde data van de patiënt onmiddellijk zichtbaar zijn in het elektronisch medisch dossier van het ziekenhuis (ook “KWS” genoemd).”

Dokter Amant, voorzitter Huisartsenkring Aalst: “COVID-19 was en is een echte gamechanger in de zin dat bepaalde tendensen (telegeneeskunde/-zorg, interdisciplinair overleg, ...) versneld ingang vonden en algemene praktijk werden. De ban op elektronische communicatie is (waarschijnlijk) definitief doorbroken. Daarnaast is een

zorgtraject altijd een goede gelegenheid om goede, concrete afspraken te maken tussen de verschillende disciplines op de werkvloer. Dit project komt tegemoet aan de nood tot het efficiënter maken van de zorg. De winst zit daarbij vooral in het beter gebruik van de middelen, de patiënt staat meer centraal en wordt meer zelfredzaam. Dit allemaal zonder in te boeten aan kwaliteit van zorg. Dat de huisarts zich in het opnemen van de centrale rol in de eerstelijnszorg gesteund weet door enerzijds een aantal ogen, oren en handen aan het bed van de patiënt, anderzijds door de ruggeleuning van de specialisten in de tweede lijn, kan ons als huisartsen alleen maar gelukkig stemmen.”

Dokter Piet Vercauter: “We hopen natuurlijk dat we door de uitrol van het vaccinatieprogramma een derde covid-19-golf kunnen vermijden en dat het aantal covid-19-opnames de komende maanden beperkt zal blijven. Maar met dit programma willen we klaar zijn om in geval van een derde golf het aantal covidafdelingen in de ziekenhuizen te beperken en zo de reguliere zorg aan niet-covid-patiënten zo veel mogelijk te vrijwaren. Anderzijds is deze multidisciplinaire, transmurale samenwerking ook het zorgmodel van de toekomst waar ook de overheid hard op inzet. Dit project kan dan ook een katalysator zijn om de uitrol van andere transmurale zorgprogramma's in de cardiologie, nefrologie, endocrinologie, pneumologie, oncologie... te versnellen”.

“Covid-19 kan je lang in de greep houden”

Sinds de start van de eerste coronagolf tot midden februari werden in het OLV Ziekenhuis al iets meer dan 1.200 patiënten met covid-19 opgenomen, van wie er ongeveer 900 terug naar huis konden en helaas ook iets meer dan 200 zijn overleden in het ziekenhuis. Het aantal overlijdens in verhouding tot het totaal aantal patiënten met covid-19, ligt hier iets lager dan het nationale gemiddelde. Toch mogen we niet zomaar aannemen dat elke coronapatiënt na ontslag uit het ziekenhuis terug de oude is. Evenmin mogen we ervan uitgaan dat alle patiënten met covid-19 voor wie hospitalisatie niet was vereist, daarna zorgeloos de draad terug konden opnemen. Wij worden vaak geconfronteerd met patiënten voor wie een lange revalidatie noodzakelijk is. Om tegemoet te komen aan die nood werd een multidisciplinair programma voor deze mensen ontwikkeld in het OLV Ziekenhuis. Een gesprek.

Dokter Katrien Van Rie, diensthoofd Fysische geneeskunde en revalidatie: “Tijdens de eerste golf werd gedacht dat de revalidatie van patiënten met Covid-19 zich zou beperken tot gewrichtsmobilisatie en ademhalingsoefeningen in de acute fase van de aandoening. Al snel bleek echter dat Covid-19 ook neurologische, musculaire, psychologische en cardiale letsels veroorzaakte en dat deze klachten aanhielden ook na het doormaken van de acute infectie. In overleg met de longartsen van het OLV Ziekenhuis en met ons gemotiveerde team van kinesisten, ergotherapeuten,

logopedisten en psycholoog ontwikkelden we zeer snel een multidisciplinair revalidatieprogramma. Elke patiënt die zich op onze dienst aanbiedt voor revalidatie omwille van functionele klachten tijdens of na Covid, wordt grondig geëvalueerd. Het revalidatieprogramma wordt afgestemd op de individuele noden van elke patiënt.

De eerste golf was een leer-schoon. We wisten toen nog heel weinig over de gevolgen van de infectie. Dat was anders tijdens de tweede golf. Gelukkig ... want het aantal getroffen patiënten was groter. Met alle kennis die voorhanden is en

alle expertise die we ondertussen hebben verworven, hebben we tijdens de tweede golf ons revalidatieprogramma verder uitgebouwd en verfijnd. Revalidatie na Covid wordt aangeboden zowel te Aalst als te Asse.

Grote verscheidenheid aan klachten

Rinus Altes, paramedisch diensthoofd: “Gebrek aan energie, blijvende vermoeidheid ... dat zijn de symptomen waaraan iedereen spontaan denkt. Verminderde longfunctie, kortademigheid ... ook die klachten kan je spontaan in verband brengen met covid-19. Maar er is méér. Meerdere mensen hebben langdurig klachten: spierpijn, geheugenstoornissen, concentratieproblemen, stem- en slikproblemen ... Gelukkig horen we in de tweede golf iets minder angstproblemen en psychologische klachten. Wie



Dokter Katrien Van Rie

in de eerste golf besmet was, werd soms geconfronteerd met stigmatisering en isolatie. Dat is nu veel minder, maar de andere klachten blijven bij een grote groep mensen wel aanwezig. Twee op de drie mensen in ons programma zijn mannen. Twee derde zijn opgenomen geweest in het ziekenhuis, van wie 60 procent op Intensieve zorg. Dat betekent dat ook één derde niet werd gehospitaliseerd. Dat zijn dan ambulante patiënten die door hun huisarts worden opgevolgd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan ons programma is 57 jaar, met de jongste deelnemer die 27 jaar oud is en de oudste 75.”

Individueel maatprogramma mét groepsdynamiek

Naomi Stuyvaert, ergotherapeute: “Er valt geen lijn te trekken ... De combinatie van klachten en hun intensiteit kan grondig verschillen van persoon tot persoon. Wie slechts één type klacht heeft, kan wellicht adequaat worden geholpen in de perifere zorgverlening. Bij meerdere klachten is een multidisciplinaire aanpak aangewezen, die als het ware op maat van elke patiënt wordt verfijnd. Daarom hechten we veel belang aan de intake. Aanvullend op het intake-gesprek worden ook tests uitgevoerd, waarna we een precieze balans kunnen

opmaken. In multidisciplinair overleg wordt dan voor elke patiënt een programma op maat uitgewerkt. Dat kan bestaan uit een combinatie van: kinesitherapie, ergotherapie, logopedie, psychologische ondersteuning en sociale begeleiding. Dat laatste is zeker belangrijk voor mensen die wel terug aan het werk willen, maar niet meteen een voltijdse werkweek aankunnen. In bepaalde gevallen wordt zelfs de diëtiste ingeschakeld: sommigen kampen na hun ziekteperiode met gewichtsverlies en willen op een gezonde manier terug wat gewicht opbouwen. De sessie in dit programma worden geconcentreerd op twee halve dagen in de week. De deelnemers komen dus in groep, maar volgen elk hun eigen programma. Het groepsaspect is echter cruciaal: door ervaringen uit te wisselen en onderlinge aanmoedelingen kan er vaak sneller progressie worden geboekt. Elke maand worden de situatie en de vorderingen van elke patiënt in een multidisciplinair overleg geëvalueerd waarop het programma waar nodig wordt bijgestuurd.”



Jan Lanoy was een van de eerste patiënten die na covid-19 hiervoor in juni 2020 een revalidatieprogramma volgde in OLV (zie ook: Update, juni 2020). Sindsdien is dit programma verder op punt gesteld.



Conditie opbouwen

Anne Daineffe, kinesitherapeute: "Bij quasi alle mensen die covid-19 hebben gehad en aan dit programma deelnemen, bestaat de nood om hun conditie terug op te bouwen. Velen zijn verzwakt en moeten niet enkel hun spieren terug opbouwen, maar ook hun uithoudingsvermogen terug op peil brengen. Wij houden daarbij ook rekening met eventuele achtergrondproblemen ... aandoeningen waarmee de deelnemer ook al voor covid-19 werd geconfronteerd. Diabetes, obesitas, hypertensie ... Via aangepaste oefeningen, persoonlijke begeleiding en opvolging werken we naar een goed conditiepeil toe. Soms dient er een hele weg te worden afgelegd. Ik denk nu aan één van de deelnemers - een dertiger die tot voor kort regelmatig een

kwarttriatlon liep, maar nu al vermoeid is van de trap op te lopen. Samen gaan we op een traject naar herstel."

Stemkliniek

Sharon Arickx, logopediste: "Relatief veel deelnemers aan het programma hebben te kampen met stem- en slikproblemen, en vaak ook met cognitieve klachten. De slikproblemen lijken logisch bij mensen die tijdens hun verblijf op Intensieve zorg geïntubeerd werden. Toch zijn er ook mensen bij wie geen intubatie heeft plaatsgevonden, die met slikproblemen te kampen hebben. Zoals mijn collega al gezegd: er valt niet altijd een lijn in te trekken ... Meer en meer deelnemers worden doorverwezen naar onze stemkliniek, onder begeleiding van dokter Els De Schryver,

NKO-arts. Stemproblemen bij mensen die covid-19 hebben gehad, kunnen van verschillende aard zijn. Enerzijds zien we mensen met een uitgesproken stemzwakte omdat ze hun stemmapparaat niet meer kunnen aansturen door een te zwakke longfunctie. Anderzijds zien we een verminderde stemkwaliteit omdat een persoon zijn stem foutief gaat gebruiken, ter compensatie van de stemzwakte, en zo een overspannen stemgeluid creëert. Het komt er dus op aan om telkens de juiste diagnose te stellen en vervolgens de aangepaste oefeningen te selecteren. Vanuit de stemkliniek hebben we een groepsprogramma post-covid stemrevalidatie ontwikkeld. In 4 tot 5 sessies van telkens een uur reiken we de deelnemers concrete handvatten aan om hun stemklachten aan te pakken."

Cognitieve problemen

Anne Daineffe, kinesitherapeute: "De wetenschap is er nog niet volledig uit wat de oorzaak is van de cognitieve problemen bij personen die covid-19 hebben meegemaakt. Ligt een fysieke vermoeidheid aan de basis? Of komt het door een zuurstofgebrek in de hersenen waarmee de patiënt tijdens de ziekteperiode te maken had? Gaat het om het zogenaamde post-IZ-syndroom? Daarover is nog geen uitsluitsel, maar we volgen wel op welke oefeningen voor de meeste vooruitgang zorgen. Het maandelijks multidisciplinair overleg is daarom echt cruciaal."

Wacht niet te lang om een intake vast te leggen

Rinus Altes, paramedisch diensthoofd: "Uit de resultaten en de reacties van de deelnemers blijkt dat ons programma aan de verwachtingen beantwoordt. Wij horen vaak de reactie van deelnemers dat ze hiermee vroeger hadden moeten starten. Het is belangrijk om op tijd met het revalidatieprogramma te starten, terwijl de deelnemer nog in de subacute fase zit. Wanneer bepaalde klachten al te lang onbehandeld blijven, kunnen ze een chronisch karakter krijgen. Daarom is het nuttig om tijdig een intake aan te vragen. Hoe sneller gestart, hoe vlugger er vooruitgang kan worden geboekt, en hoe groter de kans dat er op korte termijn terug kan overgeschakeld worden naar perifere zorg."

Contacteer het secretariaat van de dienst Fysische geneeskunde & revalidatie om een intake vast te leggen voor uw patiënt, Tel 053/724265

Hartritmestoornissen

Hartcentrum OLV Aalst nauw betrokken bij ontwikkeling van nieuwe revolutionaire ablatietechniek

Bij ablatie worden met opzet kleine littekens aangebracht op bepaalde delen van het hartweefsel, ter hoogte van zenuwverbindingen die niet normaal functioneren. Zo kan de oorzaak van een ritmestoornis (de elektrische prikkels die de klachten veroorzaken) uitgeschakeld worden. Traditioneel wordt daarvoor radiofrequente (RF) ablatie gebruikt. Stipje per stipje wordt het beoogde litteken op het hartweefsel gebrand. Met Pulse Field Ablation (PFA) kan dat in één beweging gebeuren. In de studie waarin we meewerken, willen we aantonen dat deze techniek preciezer en veiliger is. Dokter Tom De Potter van het Hartcentrum OLV Aalst voerde in augustus 2020 als eerste ter wereld een pulmonale venen-isolatie (PVI) uit op een patiënt via PF-ablatie met de technologie van Biosense Webster. Een gesprekje.

Wat is PFA eigenlijk?

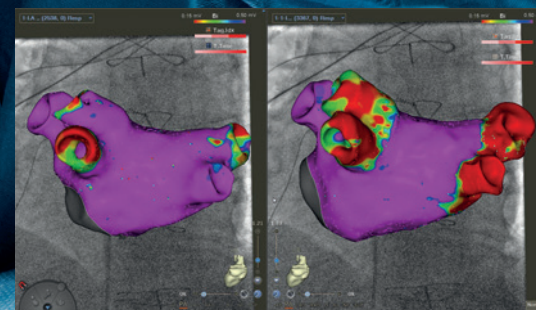
Dokter De Potter: "Het is een techniek waarbij er een pulse-rend elektrisch veld rondom de pulmonale venen wordt gecreëerd, en dat zich in één moment kan ontladen, waardoor het beoogde litteken op het hartweefsel meteen is aangebracht. Deze technologie is eigenlijk al meer dan twintig jaar in ontwikkeling, maar pas de laatste jaren zijn de grote biotechnologieontwikkelaars aan de kar gaan trekken. Wij werden aangezocht door Biosense Webster, een dochteronderne-

ming van Johnson & Johnson, om de "First In Man"-procedure met hun technologie te verzorgen. Hoewel het principe van PFA door meerdere firma's wordt ontwikkeld, lijkt het systeem van Biosense Webster het meest geavanceerde. Het was dan ook een hele eer om de eerste procedure op een patiënt in de wereld te mogen uitvoeren. Biosense Webster is de onbetwiste marktleider op het gebied van ablatietechnologie en heeft dan ook alles op alles gezet om ook voor deze nieuwe innovatie die leiderspositie te kunnen behouden. We geloven

dan ook sterk in de oplossing die ontwikkeld werd.

Waarin verschilt PFA van RF-ablatie?

Dokter De Potter: "Voor beide technieken wordt er gebruik gemaakt van een katheter die via de lies wordt opgevoerd naar de gewenste plek in het hart. De juiste locatie wordt telkens via een 3D navigatiesysteem bepaald (het CARTO-systeem). Ook op het vlak van 3D beeldvorming en 3D navigatie heeft ons centrum als pionier over de



Over welke studie gaat het?

jaren heen een robuuste expertise opgebouwd. Het verschil zit in de techniek of de energiebron die wordt gebruikt, om het litteken aan te brengen. Bij RF-ablatie wordt dat litteken als het ware puntje per puntje op het hartweefsel gebrand. Daarbij komt dus ook hitte vrij, die dus ook het omringende weefsel kan opwarmen en mogelijk zelfs lichte schade aan het omliggende weefsel kan veroorzaken als de ingreep niet voorzichtig uitgevoerd wordt. Daardoor worden we bij deze techniek in feite beperkt in de energie die we kunnen gebruiken, juist omwille van bezorgdheid voor dat omliggende weefsel. Bij PF-ablatie creëren we een pulserend elektrisch veld rond de beoogde plek op het hartweefsel, dat we dan laten ontladen. Deze techniek heeft als unieke eigenschap dat ze veel preciezer is – er is namelijk enkel een effect op het hartspierweefsel, en dus géén effect heeft op het omliggende weefsel. Het risico op ongewenste schade aan bijvoorbeeld omliggende zenuwen of bijvoorbeeld de slokdarm wordt hiermee uitgeschakeld, wat zou betekenen dat deze techniek dus tegelijk veiliger en efficiënter kan zijn voor de patiënt. Dat is precies wat we willen aantonen met de lopende studie.

Dokter De Potter: “Het gaat over de inspIRE-studie, waarbij IRE staat voor Irreversible Electroporation, wat een synoniem is voor Pulse Field Ablation. Deze studie loopt in twee golven. In de eerste golf staat een PFA-procedure bij 40 patiënten, verspreid over vijf verschillende centra ter wereld, gepland. Tot nu toe zijn er al 29 uitgevoerd, verspreid over vier centra ter wereld. Zoals al gezegd, vond de eerste ingreep hier in augustus 2020 plaats. Sindsdien konden in Aalst, het enige Belgische centrum binnen deze studie, nog twaalf andere patiënten op deze manier worden behandeld. Deze eerste fase van de studie kan wellicht deze maand, maart 2021, worden afgerond. In april 2021 zou dan de tweede fase kunnen starten. Daarin beoogt men om 180 tot 330 patiënten op te nemen om de nodige data te verzamelen. Het Hartcentrum OLV Aalst zou tot 20% van het totaal aantal patiënten behandelen. In deze tweede fase zouden ook andere Belgische centra deelnemen. Als alles goed loopt, zou deze tweede fase in augustus 2022 kunnen afgerond worden. En dan is het wachten tot het systeem op de markt kan worden geïmplementeerd.”

Wat zijn de eerste bevindingen?

Dokter De Potter: “Ik kan uiteraard niet vooruit lopen op de wetenschappelijke publicatie van de bevindingen van de inspIRE-studie. Maar ikzelf ben uitermate positief, en ik hoor ook van de andere collega's die bij deze wereldwijde studie zijn betrokken, niets anders dan positieve feedback. Eind januari 2021 vond het 26e Annual International AF Symposium plaats, in virtueel formaat uiteraard. Daar heb ik live een PF-ablatie uitgevoerd, die door 6.000 elektrofysiologen van over de hele wereld werd gevolgd. Het enthousiasme voor deze nieuwe techniek is groot binnen ons specialisme. Als alles blijft lopen zoals nu, dan zal PF-ablatie voor een echte revolutie op het domein van de elektrofysiologie zorgen. Door nauw bij de ontwikkeling van deze technologie betrokken te zijn, kunnen we al in een heel vroeg stadium deze optie aanbieden aan onze patiënten die hiervoor in aanmerking komen. Dat is precies wat wij bedoelen met medische innovatie waar de patiënt écht beter van wordt.”

Behandeling van spataders

“Ik kom voor de laser, dokter”

Eerder dit jaar kwam dokter Isabel Bouckenoghe de dienst Cardiovasculaire en thoracale heelkunde van het OLV Ziekenhuis versterken. Zij is zowel actief op campus Aalst als campus Asse. Dokter Bouckenoghe is gespecialiseerd in arteriële en veneuze vaatheelkunde, waaronder de behandeling van spataderen. Over dat laatste hadden we met haar een gesprek. Hoewel de lasertechnologie een enorme evolutie op dit vlak heeft teweeg gebracht, is een grondige afweging van alle therapeutische opties essentieel om een optimaal resultaat voor elke patiënt te garanderen. Het vergt een goede verduidelijking van de bestaande technieken om de patiënt zelf mee te krijgen in het juiste verhaal ... Vaak heeft die zich al zelf een beeld gevormd, wat niet altijd haalbaar is. De huisarts kan hier een cruciale rol vervullen.

Hoe begin je eraan?

Dokter Bouckenoghe: “Spataders geven aanvankelijk weinig klachten. Soms worden kleine spataders zichtbaar voor er klachten zijn en zonder dat er grote spataders zijn. Beginnende spataders kunnen de typische klachten uitlokken van zware, vermoeide en soms warme benen, met een gespannen gevoel of jeuk. Met verloop van tijd kan een vochtophoping ontstaan, huiduitslag, verkleuring of verharding van de huid, of kan zelfs een open wonde, veneus ulcus, ontstaan. Tijdig ingrijpen kan veel zorgen voorkomen.”

Dokter Bouckenoghe: “Een duplexechografie is het meest geschikt om de functie van de aderen te beoordelen: aanvullend op de echografische beelden meten we met de dopplertechniek ook de snelheid van het bloed in de aders. Het is een volledig pijnloos en niet-schadelijk onderzoek. De resultaten bepalen mee het beleid: moet er geopereerd worden, zo ja welke aderen, of kiezen we voor sclerotherapie of foam? Gezien de belangrijkheid naar beleid toe wordt deze duplex daarom best niet te lang voor de behandeling gedaan door de vaatchirurg.

Op basis van dat onderzoek bepaal ik de meest aangewezen optie. Eigenlijk zijn er vijf grote

opties, waarvan twee chirurgisch en drie niet-chirurgisch. Elke optie heeft zeker zijn plaats binnen ons therapeutisch arsenaal. Ik neem telkens de tijd om dit toe te lichten aan de patiënt.”

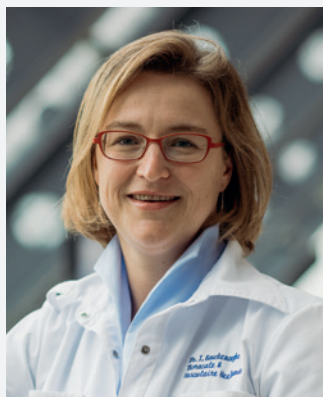
Over welke vijf therapeutische opties gaat het?

Dokter Bouckenoghe: “De twee chirurgische opties zijn enerzijds de klassieke stripping en anderzijds de endoveneuze aderbepaling. Daarnaast zijn er de niet-chirurgische ingrepen, die ambulant kunnen uitgevoerd worden: schuimtherapie, sclerotherapie en ten slotte de percutane laserbehandeling. De klassieke stripping bewijst zijn blijvende waarde

voor de behandeling van fors uitgezette, kronkelige aders met veel zijtakken in de lies, of bij tromboflebitis met een klont in de ader. Bij de stripping wordt de verbinding naar de diepe ader chirurgisch afgebonden (crossectomie) en wordt de ader van de lies naar de enkel of de knie verwijderd op een catheter. De klassieke ingreep vraagt een iets langere herstelperiode door de wat forsere hematoomvorming en liesincisie, er kan tot zes weken na de ingreep wat tijdelijke zwelling en blauwverkleuring aanwezig zijn."

De tweede chirurgische optie is de endoveneuze laserbehandeling. Is dat "de laser" waarnaar vele patiënten spontaan vragen?

Dokter Bouckenoooghe: "Ja en nee, er bestaan 2 laserbehandelingen: de endoveneuze en de percutane. Hier gaat het



Dokter Isabel Bouckenoooghe

wel degelijk om een chirurgische ingreep, die weliswaar minimaal invasief verloopt. Deze optie is aangewezen bij insufficiëntie van de oppervlakkige ader (VSM of VSP), vooral bij een matige aandoening waarbij de aders nog kleiner dan 10 millimeter zijn. Echografiegeleid prik ik de insufficiënte ader aan, en voer ik doorheen de lekkende Vena Saphena Magna of Parva een laserglasvezel op tot kort bij de uitmonding in de diepe ader. Aangezien de coagulatie van binnen uit gebeurt, is er geen incisie ter hoogte van de lies of knieholte vereist. Daardoor heeft de patiënt geen last in de lies, en minder risico op wondinfectie. Rond de ader wordt dan een koude vloeistof ingebracht die de omliggende weefsels beschermt tegen de hoge temperatuur van de laserspit. Tenslotte trek ik dan de laserglasvezel progressief van de lies (of kniekuilt) terug naar beneden. Op de echografie kan ik nauwgezet het effect van de lasercatheter ten opzichte van de ader volgen.

Deze techniek is minimaal invasief, vereist geen incisie in de lies en impliceert een veel sneller herstel met minder pijn en veel minder hematoomvorming. Anderzijds kan deze techniek niet ingezet worden als er belangrijke vertakkingen zijn in de lies, de ader teveel is uitgezet of te kronkelig geworden is of een klont bevat. De echografie is dus bepalend. Beide chirurgische technieken worden in

dagziekenhuis uitgevoerd, en worden goed terugbetaald door de ziekteverzekering."

Kunt u ook iets zeggen over de drie ambulante behandelingen?

Dokter Bouckenoooghe: "Het gaat om de schuimtherapie of foam-echosclerose, de sclerotherapie en nu ook om de percutane laserbehandeling. Deze technieken kunnen alle drie ambulant op de raadpleging worden uitgevoerd. Er is geen hospitalisatie vereist. De patiënt kan na de behandeling terug aan het werk en is dus niet werkonbekwaam. Dat is een belangrijk voordeel voor professioneel actieve patiënten.

Bij de schuimtherapie laat ik een echosonde over de huid glijden om zo de ader in beeld te brengen. Dan prik ik de ader aan en breng een schuim van Aethoxysclerol in. Door de schuimige vorm is het middel krachtiger om ook grotere aders te behandelen. Na het foamen is het dragen van de compressiekous zeer belangrijk gedurende 10 dagen dag en nacht. Door het dragen van een compressiekous gaan deze aderswand verkleven en valt de ader droog. Zo kunnen we tijdelijke verharding en verkleuring voorkomen en de efficiëntie van de behandeling verhogen. De kous wordt op consultatie aangedaan, dus patiënt dient die zeker mee te

Dokter Bouckenoooghe trok naar het buitenland voor verdere specialisaties in de technieken van dialyse-access-chirurgie (Prof. Dr. Tordoir, Maastricht), veneuze recanalisaties (Dr. O' Sullivan, Galway en Prof. Dr. Wittens, Maastricht) en foam-sclerotherapie (Dr. Schadeck, Parijs en Dr. HamelDesmos, Caen). Na een brede opleiding zowel in de arteriële als in de veneuze vaatheelkunde, werkte zij zes jaar als vaatchirurg in het H. Hartziekenhuis Mol. Sinds mei 2020 maakt zij deel uit van onze dienst Cardiovasculaire en thoracale heelkunde. Door continue vorming en deelnames aan symposia en medische congressen, volgt dokter Bouckenoooghe de evoluties in haar vakgebied, en is zij op de hoogte van de nieuwste technieken en evoluties binnen haar specialisatiegebied.

En zo zijn we aanbevolen bij de percutane laserbehandeling, een nieuwe ambulante behandeling?

brengen naar de raadpleging. De inspuiting kan eventueel nog herhaald worden wanneer nodig. Uiteindelijk verschrompelt en verdwijnt de spatader. Ook bij sclerotherapie wordt Aethoxysclerol ingebracht in de ader, maar dan in vloeibare vorm. De werking is identiek, maar doordat we hiermee kleine en fijnere adertjes behandelen is de reactie meestal minder hevig. Kousen dienen 5 dagen dag en nacht behouden blijven, en de genezing van de blauwe plekken is meestal sneller."



Dokter Bouckenoooghe: "Inderdaad. Percutane laserbehandeling is ideaal voor zeer fijne bloedvaten. Tijdens de behandeling ga ik met een gekoeld handstuk over de huid van de patiënt. Door het koelen gaan we de huid wat minder gevoelig maken. Het toestel geeft dan zeer korte impulsen van laserlicht op de plaats van de kleine spidervaricositas, en laat zo het pigment uitvallen en de bloedvaatjes samensmelten, zodat deze nadien door het lichaam kunnen worden afgebroken. De reactie is onmiddellijk, dus kousen moeten niet gedragen worden. De lokale genezing kan enkele dagen tot enkele weken duren, maar de patiënt heeft hier weinig last van en hoeft niet arbeidsongeschikt te zijn. Heel belangrijk is dat de patiënt vier weken vóór en zes weken na de behandeling blootstelling aan zonlicht, hitte en UV vermijdt. Deze behandeling wordt niet terugbetaald door het ziekenfonds, de raadpleging wel."

Volstaat één behandelsessie?

Dokter Bouckenoooghe: "Soms wel, maar zeker niet altijd. Het hangt af van de grootte en hoeveelheid van de spatadertjes die moeten behandeld worden, maar ook van wat de patiënt kan verdragen. Hoewel er niet wordt geprikt, voelt de patiënt de kleine laserimpulsen. De ene patiënt stoort zich daar minder aan dan de andere, ik zoek samen met de patiënt wat goed wordt verdragen. Na vijf tot zes weken kan een nieuwe sessie worden uitgevoerd in hetzelfde huidgebied, wanneer nodig. Tussenin kunnen andere zones behandeld worden. De patiënt kiest in deze behandelingen zelf wanneer het gewenste resultaat bereikt is."

Meer info (inclusief verhelde-rende filmpjes) op: <https://www.vaatdokter.be>

Walant, een nieuwe techniek voor de meest uitgevoerde handoperaties

Innovatie komt soms uit een onverwachte hoek. Dat is ook het geval bij handchirurgie, waar de covid-19-crisis een katalysator is gebleken in het OLV Ziekenhuis. Dokter Stefan Bande en dokter Jens François zijn binnen de dienst Orthopedie de experts op het vlak van handchirurgie. Zij vertellen ons hoe de WALANT-techniek zijn intrede deed in het OLV Ziekenhuis.

Van tourniquet naar Walant

Dokter Bande: "Handoperaties worden historisch onder zogenoemde bloedleegte uitgevoerd. De goede doorbloeding van de hand hindert immers de nauwkeurige chirurgische evaluatie en manipulaties die nodig zijn om tot een goed operatieresultaat te komen. Bij bloedleegte wordt een knelband ('tourniquet') rond de bovenarm aangelegd en opgeblazen tot een druk die hoger is dan de bloeddruk, zodat de bloedcirculatie in de arm tijdelijk wordt onderbroken. Dit wordt als onaangenaam en zelfs pijnlijk ervaren door de meeste patiënten. Nadat de knelband terug wordt afgelaten op het einde van de operatie, treedt er een periode van verhoogde bloeddorstrooming in de arm op. Om nabloedingen te ver-

mijden dienen de beschadigde bloedvaten dichtgeschroeid te worden met een speciaal pincet ('coagulatie').

Dokter François: "Het gebruik van een knelband bij handoperaties vraagt dus niet enkel extra medisch materiaal maar ook extra medicatie (pijnstilling via infuus, lichte verdoving of kalmering), waardoor alle patiënten voor de ingreep minstens 6 uur nuchter dienen te blijven en na het einde van de ingreep een tijdje onder observatie moeten blijven in het ziekenhuis. Met WALANT is dat niet langer nodig. WALANT is de afkorting van Wide-Awake Local Anesthesia No Tourniquet en is dé nieuwe evolutie in de handchirurgie van de voorbije jaren. Een knelband en coagulatie zijn niet langer noodzakelijk dankzij het gebruik van adrenaline in de lokale verdoving. Van adre-



Dokter Stefan Bande

De menselijke hand is een complex biologisch bouwwerk, die onze soort bovenaan de evolutionaire ladder heeft gebracht. Door het veelvuldig gebruik in het dagelijks leven en het delicate evenwicht van botten, pezen, zenuwen en bloedvaten is een letsel of aandoening van de hand een frequent probleem waarmee patiënten een arts consulteren. Niet zelden is een operatieve behandeling dan de beste optie om tot een herstel van de handfunctie te komen.

naline is gekend dat het de bloedvaten doet samentrekken en hierdoor de bloedcirculatie plaatselijk sterk reduceert."

Het oude dogma 'nooit adrenaline in de hand' is achterhaald

Dokter Bande: "Gedurende meer dan 100 jaar werd overall ter wereld aan elke geneeskunde student gedoceerd dat het injecteren van adrenaline in de hand en de vingers verboden is wegens risico op het afsterven van weefsels ('vingerinfarct'). Hiervan waren immers voor de jaren 1950 enkele tientallen gevallen beschreven in de medische literatuur. Het was de Canadese handchirurg dokter Lalonde die begin jaren 2000 dit dogma in twijfel trok en uitzocht wat er juist aan de hand was en de publicaties

aan een grondig onderzoek onderwierp. Hieruit bleek dat het niet adrenaline was, maar wel de lokale verdoving zelf, die het afsterven veroorzaakte. Het ging meestal om het middel procaïne, in 1905 als het nieuwe caïne (novocaïne) op de markt gebracht. Dit product werd sinds 1948 geleidelijk aan vervangen door lidocaïne als lokale verdoving en wat blijkt? Met lidocaïne werd nog nooit een vingerinfarct gepubliceerd in de medische literatuur, met of zonder adrenaline.

Lidocaïne vermengd met adrenaline blijkt inmiddels dus op basis van de wetenschappelijke evidentie wel een veilig product om handen en vingers plaatselijk te verdoven. Bovendien bestaat er een middel dat het effect van adrenaline op de bloedvaten kan omkeren, namelijk fentolamine⁽¹⁾. Indien de bloedcirculatie van de vin-



Dokter Jens François



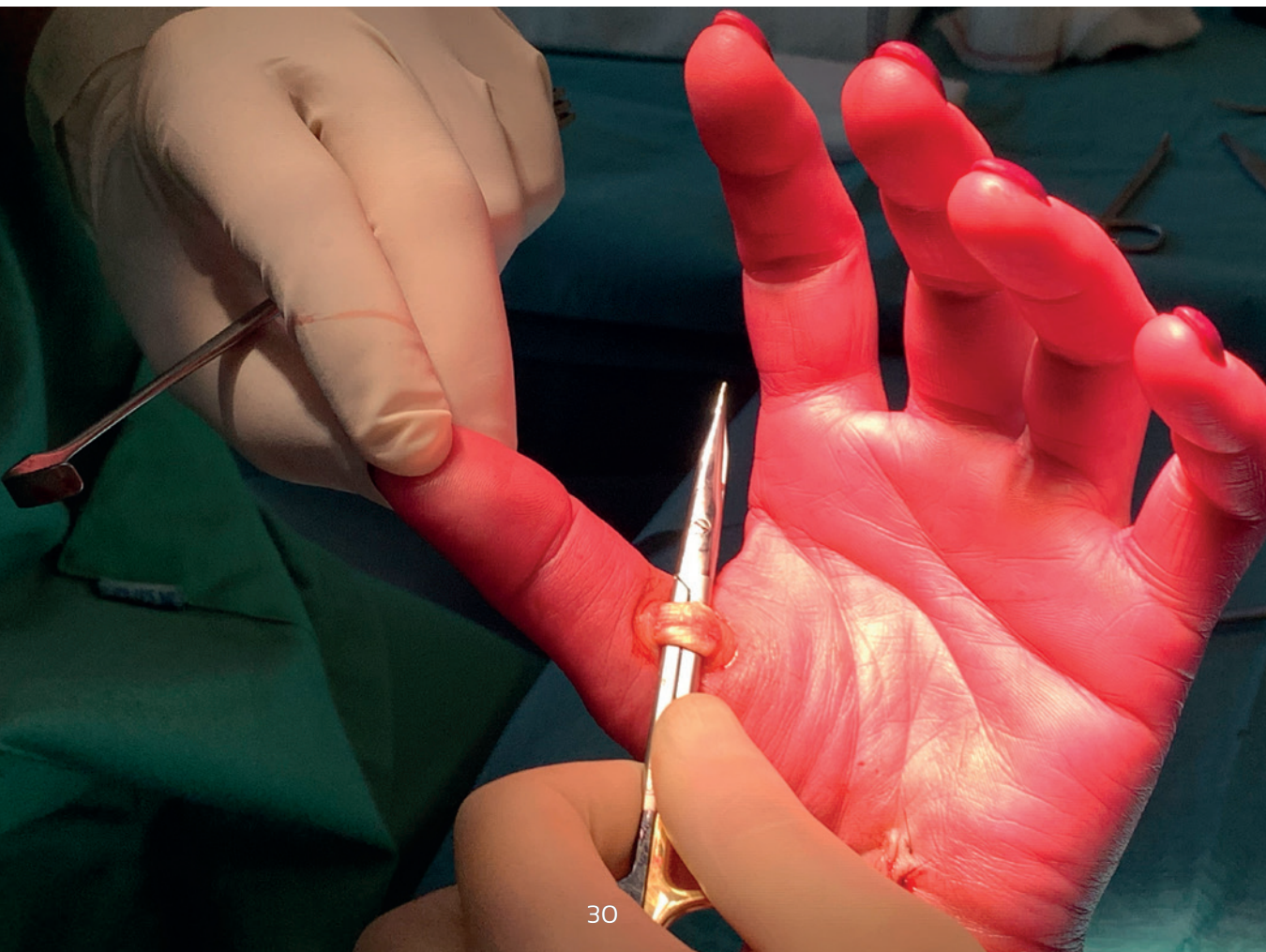
Scan deze QR-code om een filmpje te bekijken waarin de Walant-techniek beknopt wordt toegelicht

ger onvoldoende zou blijken, kan dit plaatselijk geïnjecteerd worden om de bloedvaten terug open te laten gaan.”

Meer comfort en nieuwe mogelijkheden

Dokter François: “Dokter Lalonde en zijn Canadese en Engelse collega’s hebben intussen de voorbije 20 jaar uitgebreide ervaring opgedaan met de WALANT-techniek. De voordelen zijn overduidelijk: er is voor

heel wat handoperaties geen knelband meer nodig en dus ook geen extra verdoving of kalmeringsmedicatie. Hierdoor moeten patiënten niet nuchter zijn voor de ingreep en mogen ze nadien onmiddellijk het ziekenhuis verlaten. Nog een voordeel van deze techniek is het feit dat de patiënt weliswaar geen pijn meer voelt, maar wel nog actief de vingers kan bewegen. Hierdoor kan tijdens de ingreep meteen vastgesteld worden of het oorspronkelijke probleem volledig is verholpen



(bijvoorbeeld bij een springvinger). Bij een peeshechting kan de chirurg meteen vaststellen of de hechting voldoende sterk is wanneer de vinger bewogen wordt. En bij een peestransfer of -reconstructie kan meteen de juiste spanning beoordeeld worden. Gevolg is dat elke patiënt met eigen ogen kan zien wat het resultaat van de operatie is: zijn of haar herstel begint dus al voor de operatie volledig beëindigd is!”

Lange wachtlijsten door uitgestelde ingrepen snel wegwerken

Dokter Bande: “De covid-19-pandemie heeft recent de gezondheidszorg overal ter wereld voor ongeziene uitdagingen geplaatst. In de context van een hoge hospitalisatiegraad met vaak nood tot ademhalingsondersteuning van de patiënten, werden niet-dringende operaties uitgesteld om beademingstoestellen, hospitalisatiebedden en gezondheidswerkers in te schakelen voor

Voordelen van WALANT

- Geen knelband nodig.
- Geen extra verdoving vereist.
- Ook geen kalmeringsmedicatie nodig.
- De patiënt moet niet nuchter zijn voor de ingreep.
- Controle tijdens de ingreep zelf.
- De patiënt mag na de ingreep meteen naar huis.

de zorg van covid-19-patiënten. Na de eerste coronagolf was ook de wachtlijst voor handchirurgische ingrepen sterk aangegroeid. Toen in mei 2020 opnieuw niet-dringende operaties mochten uitgevoerd worden, bleef de capaciteit in het operatiekwartier en de verpleegeenheden beperkt. Een groot deel van het verpleegkundig personeel uit deze afdelingen bleef immers nog ingeschakeld in de verzorging van covid-19-patiënten. Het kwam er dus op aan om ondanks deze beperkte capaciteit onze wachtlijst toch weg te werken. De beslissing van mijn collega, dokter Jens François, om met de WALANT-techniek te starten op de campus Asse bracht de oplossing.”

Dokter François: “We konden meteen gebruik maken van een nieuwe operatiezaal voor kleine ingrepen als onderdeel van het verbouwde dagziekenhuis. De werken aan het dagziekenhuis op campus Asse werden immers net voor de zomer van 2020 afgerond. We konden dus aan de slag in splinternieuwe lokalen. Door gebruik te maken

van het nieuwe operatielokaal voor kleine ingrepen, kon een klassieke, grote operatiezaal en extra personeel vrijgehouden worden voor andere ingrepen. Daardoor konden ook de wachtlijsten voor andere orthopedische operaties snel worden weggewerkt.”

Coronaproof

Dokter François: “De patiënten komen op hun operatiedag op vooraf afgesproken tijdsloten naar het ziekenhuis. Na het toedienen van de plaatselijke verdoving kunnen ze een half uur wachten in een ruime wachtzaal, mét mondmasker. Na de ingreep kan de patiënt zelfstandig het ziekenhuis verlaten. De verdoving werkt over meerdere uren na, terwijl de vingers toch kunnen bewogen worden. Eenmaal de verdoving uitwerkt kan de patiënt thuis in alle comfort rusten en een pijnstillert nemen. Het verblijf in het ziekenhuis is kort en coronavrij.”

Breng een online bezoek aan het nieuw operatiekwartier en dagziekenhuis in Asse

Net zoals je met Google Street View bepaalde straten kan bezoeken van achter je computer, kan je voortaan ook het operatiekwartier en de dagkliniek op Campus Asse een bezoekje brengen in 3D. Scan bijgaande QR-code in.



Inmiddels heb ik ruim 200 handoperaties onder WALANT uitgevoerd. Er waren geen complicaties en het patiënt comfort bleek erg groot, zelfs voor patiënten met angst voor naalden en prikken. De techniek wordt vooral toegepast om carpal tunnel vrij te maken, maar ook voor de behandeling van springvingers en De Quervain-tendinitis. Zelfs langere en meer complexe operaties zoals peeshechtingen en -reconstructies werden reeds succesvol uitgevoerd."

Dokter Bande: "Met de introductie van de WALANT techniek voor handchirurgie versterkt het OLV Ziekenhuis zijn positie als organisatie die oude dogma's uitdaagt en innovatieve

technieken gebruikt om de zorg voor patiënten te verbeteren. Intussen blijft de patiëntveiligheid gegarandeerd en kunnen meer personeel en middelen ingezet worden voor grotere orthopedische operaties en zo nodig voor covid-19-patiënten. Dokter François voert onder tussen handoperaties onder WALANT uit, zowel op de campus Asse als op de campus Aalst. Het operatiekwartier op campus Ninove is tijdelijk gesloten omwille van de covid-19-maatregelen, maar hopelijk gaan we binnenkort ook daar weer aan de slag."

Prospectieve studie om voordelen objectief in kaart te brengen

Dokter François: "Om het comfort en de veiligheid van de WALANT-techniek op een objectieve wijze te vergelijken met de standaard behandeling in de OLV handlounge, wordt een prospectieve gerandomiseerde studie uitgevoerd. Patiënten die hieraan deelnemen worden willekeurig toegekend aan een van beide verdovingstechnieken, terwijl de chirurg en de ingreep dezelfde blijven. Deelnemende patiënten wordt gevraagd online een korte vragenlijst in te vullen op 3 momenten voor en na de ingreep via hun beveiligde Mynexuzhealth dossier."

⁽¹⁾ Ondanks het feit dat fentolamine in vele landen ter wereld gebruikt wordt als erkend en veilig geneesmiddel, is het in België niet geregistreerd en dus niet verkrijgbaar. Het wordt door de OLV Ziekenhuisapotheek in het buitenland aangekocht en is beschikbaar op de plaatsen waar WALANT-ingrepen worden uitgevoerd. De kans dat het ooit zal moeten gebruikt worden is bijzonder klein ...

Urgentiegeneeskunde

In de frontlinie

De dienst Urgentiegeneeskunde staat in de frontlinie van de zorg. Snelheid en efficiëntie zijn primordiaal. Maar onze spoeddienst hecht ook belang aan een warm contact en een constructieve dialoog met de patiënten. Binnen deze dienst zijn recent meerdere initiatieven in die zin genomen.

Spoeddienst OLV peilt systematisch naar de tevredenheid van de patiënt

Alleen al het feit dat ze dringende medische hulp nodig hebben - vaak gepaard gaand met pijn - maakt vele patiënten prikkelbaar. Het moment dat de patiënten zich op de Spoeddienst bevinden, is niet het meest geschikte moment om te peilen naar hun ervaring en suggesties. Toch wil onze dienst Urgentiegeneeskunde beter begrijpen wát er goed gaat, en wàar er marge is voor verbetering.

Daarom sloten wij ons in oktober 2019 aan bij de digitale bevraging die de Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg (VVVS) hiervoor heeft uitgewerkt. Aan elke patiënt die zich aandient op Spoed wordt een e-mailadres

gevraagd. De dag na het bezoek aan de Urgentiedienst ontvangt de patiënt een e-mailbericht met de uitnodiging om vijf minuutjes de tijd te nemen voor het invullen van een online tevredenheidsenquête. In de gevalideerde vragenlijst wordt een score gevraagd voor onder meer: vriendelijkheid, behulpzaamheid, deskundigheid, de zorginhoud en natuurlijk de wachttijden. De scores blijven anoniem en worden geanalyseerd opdat wij onze dienstverlening kunnen verbeteren. Er wordt onder andere elke maand een Net Promotor Score per ziekenhuis berekend. Algemeen gesteld, geeft deze score weer in welke mate een patiënt onze Spoeddienst zou aanbevelen aan anderen.

Sinds onze deelname zagen wij onze Net Promotor Score stelselmatig verbeteren tot het



David Pletinckx, hoofdverpleegkundige Urgentiegeneeskunde

Een beeld uit het animatiefilmpje over triage op Spoed.



niveau van de benchmark... en in sommige meetperiodes zelfs al boven het gemiddelde van de deelnemende ziekenhuizen uitstijgen. Dat sterkt onze medewerkers: hun inspanningen leveren resultaat! Een blijvend werkpunt zijn de wachttijden. Ondanks een merkelijke objectieve verbetering op dit vlak, blijft de doorsnee patiënt een perceptie hebben dat de wachttijden te lang zijn. Dat heeft veel te maken met de verwachtingen. Daarom willen wij de bezoeker aan onze Spoeddienst nog beter informeren over onze werkwijze in het algemeen, en het triagesysteem in het bijzonder. Om het met een fictief voorbeeld te illustreren: het is logisch dat een patiënt met een levensbedreigend medisch probleem sneller wordt geholpen

dan een patiënt die zich bij het snoeien in de vingers heeft gesneden ... ook al heeft die zich eerder aangemeld op de Spoeddienst.

Op het einde van de online bevraging kan de patiënt ook opmerkingen en suggestie toevoegen. Als er ook een telefoonnummer wordt gegeven, bellen we deze patiënt ook binnen de week effectief op. Dergelijke gesprekken zijn uiterst waardevol. Ze zetten ons aan om steeds beter te willen doen.

Animatiefilmpje legt uit waarom de patiënt soms moet wachten

Vele patiënten die zich op Spoed aanmelden, vinden het vervelend als ze moeten wachten. Er zijn nochtans heel goede redenen voor deze wachttijd, en die willen we met een animatiefilmpje tonen.

Het kan gebeuren dat een patiënt die zich later op Spoed heeft aangemeld, toch voorrang krijgt voor zijn behandeling. Sommige letsels of verwondingen vereisen immers méér dringende zorg dan anderen. Via triage wordt op basis van een wetenschappelijk onderbouwing bepaald wie eerst aan de beurt komt. Ook dat wordt in het filmpje toegelicht.

Nieuw MUG-voertuig voor ASZ en OLV

Eind september 2020 werd het nieuwe MUG-voertuig in gebruik genomen dat gezamenlijk werd aangekocht door het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis (ASZ) en het OLV Ziekenhuis. Het voertuig is uitgerust met alle nodige instrumenten en toestellen om patiënten die hoogdringende medische zorgen nodig hebben, optimaal te helpen.

Zo bevat de nieuwe MUG-wagen een hypermodern toestel voor mechanische reanimatie. Bij fysieke reanimatie geeft de hulpverlener 30 pulsen op de borstkas in een tempo van 100 tot 120 keer per minuut ... en dat kan meerdere malen herhaald worden. Dat is fysiek zwaar, en

vaak is het niet haalbaar om deze sequentie te blijven herhalen. Met mechanische reanimatie kan dat wel lang worden volgehouden. Daardoor kunnen levens gered worden!

Toch hoeven het niet noodzakelijk hoogtechnologische snuffjes te zijn die het verschil voor de patiënt uitmaken. Zo maken beide teams - van ASZ en OLV - gebruik van hetzelfde types rugzakken met basisuitrusting voor interventies. Daardoor kunnen beide teams probleemloos rugzakken uitwisselen wanneer een rugzak nog niet terug in orde kon gebracht worden na een vorige interventie.

De MUG-samenwerking tussen beide Aalsterse ziekenhuizen loopt al jaren tot ieders tevredenheid. Er wordt nu intensief overleg gepleegd om dergelijke samenwerking verder te verbreiden. Daar zullen de patiënten uit onze regio wel bij varen!

Ontwikkeling staat niet stil

Sinds 1 januari 2021 is de insulinepompconventie met het Riziv uitgebreid waardoor mensen met type 1-diabetes een betere toegang krijgen tot de nieuwste technologische innovaties. Ook lokaal blijven de endocrinologen van het OLV Ziekenhuis in samenwerking met de huisartsen actief aan de kar duwen. Zo werd recent de diabeteswijzer bijgewerkt, waarmee huisartsen een goede houvast hebben om hun diabetespatiënten optimaal te begeleiden.

Dokter Frank Nobels, diensthoofd Endocrinologie-Diabetologie:

De uitbreiding van de pompconventie is belangrijk voor mensen met type 1 diabetes. Ik ben blij dat we het RIZIV hebben kunnen overtuigen om deze broodnodige aanpassing te doen. De insulinepompen zijn de laatste jaren immers veel gesofisticeerder en dus duurder geworden, en de begeleiding op de consultatie, maar ook via telemonitoring, veel complexer. Er was dus echt een upgradering nodig. De meeste pompen communiceren nu met een glucosesensor, die de suikerwaarden onderhuids meet, en aan de hand daarvan de pomp grotendeels aanstuurt. Onze dienst heeft hier al uitgebreide ervaring mee. In een vorige editie van OLV Inside Out werd deze innovatie al uitgebreid toegelicht, maar ondertussen staat de onderlig-



Dokter Liesbeth Van Huffel
en dokter Frank Nobels

gende technologie beter op punt.

Dokter Liesbeth Van Huffel, stafid Endocrinologie-Diabetologie:

Met dergelijke pompen kan men de diabetes doorgaans mooi regelen, maar het comfort was niet optimaal. Er waren veel alarmen en de sensormetingen dienden verschillende keren per dag met een vingerprikmetering gecombineerd te worden. De nieuwere toestellen kunnen de glycemie nog scherper afstellen en bieden vooral meer comfort. En dit is superbelangrijk! Mensen met diabetes moeten zich immers zo min mogelijk patiënt voelen. Daarom zijn we ook blij dat de nieuwe pompconventie het gebruik van patchpompen mogelijk maakt. Dat zijn insulinepompen die niet langer via een katheter op het lichaam zijn aangesloten, maar rechtstreeks

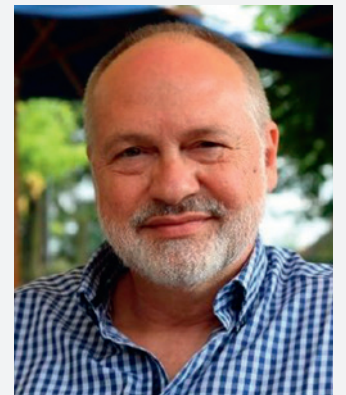
op de huid kunnen gekleefd worden. Dit kan veel discreter, zonder hinderlijke slangetjes. Deze pompen communiceren nog niet met een sensor, maar ook dat is op komst. We verwachten nog veel technologische vooruitgang bij type 1 diabetes de volgende jaren.

Dokter Marc Amant, huisarts te Aalst:

"Een goede begeleiding van diabetici impliceert een samenwerking met de diabetoloog, de huisarts, de diabeteseducator én de diabeticus zelf. Als huisarts vind ik het belangrijk om deze samenwerking te helpen optimaliseren. In onze regio hebben we met het Diabetesproject Aalst daartoe al enige jaren terug de diabeteswijzer uitgewerkt. Dat is een handig instrument, zeker voor huisartsen, om de gehele benadering en omkadering bij de



begeleiding van mensen met diabetes praktisch aan te pakken. Conform de steeds evoluerende richtlijnen hebben we eind 2020 samen met de collega's van OLV Aalst onze diabeteswijzer bijgewerkt. Zo werd het onderdeel "glycemie-aanpak" grondig vernieuwd. Collega's-Huisarts, neem zeker eens een kijkje: <http://www.zorgtrajectenaalst.be/dw2016/>



Dokter Marc Amant

Eskulaap Live Streaming

Al jaren biedt het OLV Ziekenhuis onder de noemer van Eskulaap navormingsessies voor artsen aan. De eerste dinsdagavond van de maand staat daarvoor traditioneel bij vele huisartsen aangestipt. Elke sessie kon op 40 tot 80 deelnemers rekenen. En toen kwam covid-19... en zo deed ook de optie "Live Streaming" haar intrede: een blijver!

Dokter Piet Vercauter, lid van de werkgroep Eskulaap: "De eerste Eskulaapsessie van het werkjaar stond gepland voor begin december 2020. Het thema was covid-19, dat ook toen niet uit de actualiteit was weg te slaan. We beslisten om deze sessie in een hybride vorm te organiseren: deels met fysiek aanwezige deelnemers, deels met online deelnemers. Dat bleek een schot in de roos. Volgens de toen geldende regels mochten er maximum 40 deelnemers in de zaal aanwezig zijn, en dat aantal werd al snel gehaald. Daarenboven volgden niet minder dan 120 deelnemers deze sessie van thuis uit, via Skype."

Dokter Peter Meeus, lid van de werkgroep Eskulaap: "Ik heb de sessie van december 2020 achter mijn PC gevolgd. Inhoudelijk was deze sessie zeker een topper, en ook de sprekers verdienen een pluim. Toch merkte ik dat een Skype-verbinding niet altijd voor een

optimale geluidswaargave en beeldkwaliteit zorgt. Blijkbaar heeft ook het aantal online deelnemers een impact op de technische kwaliteit bij gebruik van dergelijke standaard software."

Professionele ondersteuning

Dokter Peter Leyman, lid van de werkgroep Eskulaap: "Ik had dezelfde ervaring met deze live streaming. Met ons comité hebben we meteen beslist dat we het aan ons publiek verschuldigd zijn om zowel inhoudelijk als technisch een programma te bieden dat helemaal op punt staat. Wij konden gelukkig ook meteen de directie overtuigen van dit kwaliteitsprincipe. Voor de tweede Eskulaapsessie, van 2 februari 2021, hebben we daarom voor professionele ondersteuning gezorgd. Op advies van de betrokken firma opteerden we voor live streaming, waarbij



de presentatie van de sprekers ook probleemloos met filmpjes kunnen worden verrijkt, zonder technische haperingen."

Dokter Frank Nobels, lid van de werkgroep Eskulaap: "Ook deze sessies was een succes. Onder het thema "Endoscopy Beyond Borders" brachten onze collega's van de dienst Gastro-enterologie een helder overzicht van de nieuwste evoluties op dit terrein, geïllustreerd met een aantal filmpjes, die feilloos werden gestreamd. De interactie met de deelnemers thuis verliep

tijdens de presentaties via een chat. Dat is heel handig. Op het einde van de sessie konden er ook mondeling vragen worden gesteld. Dit is een formule die werkt én sterk wordt geapprecieerd, zoals we uit de feedback van de deelnemers mochten ervaren."

Het nieuwe normaal

Ondertussen heeft het OLV Ziekenhuis beslist om voortaan alle Eskulaapsessies op deze manier te laten plaatsvinden: fysiek of online deelnemen, mét profes-

sionele technische ondersteuning. Dit ligt al vast voor de sessies van 2 maart (vasculaire geneeskunde voor huisartsen, door dokter Bouckennooghe) en 4 mei (multidisciplinaire aanpak van dysfagie, door de NKO-artsen van het OLV Ziekenhuis). Voor de interactieve workshop die voor 24 april 2021 op de agenda staat, wordt wellicht een nieuw thema uitgewerkt dat eveneens in het nieuwe hybride formaat kan worden aangeboden. Wij houden u op de hoogte.

Even voorstellen

Op 4 mei 2021 vindt de laatste Eskulaapessie van dit werkjaar plaats, met als thema: "Multidisciplinaire aanpak van dysfagie". De sprekers op deze hybride infoavond zijn OLV-artsen van verschillende disciplines: gastro-enterologie, neurologie, geriatrie, maar ook neus-, keel- en oorzakten. Het initiatief voor deze lezing van Eskulaap komt trouwens van dokter Els De Schryver, die sinds enige maanden diensthoofd NKO is in het OLV Ziekenhuis. Ook met de slikkliniek loopt de dienst NKO in de covid-pandemie in de kijker. Een goede gelegenheid om de staf van deze dienst beknopt aan u voor te stellen.

Dr. Els De Schryver

Dokter De Schryver studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en haalde haar specialisatie NKO en haar doctoraat in de gezondheidswetenschappen aan diezelfde universiteit. Verder deed zij ervaring op in het ZNA (Campus Middelheim) in Antwerpen. Zij is sinds 2019 actief in het OLV Ziekenhuis en heeft sinds enkele maanden ook het diensthoofdschap aanvaard van de afdeling Neus-, keel- en oorzakten. Zij is actief op onze campussen in Aalst en Asse.



Dr. Hans Bequé

Dokter Bequé hoeft eigenlijk niet meer voorgesteld te worden, aangezien hij al jaren verbonden is aan het OLV Ziekenhuis en kan bogen op een jarenlange ervaring. Dokter Bequé is actief op onze campussen in Aalst en Ninove.



Dr. Jan De Groot

Ook dokter De Groot is een vaste waarde binnen deze dienst van het OLV Ziekenhuis, die goed gekend is door de huisartsen binnen de regio. Hij haalde zijn diploma geneeskunde en zijn specialisatie NKO aan de KU Leuven en is werkzaam op de Campus Asse en op de Campus Aalst.



Dr. Bauke Pauwels



Dokter Pauwels is in 2020 gestart op de dienst Neus-, keel- en oorzakten van het OLV Ziekenhuis en was tussen 2013 en 2020 actief als NKO-arts in UZ Gent en AZ Sint-Lucas te Gent. Zij brengt dus een pak ervaring mee naar het OLV Ziekenhuis, zowel in Aalst als in Asse

Dr. Benedicte Verhaeghe



Dr. Benedicte Verhaeghe verhoogde ook recent ons team. Zij kan zich beroepen op een ervaring van 15 jaar als NKO arts. Ze was onder meer resident neuro-otologie in het UZ Gent en zal samen met prof. Dr. Topsakal (UZ Brussel) de otologische subdisciplines verder uitbouwen.

De dienst Neus-, Keel- en Oorzakten van het OLV Ziekenhuis biedt een volledige waaier aan onderzoeken en ingrepen op het domein van de otorinolaryngologie. Een greep uit hun activiteitsaanbod:

Raadplegingen

- microscopisch onderzoek van de trommelvlies en gehoorgangen
- endoscopisch onderzoek van de neusgangen en van de sinussen
- fiberendoscopische onderzoeken van de achterste neusholten, keel, strottenhoofd met stemspleet en de bovenste luchtpijp
- stroboscopie
- rhinomanometrie
- oto-akoestische emissies
- allergische testen
- audiometrie
- tympanometrie
- BERA
- evenwichtsonderzoek via videonystagmografie
- behandeling neusbloedingen
- evaluatie van de werking van de buis van Eustachius en de verluchting van het middenoor (tubomanometrie)
- CVEMP-bepalingen

Operatieve activiteiten NKO

- adenoïdectomie ("poliepen" of neusamandelen)
- tonsillectomie (amandelwegname)
- trommelvliesbuisjes (diabolo's)
- septoplastie
- reductie neusfracturen
- FESS (endoscopische sinusoperatie)

- conchotomie
- klassieke sinusoperaties
- tympanoplastie
- gehoorsbeentjes reconstructies
- mastoïdectomie
- otospongiose (stapedectomie)
- afstaande oren corrigeren
- directe laryngoscopie voor larynxtumoren (goed- en kwaadaardige) met CO2 laserbehandeling
- operatie halstumoren
- vreemde voorwerpen in NKO gebied
- tracheotomie
- U.P.P.P. (snurkoperatie)
- keel- en halsabcedaties
- slaapendoscopie onder narcose
- radiofrequentie-behandeling van conchae en palatum
- oto-endoscopische oorchirurgie
- otospongiose (stapeDOTomie)
- cochleaire implantatie

In een volgende editie van OLV Inside Out gaan wij dieper in op een welbepaald thema binnen het domein van de otorinolaryngologie.

Contactgegevens van de dienst:
<https://www.olvz.be/nl/neus-keel-en-oorzakten>
Telefoon van het secretariaat: 053 72 45 33 (Aalst, Ninove), 02 300 63 11 (Asse)
E-mail: nko.aalst@olvz-aalst.be

Het OLV Ziekenhuis wil een patiëntgericht, lokaal verankerd ziekenhuis zijn met een internationale uitstraling in 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 november 2019 en 31 januari 2021 werden gepubliceerd. (De namen van OLV-artsen zijn in het overzicht in het vet gezet).

Algemene heelkunde

ENSAT registry-based randomized clinical trials for adrenocortical carcinoma.

Crona J, Baudin E, Terzolo M, Chrisoulidou A, Angelousi A, Ronchi CL, Oliveira CL, Nieveen van Dijkum EJM, Ceccato F, Borson-Chazot F, Reimondo G, Tiberi GAM, Ettiabeh H, Kiria-kopoulos A, Letizia C, Kastelan D, Osher E, Yiannakopoulou E, Arnaldi G, Assié G, Paiva I, Bourdeau I, Newell-Price J, Nowak KM, Romero MT, De Martino MC, Bugalho MJ, Sherlock M, Vantghem MC, Dennedy MC, Loli P, Rodien P, Feedlers R, de Krijger R, **Van Slycke S**, Aylwin S, Morelli V, Vroonen L, Shafiqullina Z, Bancos I, Trofimuk-Möldner M, Quinkler M, Luconi M, Kroiss M, Naruse M, Igaz P, Mihai R, Della Casa S, Berruti A, Fassnacht M, Beuschlein F.
→ **Eur J Endocrinol.** 2021 Feb;184(2):R51-R59. doi: 10.1530/EJE-20-0800. PMID: 33166271 Review.

Feasibility of Autofluorescence for Parathyroid Glands During Thyroid Surgery and the Risk of Hypocalcemia: First Results in Belgium and Review of the Literature.
Van Slycke S, Van Den Heede K, Brusselaers N, Vermeersch H, **Van Slycke S**, et al
→ **Surg Innov.** 2020 Dec 29:1553350620980263. doi: 10.1177/1553350620980263. Online ahead of print.Surg Innov. 2020. PMID: 33372584

Intra-operative vaginal neuromonitoring predicts non-recurrent laryngeal nerves: technical notes and review of the recent literature.
Van Slycke S, Van Den Heede K, Magamadov K, Gillard JP, Vermeersch H, Brusselaers N, **Van Slycke S**, et al.
→ **Acta Chir Belg.** 2020 Feb 2:1-6. doi: 10.1080/00015458.2020.1722931. Online ahead of print. Acta Chir Belg. 2020. PMID: 31986987

Lateral neck cyst as initial presentation of thyroid malignancy.
Vancraeynest L, **Van Slycke S**, Vancraeynest L, et al. Among authors: **Van Slycke S**.
→ **Acta Chir Belg.** 2020 Dec;120(6):413-416. doi: 10.1080/00015458.2019.1610261. Epub 2019 May 6. Acta Chir Belg. 2020. PMID: 31012377

European multicentre study on outcome of surgery for sporadic primary hyperparathyroidism.
Bergenfelz A, **Van Slycke S**, Makay Ö, Brunaud L, Bergenfelz A, et al.
→ **Br J Surg.** 2020 Sep 17. doi: 10.1002/bjs.12025. Online ahead of print.

Anesthesiologie

Residual Neuromuscular Blockade and Postoperative Pulmonary Complications: What Does the Recent Evidence Demonstrate?
Cammu G.
→ **Curr Anesthesiol Rep.** 2020 Mar 27:1-6. doi: 10.1007/s40140-020-00388-4. Online ahead of print. PMID: 32421054 Free PMC article. Review

Neuromuscular monitoring, reversal and postoperative residual neuromuscular block: An intradepartmental survey over the years.
Cammu GV, Vlewaels LR, Vandepuut DM, Foubert LA
→ **Anaesth Intensive Care.** 2020 Jan;48(1):73-75. doi: 10.1177/0310057X19897655. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31979984 No abstract available

The effectiveness of electromyographic and acceleromyographic-based neuromuscular monitoring in ventilated ICU patients: A prospective feasibility study.
Lenders J, Bockstaël B, **Cammu G**, De Decker K, Brull SJ.
→ **Eur J Anaesthesiol.** 2020 Oct;37(10):949-950. doi: 10.1097/EJA.0000000000001176. PMID: 32925439 No abstract available

End-tidal to Arterial Gradients and Alveolar Deadspace for Anesthetic Agents.
Peyton PJ, Hendrickx J, Grouls RJE, Van Zundert A, De Wolf A.
→ **Anesthesiology.** 2020 Sep;133(3):534-547. doi: 10.1097/ALN.0000000000003445. PMID: 32784343

Estimating the Impact of Carbon Dioxide Absorbent Performance Differences on Absorbent Cost During Low-Flow Anesthesia.
Feldman JM, Lo C, Hendrickx J.
→ **Anesth Analg.** 2020 Feb;130(2):374-381. doi: 10.1213/ANE.0000000000004059. PMID: 30925559

Cardiologie Cardiovasculaire en thoracale heelkunde

FFRCT and CT perfusion: A review on the evaluation of functional impact of coronary artery stenosis by cardiac CT.
Conte E, Sonck J, Mushtaq S, Collet C, Mizukami T, Barbato E, Tanzilli A, Nicoli F, De Bruyne B, Andreini D.
→ **Int J Cardiol.** 2020 Feb 1;300:289-296. doi: 10.1016/j.ijcard.2019.08.018. Epub 2019 Aug 9

The Impact of Coronary Physiology on Contemporary Clinical Decision Making.
Kogame N, Ono M, Kawashima H, Tomaniak M, Hara H, Lejpsic J, Andreini D, Collet C, Patel MR, Tu S, Xu B, Bourantas CV, Lerman A, Piek JJ, Davies JE, Escaned J, Wijns W, Onuma Y, Serruys PW
→ **JACC Cardiovasc Interv.** 2020 Jul 27;13(14):1617-1638. doi: 10.1016/j.jcin.2020.04.040

Clinical Outcomes Following Coronary Bifurcation PCI Techniques: A Systematic Review and Network Meta-Analysis Comprising 5,711 Patients.
Di Gioia G, Sonck J, Ferenc M, Chen SL, Colaiori I, Gallinoro E, Mizukami T, Kodeboina M, Nagumo S, Franco D, Bartunek J, Vanderheyden M, Wyffels E, De Bruyne B, Lassen JF, Bennett J, Vassilev D, Serruys PW, Stankovic G, Louvard Y, Barbato E, Collet C.
→ **JACC Cardiovasc Interv.** 2020 Jun 22;13(12):1432-1444. doi: 10.1016/j.jcin.2020.03.054. PMID: 32553331

Novel Indices of Coronary Physiology: Do We Need Alternatives to Fractional Flow Reserve?
De Maria GL, Garcia-Garcia HM, Scarisini R, Hideo-Kajitza A, Gonzalo López N, Leone AM, Sarmò G, Daemen J, Shlofmitz E, Jeremias A, Tebaldi M, Bezerra HG, Tu S, Lemus PA, Ozaki Y, Dan K, Collet C, Banning AP, Barbato E, Johnson NP, Walksman R.
→ **Circ Cardiovasc Interv.** 2020 Apr;13(4):e008487. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.119.008487. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32295416 Review

Coronary Microcirculation in Aortic Stenosis: Pathophysiology, Invasive Assessment, and Future Directions.
Zelis JM, Tonino PAL, Pijls NHJ, De Bruyne B, Kirkeide RL, Gould KL, Johnson NP.
→ **J Interv Cardiol.** 2020 Jul 22;2020:4603169. doi: 10.1155/2020/4603169. eCollection 2020. PMID: 32774184 Free PMC article. Review

Validation of the all-comers design: Results of the TARGET-AC study.
G Toth G, Lansky A, Baumbach A, Kelbaek H, van Royen N, Holmvang L, Janssens L, Brugaletta S, Barbato E, Maillard L, Kiemeniej F, Naber CK, Pucher F, Laursen PN, Ameloot K, Robles C, Milkas A, Sevilla J, Jensen C, Wijns W.
→ **Am Heart J.** 2020 Mar;221:148-154. doi: 10.1016/j.ahj.2019.10.019. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31924299

Are CHADS2 and CHA 2DS 2-VASC of value in risk assessment for new-onset post-operative atrial fibrillation?
Smet LM, De Potter T, Heggermont WA.
→ **Intensive Crit Care Nurs.** 2020 Dec;61:102945. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102945. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33129704 No abstract available

Evaluation of epicardial coronary resistance using computed tomography angiography: A Proof Concept.
Mizukami T, Tanaka K, Sonck J, Vandeloop B, Roossens B, Lochy S, Argacha JF, Schoors D, Suzuki H, Belsack D, Andreini D, Barbato E, De Mey J, De Bruyne B, Cosyns B, Collet C.
→ **J Cardiovasc Comput Tomogr.** 2020 Mar-Apr;14(2):177-184. doi: 10.1016/j.jcct.2019.09.004. Epub 2019 Sep 24. PMID: 31812460

Vessel Fractional Flow Reserve and Graft Vasculopathy in Heart Transplant Recipients.
Nagumo S, Gallinoro E, Candreva A, Mizukami T, Monizzi G, Kodeboina M, Verstreken S, Dierckx R, Heggermont W, Bartunek J, Goethals M, Buytaert D, De Bruyne B, Sonck J, Collet C, Vanderheyden M.
→ **J Interv Cardiol.** 2020 Jul 12;2020:9835151. doi: 10.1155/2020/9835151. eCollection 2020. PMID: 32733172 Free PMC article.

Subcutaneous Selatogrel Inhibits Platelet Aggregation in Patients With Acute Myocardial Infarction.
Sinnaeve P, Fahmi G, Schelfaut D, Spirito A, Mueller C, Frenoux JM, Hmissi A, Bernard C, Ufer M, Moccetti T, Atar S, Valgimigli M.
→ **J Am Coll Cardiol.** 2020 May 26;75(20):2588-2597. doi: 10.1016/j.jacc.2020.03.059. PMID: 32439008 Clinical Trial

Quantification of calcium burden by coronary CT angiography compared to optical coherence tomography.
Monizzi G, Sonck J, Nagumo S, Buytaert D, Van Hoe L, Grancini L, Bartorelli AL, Vanhoenaeker P, Simons P, Bladt O, Wyffels E, De Bruyne B, Andreini D, Collet C.
→ **Int J Cardiovasc Imaging.** 2020 Dec;36(12):2393-2402. doi: 10.1007/s10554-020-01839-z. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33205340

Titanium-Nitride-Oxide-Coated Versus Everolimus-Eluting Stents in Acute Coronary Syndrome: The Randomized TIDES-ACS Trial.
Tonino PAL, Pijls NHJ, Collet C, Nammias W, Van der Heyden J, Romppanen H, Kervinen K, Airaksinen JKE, Sia J, Lalmand J, Frambach P, Penaranda AS, De Bruyne B, Karjalainen PP, TIDES-ACS Study Group.
→ **JACC Cardiovasc Interv.** 2020 Jul 27;13(14):1697-1705. doi: 10.1016/j.jcin.2020.04.021. PMID: 32703593 Clinical Trial

ZILVERPASS Study: ZILVER PTX Stent vs Bypass Surgery in Femoropopliteal Lesions.
Bosiers M, Setacci G, De Donato G, Torsello G, Silveira PG, Deloche K, Scheinert D, Veroux P, Hendriks J, Maene L, Keirse K, Navarro T, Callaert J, Eckstein HH, Tebarek J, Giaquinta A, Wauters J.
→ **J Endovasc Ther.** 2020 Apr;27(2):287-295. doi: 10.1177/1526602820902014. Epub 2020 Jan 30. PMID: 31997715 Clinical Trial

CT Perfusion Versus Coronary CT Angiography in Patients With Suspected In-Stent Restenosis or CAD Progression.
Andreini D, Mushtaq S, Pontone G, Conte E, Collet C, Sonck J, D'Errico A, Di Odoardo L, Guglielmo M, Baggiano A, Trabattoni D, Ravagnani P, Montorsi P, Teruzzi G, Olivares P, Fabbicchi F, De Martini S, Calligaris G, Annoni A, Mancini ME, Formenti A, Magatelli M, Consiglio E, Muscoguri G, Lombardi F, Fiorentini C, Bartorelli AL, Pepi M.
→ **JACC Cardiovasc Imaging.** 2020 Mar;13(3):732-742. doi: 10.1016/j.jcmg.2019.05.031. Epub 2019 Aug 14. PMID: 31422127

Treatment of Atrial Fibrillation Using Ablation Index-Guided Contact Force Ablation: A Matching-Adjusted Indirect Comparison to Cryablation Ablation.
Hussein A, Gupta D, De Potter T, Spin P, Eaton K, Goldstein L, Vellica M, Costa G, Grima D, Patel L, Stabile G.
→ **Adv Ther.** 2020 Feb;37(2):785-799. doi: 10.1007/s12325-019-01173-4. Epub 2019 Dec 21. PMID: 31865547 Free PMC article.

Diagnostic Performance of Angiogram-Derived Fractional Flow Reserve: A Pooled Analysis of 5 Prospective Cohort Studies.
Witberg G, De Bruyne B, Fearon WF, Achenbach S, Engstrom T, Matsuo H, Kornowski F.
→ **JACC Cardiovasc Interv.** 2020 Feb 24;13(4):488-497. doi: 10.1016/j.jcin.2019.10.045. Epub 2020 Jan 29. PMID: 32007461

Impact of increased venous pressure on kidney function and mortality in cardiovascular patients with preserved ejection fraction.
Milkas A, Tsioufis K, Koliastasis L, Tsiamis E, Tousoulis D, Bartunek J, Vanderheyden M.
→ **Curr Med Res Opin.** 2020 Mar;36(3):353-359. doi: 10.1080/03007995.2019.1708286. Epub 2020 Jan 6. PMID: 31868029

The association of mechanical dyssynchrony and resynchronization therapy with survival in heart failure with a wide QRS complex: a two-world study.
Stankovic I, Stefanovic M, Prinz C, Clarka A, Daraban AM, Kotrc M, Aarones M, Szulik M, Winter S, Kukulski T, Aakhus S, Willems R, Fehske W, Penicka M, Faber L, Neskovic AN, Voigt JU.
→ **Int J Cardiovasc Imaging.** 2020 Aug;36(8):1507-1514. doi: 10.1007/s10554-020-01865-x. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32356183

Direct Implantation of a Left Atrial Appendage Occluder During Cardiothoracic Surgery.
De Potter T, Ilidromitis KE, Silva Garcia E, Van Praet F.
→ **Ann Thorac Surg.** 2020 Sep;110(3):e227-e229. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.12.055. Epub 2020 Feb 6.

Fractional flow reserve in patients with reduced ejection fraction.
Di Gioia G, De Bruyne B, Pellicano M, Bartunek J, Colaiori I, Fiorideli A, Cancelli G, Xaplanteris P, Fournier S, Katbeh A, Franco D, Kodeboina M, Morisco C, Van Praet F, Casselman F, Degrieck I, Stockman B, Vanderheyden M, Barbato E, Di Gioia G, et al. Among authors: **Van Praet F**.
→ **Eur Heart J.** 2020 May 14;41(17):1665-1672. doi: 10.1093/eurheartj/ehz571. Epub 2020 Jun 20. PMID: 31419282

Reasons for Conversion and Adverse Intraoperative Events in Robotically Enhanced Minimally Invasive Coronary Artery Revascularization.
van der Merwe J, Casselman F, Vermeulen Y, Stockman B, Degrieck I, Van Praet F, van der Merwe J, et al. Among authors: **Van Praet F**.
→ **Innovations (Phila).** 2020 May/June;15(3):251-260. doi: 10.1177/1556984520920724. Epub 2020 May 20. Innovations (Phila). 2020. PMID: 32434406

Mitral Valve Repair of Atrial Functional Mitral Regurgitation in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction.
Balogh Z, Mizukami T, Bartunek J, Collet C, Beles M, Albano M, Katbeh A, Casselman F, Vanderheyden M, Van Camp G, Van Praet F, Penicka M, Balogh Z, et al. Among authors: **Van Praet F**.
→ **J Clin Med.** 2020 Oct 26;9(11):3432. doi: 10.3390/jcm9113432. J Clin Med. 2020. PMID: 33114639 Free PMC article.

Coronary Artery Bypass Grafting or Fractional Flow Reserve-Guided Percutaneous Coronary Intervention in Diabetic Patients With Multivessel Disease.
Di Gioia G, Soto Flores M, Franco D, Colaiori I, Sonck J, Gigante C, Kodeboina M, Bartunek J, Vanderheyden M, Van Praet F, Casselman F, Degrieck I, Stockman B, Barbato E, Collet C, De Bruyne B, Di Gioia G, et al. Among authors: **Van Praet F**.
→ **Circ Cardiovasc Interv.** 2020 Oct;13(10):e009157. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.120.009157. Epub 2020 Feb 37(2):785-799. doi: 10.1007/s12325-019-01173-4. Epub 2019 Dec 21. PMID: 31865547 Free PMC article.

Endocrinologie Diabetologie

Quality of Life and Glucose Control After 1 Year of Nationwide Reimbursement of Intermittently Scanned Continuous Glucose Monitoring in Adults Living With Type 1 Diabetes (FUTURE): A Prospective Observational Real-World Cohort Study.
Charleer S, De Block C, Van Huffel L, Broos B, Fleuws S, Nobels F, Mathieu C, Gillard P.
→ **Diabetes Care.** 2020 Feb;43(2):389-397. doi: 10.2337/dci19-1610. Epub 2019 Dec 16

Estimating the risk of gestational diabetes mellitus based on the 2013 WHO criteria: a prediction model based on clinical and biochemical variables in early pregnancy.
Benhalima K, Van Crombrugge P, Moysen C, Verhaeghe J, Vandeginste S, Verlaenen H, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Mekahli F, De Clippeel K, Van Den Bruel A, Locoufier A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C.
→ **Acta Diabetol.** 2020 Jun;57(6):661-671. doi: 10.1007/s00592-019-01469-5. Epub 2020 Jan 8

Predictors of neonatal adiposity and associations by fetal sex in women with gestational diabetes mellitus and normal glucose-tolerant women.
Benhalima K, De Landtsheer A, Van Crombrugge P, Moysen C, Verhaeghe J, Verlaenen H, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Laenen A, Devlieger R, Minschart C, Mathieu C, Benhalima K, et al. Among authors: **Van Crombrugge P**.
→ **Acta Diabetol.** 2020 Nov 20. doi: 10.1007/s00592-020-01619-0. Online ahead of print. Acta Diabetol. 2020. PMID: 33216207

Positioning sulphonylureas in a modern treatment algorithm for patients with type 2 diabetes: Expert opinion from a European consensus panel.
Consoli A, Czupryniak L, Duarte R, Jermendy G, Kautzky-Willer A, Mathieu C, Melo M, Mosenzon O, Nobels F, Papanas N, Roman G, Schnell O, Sotirioupolous A, Stehouwer CDA, Tack CJ, Woo V, Fadini GP, Raz L, Consoli A, et al. Among authors: **Nobels F**.
→ **Diabetes Obes Metab.** 2020 Oct;22(10):1705-1713. doi: 10.1111/dom.14102. Epub 2020 Jul 5. Diabetes Obes Metab. 2020. PMID: 32476244 Review.

No Evidence of Increased Hospitalization Rate for COVID-19 in Community-Dwelling Patients With Type 1 Diabetes.
Vangoitsenhoven R, Martens PJ, van Nes F, Moysen C, Nobels F, Van Crombrugge P, Wierckx K, Van Pottebergh I, Van Huffel L, Gillard P, Mathieu C, Gantoitsenhoven R, et al. Among authors: **Nobels F**.
→ **Diabetes Care.** 2020 Oct;43(10):e118-e119. doi: 10.2337/dc20-1246. Epub 2020 Jul 9. Diabetes Care. 2020. PMID: 32647055 No abstract available.

Sustained Impact of Real-time Continuous Glucose Monitoring in Adults With Type 1 Diabetes on Insulin Pump Therapy: Results After the 24-Month RESCUE Study.
Charleer S, De Block C, Nobels F, Rademacker RP, Lowyck I, Mullens A, Scariéere D, Spincemalle K, Striway M, Weber E, Taes Y, Vercammen C, Keymeulen B, Mathieu C, Gillard P, RESCUE Trial Investigators. Charleer S, et al. Among authors: **Nobels F**.
→ **Diabetes Care.** 2020 Dec;43(12):3016-3023. doi: 10.2337/dc20-1531. Epub 2020 Oct 16. Diabetes Care. 2020. PMID: 33067260

The 2019 Flemish consensus on screening for overt diabetes in early pregnancy and screening for gestational diabetes mellitus.
Benhalima K, Minschart C, Van Crombrugge P, Galewatt P, Verhaeghe J, Vandamme S, Theetaert K, Devlieger R, Pierssens L, Ryckeghem H, Dufraimont E, Vercammen C, Debie A, De Block C, Vandenberghe G, Van Mitschoot S, Verstraete S, Buyse L, Wens J, Muyldermans J, Meskal A, De Spiegeleer S, Mathieu C, Benhalima K, et al. Among authors: **Van Crombrugge P**.
→ **Acta Clin Belge.** 2020 Oct;75(5):340-347. doi: 10.1080/17843286.2019.1637389. Epub 2019 Jul 1. Acta Clin Belge. 2020. PMID: 31259665

Gastro-enterologie

EBV: not your Everyday Benign Virus.

Ruymbeke H, Schouten J, Sermon F.
— **Acta Gastroenterol Belg.** 2020 Jul-Sep;83(3):485-487. PMID: 33094599

Current practice in approaching controversial diagnostic and therapeutic topics in gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasm management. Belgian multidisciplinary expert discussion based on a modified Delphi method.

Cuyte PJ, Geboes K, Carton S, Casneuf V, Decaestecker J, De Man M, Demolin G, Derouere CM, De Vleeschouwer C, Flamen P, Hendilisz A, Hoorens A, Janssens J, Karfis I, Lybaert W, Machiels G, Monsaert E, Sinapli I, Van Cutsem E, Vandamme T, Borbath I, Verslype C.
— **Acta Gastroenterol Belg.** 2020 Oct-Dec;83(4):643-653. PMID: 33321023

Travel history can make the difference.

Colman S, Cattoir L, Van Vaerenbergh K, De Beenhouwer H, Boel A, Colman S, et al. Among authors: Van Vaerenbergh K.
— **Acta Gastroenterol Belg.** 2020 Apr-Jun;83(2):334-336. Acta Gastroenterol Belg. 2020. PMID: 32603057

Hematologie

GATA2 deficiency and haematopoietic stem cell transplantation: challenges for the clinical practitioner.

Bogaert DJ, Laureys G, Naesens L, Mazure D, De Bruyne M, Hsu AP, Bordon V, Wouters E, Tavernier SJ, Lambrecht BN, De Baere E, Haerynck F, Kerre T.
— **J Haematol.** 2020 Mar;188(5):768-773. doi: 10.1111/bjh.16247. Epub 2019 Nov 11.

Kindergeneeskunde

Congenital enlargement of toes.

Jordens Q, De Maeseneer H, Brems H, Van Gysel D, Jordens Q, et al. Among authors: Van Gysel D.
— **Pediatr Dermatol.** 2020 Sep;37(5):945-946. doi: 10.1111/pde.14309. **Pediatr Dermatol.** 2020. PMID: 32981169 No abstract available.

Skin manifestations of COVID-19 in children: Part 1.

Andina D, Belloni-Fortina A, Bodemer C, Bonifazi E, Chiriac A, Colmenero I, Diociaiuti A, El-Hachem M, Fertitta L, Van Gysel D, Hernández-Martín A, Hübiche T, Luca C, Martos-Cabrera L, Maruani A, Mazzotta F, Akkaya AD, Casals M, Ferrando J, Grimalt R, Grozdev I, Kinsler V, Morren MA, Munisami M, Nanda A, Novoa MP, Ott H, Pasmans S, Salavastru C, Zawar V, Torrelo A; ESPD Group for the Skin Manifestations of COVID-19. Andina D, et al. Among authors: Van Gysel D.
— **Clin Exp Dermatol.** 2020 Nov 12. doi: 10.1111/ced.14481. Online ahead of print. **Clin Exp Dermatol.** 2020. PMID: 33180982

Skin manifestations of COVID-19 in children: Part 2.

Andina D, Belloni-Fortina A, Bodemer C, Bonifazi E, Chiriac A, Colmenero I, Diociaiuti A, El-Hachem M, Fertitta L, Van Gysel D, Hernández-Martín A, Hübiche T, Luca C, Martos-Cabrera L, Maruani A, Mazzotta F, Akkaya AD, Casals M, Ferrando J, Grimalt R, Grozdev I, Kinsler V, Morren MA, Munisami M, Nanda A, Novoa MP, Ott H, Pasmans S, Salavastru C, Zawar V, Torrelo A; ESPD Group for the Skin Manifestations of COVID-19. Andina D, et al. Among authors: Van Gysel D.
— **Clin Exp Dermatol.** 2020 Nov 9. doi: 10.1111/ced.14482. Online ahead of print. **Clin Exp Dermatol.** 2020. PMID: 33166429 Review.

Skin manifestations of COVID-19 in children: Part 3.

Andina D, Belloni-Fortina A, Bodemer C, Bonifazi E, Chiriac A, Colmenero I, Diociaiuti A, El-Hachem M, Fertitta L, Van Gysel D, Hernández-Martín A, Hübiche T, Luca C, Martos-Cabrera L, Maruani A, Mazzotta F, Akkaya AD, Casals M, Ferrando J, Grimalt R, Grozdev I, Kinsler V, Morren MA, Munisami M, Nanda A, Novoa MP, Ott H, Pasmans S, Salavastru C, Zawar V, Torrelo A; ESPD Group for the Skin Manifestations of COVID-19. Andina D, et al. Among authors: Van Gysel D.
— **Clin Exp Dermatol.** 2020 Nov 18:10.1111/ced.14483. doi: 10.1111/ced.14483. Online ahead of print. **Clin Exp Dermatol.** 2020. PMID: 33207021 Free PMC article.

Klinisch laboratorium

Optimization of serologic diagnosis of celiac disease in the pediatric setting.

Bogaert L, Cauchie M, Van Hoovels L, Vermeersch P, Fierz W, De Hertogh G, Hoffman I, Bossuyt X.
— **Autoimmun Rev.** 2020 May;19(5):102513. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102513. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32173515

Current laboratory and clinical practices in reporting and interpreting anti-nuclear antibody indirect immunofluorescence (ANA IIF) patterns: results of an international survey.

Van Hoovels L, Broeders S, Chan EKL, Andrade L, de Melo Cruvineil W, Damoiseaux J, Viander M, Herold M, Coucke W, Heijnen I, Bogdanos D, Calvo-Alén J, Eriksson C, Kozmar A, Kuhl I, Bonroy C, Lauwers B, Schouwers S, Lutterlil L, Vercammen M, Mayer M, Patel D, Egner W, Puolakka K, Tesija-Kuna A, Shoerfeld Y, de Sousa MDR, Hoyos ML, Radice A, Bossuyt X, Van Hoovels L, et al.
— **Auto Immun Highlights.** 2020 Nov 23;11(1):17. doi: 10.1186/s13317-020-00139-9. **Auto Immun Highlights.** 2020. PMID: 33228811

Harmonisation of laboratory tests for rheumatic diseases: still a long way to go.

Van Hoovels L, Bossuyt X, Van Hoovels L, et al.
— **Ann Rheum Dis.** 2020 Jan;79(1):e5. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214696. Epub 2018 Dec 4. **Ann Rheum Dis.** 2020. PMID: 30514700 No abstract available.

Bacteremia and complicated parapneumonic effusion caused by Bordetella holmesii in an elderly patient.

Vancraeynest E, Cattoir L, Van Vaerenbergh K, De Beenhouwer H, Vankeerberghen A, Boel A, Vancraeynest E, et al. Among authors: Van Vaerenbergh K.
— **Acta Clin Belg.** 2020 Feb 3:1-3. doi: 10.1080/17843286.2020.1724448. Online ahead of print. **Acta Clin Belg.** 2020. PMID: 32009598

Longziekten

A Steep Increase in the HeartLogic Index Predicts COVID-19 Disease in an Advanced Heart Failure Patient.

Heggermont W, Nguyen PAH, Lau CW, Tournoy KG.
— **Case Rep Cardiol.** 2020 Jul 11;2020:8896152. doi: 10.1155/2020/8896152. eCollection 2020

A Randomized Open-Label Phase III Trial Evaluating the Addition of Denosumab to Standard First-Line Treatment in Advanced NSCLC: The European Thoracic Oncology Platform (ETOP) and European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) SPLENDOUR Trial.

Peters S, Danson S, Hasan B, Dafni U, Reinmuth N, Majem M, Tournoy KG, Mark MT, Pless M, Cobo M, Rodriguez-Abreu D, Falchero L, Moran T, Ortega Granados AL, Monnet I, Mohoric K, Surenda BM, Betticher D, Demedts I, Macias JA, Cuffe S, Luciani A, Sanchez JG, Curioni-Fontecedro A, Gautschi O, Price G, Coate L, von Moos R, Zielski C, Provenco M, Menis J, Ruepp B, Pochesci A, Roschitzki-Voser H, Besse B, Rabaglio M, O'Brien MER, Stahel RA.
— **J Thorac Oncol.** 2020 Oct;15(10):1647-1656

Medische beeldvorming

Clinical impact of CT coronary angiography without exclusion of small coronary artery segments: a real-world and long-term study.

Logghe Y, Van Hoe L, Vanhoenacker P, Bladt O, Simons P, Kersschot E, Van Mieghem C.
— **Open Heart.** 2020 May;7(1):e01222. doi: 10.1136/openhrt-2019-001222. PMID: 32385115 Free PMC article.

Nefrologie-Hypertensie

Multicenter Randomized Controlled Trial of Vitamin K Antagonist Replacement by Rivaroxaban with or without Vitamin K2 in Hemodialysis Patients with Atrial Fibrillation: the Valkyrie Study.

De Vriese AS, Caluwé R, Pyfferoen L, De Bacquer D, De Boeck K, Delanote J, De Surgeloose D, Van Hoenacker P, Van Vliem B, Verbeke F, De Vriese AS, et al. Among authors: Van Vliem B.
— **J Am Soc Nephrol.** 2020 Jan;31(1):186-196. doi: 10.1681/ASN.2019060579. Epub 2019 Nov 8.
— **J Am Soc Nephrol.** 2020. PMID: 31704740 Free PMC article. Clinical Trial.

Orthopedie

Functional Outcomes of Arthroscopic Partial Meniscectomy Versus Physical Therapy for Degenerative Meniscal Tears Using a Patient-Specific Score: A Randomized Controlled Trial.

Noorduyn JCA, Glastra van Loon T, van de Graaf VA, Wiligenburg NW, Butter JK, Scholten-Peeters GGM, Coppeters MW, Poolman RW; ESCAPE Research Group, Scholtes VAB, Mutsaerts ELAR, Krijnen MR, Moojen DJF, van Deurzen DFP, Bloembergen CH, Wolkenfelt J, de Gast A, Snijders T, Saris DBF, Wolterbeek N, Neeter C, Kerkhoffs GMMJ, Peters RW, van den Brand ICJB, de Vos-Jakobs S, Spoor AB, Gosens T, Rezaie W, Hofstee DJ, Burger BJ, Haverkamp D, Vervest AMJS, van Rheeën TA, Wjstbeek AE, van Arkel ERA, Thomassen BJW, Sprague S, van Tulder MW, Schavemaker M, van Dijk R, van der Kraan J, Noorduyn JCA, et al. Among authors: Rezaie W.
— **Orthop J Sports Med.** 2020 Oct 29;8(10):2325967120954392. doi: 10.1177/2325967120954392. eCollection 2020 Oct.
— **Orthop J Sports Med.** 2020. PMID: 33195707

Urologie

Underestimation of Positron Emission Tomography/Computerized Tomography in Assessing Tumor Burden in Prostate Cancer Nodal Recurrence: Head-to-Head Comparison of 68Ga-PSMA and 11C-Choline in a Large, Multi-Institutional Series of Extended Salvage Lymph Node Dissections.

Fossati N, Scarcella S, Gandaglia G, Suardi N, Robesti D, Boeri L, Karnes RJ, Heidenreich A, Pfister D, Kretschmer A, Buchner A, Stief C, Battaglia A, Joniau S, Van Poppel H, Osmonov D, Juenemann KP, Shariat S, Hleiser A, Nini A, Albers P, Tilki D, Graefen M, Gill IS, Mottrie A, Galosi AB, Montorsi F, Briganti A.
— **J Urol.** 2020 Aug;204(2):296-302. doi: 10.1097/JU.0000000000000800. Epub 2020 Feb 18.

Robotic partial nephrectomy vs minimally invasive radical nephrectomy for clinical T2a renal mass: a propensity score-matched comparison from the ROSULA (Robotic Surgery for Large Renal Mass) Collaborative Group.

Bradshaw AW, Autorino R, Simone G, Yang B, Uzzo RG, Porpiglia F, Capitanio U, Porter J, Bertolo R, Minervini A, Lau C, Jacobssohn K, Ashrafi A, Eun D, Mottrie A, White WM, Schips L, Challacombe BJ, De Cobelli O, Mir CM, Veccia A, Larcher A, Kutikov A, Aron M, Dasgupta P, Montorsi F, Gill IS, Sundaram CP, Kaouk J, Derweesh IH.
— **BJU Int.** 2020 Jul;126(1):114-123. doi: 10.1111/bju.15064. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32232920

Selecting the Most Appropriate Oncological Treatment for Patients with Renal Masses During the COVID-19 Pandemic: Recommendations from a Referral Center.

Moschovas MC, Mazzone E, Pulatti S, Mottrie A, Patel V.
— **Eur Urol Focus.** 2020 Sep 15;6(5):1130-1131. doi: 10.1016/j.euf.2020.05.005. Epub 2020 May 22. PMID: 32475783 Free PMC article. No abstract available.

Robotic partial nephrectomy versus radical nephrectomy in elderly patients with large renal masses.

Veccia A, Dell'oglio P, Antonelli A, Minervini A, Simone G, Chalacombe B, Perdonà S, Porter J, Zhang C, Capitanio U, Sundaram CP, Cacciari AM, Aron M, Anele U, Campioni LJ, Simeone C, De Naeayer G, Bradshaw A, Mari A, Hampi R, Carini M, Fiori C, Gallucci M, Jacobssohn K, Eun D, Lau C, Kaouk J, Derweesh I, Porpiglia F, Mottrie A, Autorino R.
— **Minerva Urol Nefrol.** 2020 Feb;72(1):99-108. doi: 10.23736/S0393-2249.19.03583-5. Epub 2019 Sep 13. PMID: 31527571

Surgical quality, cancer control and functional preservation: introducing a novel trifecta for robot-assisted partial nephrectomy.

Brassetti A, Anceschi U, Bertolo R, Ferrero M, Tuderti G, Capitanio U, Larcher A, Garisto J, Antonelli A, Mottrie A, Minervini A, Dell'oglio P, Veccia A, Amparore D, Flammia RS, Mari A, Porpiglia F, Montorsi F, Kaouk J, Autorino R, Carini M, Gallucci M, Simone G.
— **Minerva Urol Nefrol.** 2020 Feb;72(1):82-90. doi: 10.23736/S0393-2249.19.03570-7. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31833720

Comprehensive long-term assessment of outcomes following robot-assisted partial nephrectomy for renal cell carcinoma: the ROME's achievement and its predicting nomogram.

Brassetti A, Anceschi U, Bertolo R, Ferrero M, Tuderti G, Costantini M, Capitanio U, Larcher A, Antonelli A, Mottrie A, Minervini A, Dell'oglio P, Veccia A, Amparore D, Flammia

RS, Lombardo R, De Nunzio C, Benecchi L, Mari A, Porpiglia F, Montorsi F, Kaouk J, Autorino R, Gallucci M, Simone G.
— **Minerva Urol Nefrol.** 2020 Aug;72(4):482-489. doi: 10.23736/S0393-2249.20.03813-8. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32298069

Predicting intra-operative and postoperative consequential events using machine-learning techniques in patients undergoing robot-assisted partial nephrectomy: a Vattikuti Collective Quality Initiative database study.

Bhandari M, Nallabasanagari AR, Reddiboina M, Porter JR, Jeong W, Mottrie A, Dasgupta P, Challacombe B, Abaza R, Rha KH, Parekh DJ, Ahlawat R, Capitanio U, Yuvaraja TB, Rawal S, Moon DA, Buffi NM, Sivaraman A, Maes KK, Porpiglia F, Gautam G, Turkeri L, Meyyazhgan KR, Patil P, Menon M, Rogers C.
— **BJU Int.** 2020 Sep;126(3):350-358. doi: 10.1111/bju.15087. Epub 2020 May 18. PMID: 32315504

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

Dr. Barbato Emanuele (Cardiologie) - Dr. Bartunek Jozef (Cardiologie) - Dr. Boel An (Klinisch Laboratorium) - Dr. Bladt Olivier (Medische Beeldvorming) - Dr. Cammu Guy (Anesthesiologie) - Dr. Casselman Filip (Cardiovasculaire en thoracale heekkunde) - Dr. Casneuf Veerle (Gastro-enterologie) -Dr. Cattoir Lien (Klinisch Laboratorium) - Dr. Collet Carlos (Cardiologie) - Dr. De Beenhouwer Hans (Klinisch Laboratorium) - Dr. De Decker Koen (Anesthesie) - Dr. De Bruyne Bernard (Cardiologie) - Dr. De Potter Tom (Cardiologie) - Dr. Degrieck Ivan (Cardiovasculaire en thoracale heekkunde) - Dr. Dierckx Riet (Cardiologie) - Dr. Foubert Luc (Anesthesie) - Dr. Gillarin Jean-Pierre (Algemene heekkunde) - Dr. Goethals Marc (Cardiologie) - Dr. Heggermont Ward (Cardiologie) - Dr. Hendrickx Jan (Anesthesiologie) Dr. Kersschot Eric (Medische Beeldvorming) - Dr. Maene Lieven (Cardiovasculaire en thoracale heekkunde) - Dr. Magmadov Khozh (Algemene heekkunde) - Dr. Mottrie Alex (Urologie) - Dr. Nguyen H. (Pneumologie) - Dr. Nobels Frank (Endocrinologie-Diabetologie) Dr. Penicka Martin (Cardiologie) - Dr. Rezaie Wahid (Orthopedie) - Dr. Schelfaut Dan (Cardiologie) - Dr. Sermon Filip (Gastro-enterologie) Dr. Simons Philip (Medische beeldvorming) - Dr. Sonck Jeroen (Cardiologie) - Dr. Stockman Bernard (Cardiovasculaire en thoracale heekkunde) - Dr. Tournoy K. (Pneumologie) - Dr. Van Camp Guy (Cardiologie) - Dr. Van Crombrugge Paul (Endocrinologie) - Dr. Van Gysel Dirk (Kindergeneeskunde) - Dr. Van Hoe Lieven (Medische Beeldvorming) - Dr. Van Hoovels Lieve (Klinisch Laboratorium) - Dr. Van Huffel Liesbet (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Van Pottelbergh Inge (Endocrinologie - Diabetologie) - Dr. Van Praet Frank (Cardiovasculaire en thoracale heekkunde) - Dr. Van Slycke Sam (Algemene heekkunde) - Dr. Van Vaerenbergh Kristine (Klinisch Laboratorium) - Dr. Van Vliem Bruno (Nefrologie) - Dr. Vandeginste Sofie (Gynaecologie) - Dr. Vandeput Dirk (Anesthesiologie) - Dr. Vanderheyden Marc (Cardiologie) Dr. Vanhoenacker Piet (Medische Beeldvorming) - Dr. Vercauter Piet (Pneumologie) - Dr. Verlaenen Hilde (Gynaecologie) - Dr. Wierckx Katrien (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Wouters Eric (Hematologie) - Dr. Wyffels Eric (Cardiologie)

Voor het derde opeenvolgende jaar maakt het gerenommeerde nieuwsmagazine Newsweek samen met het dataverwerkingsbedrijf Statista Inc. een rangschikking van de 2000 beste ziekenhuizen ter wereld. De lijst omvat ziekenhuizen uit 25 landen die - dixit Newsweek - "opvallen door hun consistente uitmuntendheid, zowel door onderscheiden artsen, top in verpleegkundige zorg en state-of-the-art technologie." Newsweek vervolgt: "deze rangschikking van de World's Best Hospitals 2021 kan u helpen om u gerust te voelen bij het maken van een kritische keuze over gezondheidszorg."

Het OLV Ziekenhuis maakt deel uit van de Top Vijf voor België, als eerste niet-universitaire ziekenhuis. Meer info: <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2021/belgium>.



Artsenkorps OLV Ziekenhuis

Wijzigingen in de periode van 1 november 2019 t.e.m. 31 januari 2021

Verwelkoming

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

Anesthesiologie/Intensieve zorg/ Urgentiegeneeskunde

- Dr. Geertrui Leenders, stafid
- Dr. Lien Torisaen, stafid
- Dr. Tom Van Zundert, resident
- Dr. Huybrechts, resident
- Dr. Sara Buys, resident
- Dr. Hannelore Raemen, toegelaten arts

Cardiologie

- Dr. Barbato Emanuele, stafid (terugkeer na sabbatical)
- Dr. Thomas Castelein, stafid
- Dr. Ellie Senesael, resident
- Dr. Hannes Van Acker, toegelaten arts
- Dr. Liesbeth Rosseel, toegelaten arts

Cardiovasculaire en thoracale heelkunde

- Dr. Isabel Bouckennooghe, stafid

Fysische geneeskunde & Revalidatie

- Dr. Wouter Mistiaen, stafid

Gastro-enterologie

- Dr. Evelien Christiaens, resident
- Dr. Sofie Gossé, resident

Gynaecologie-Verloskunde

- Dr. Eline Scheire, stafid

Kindergeneeskunde

- Dr. Lore Lien Roels, stafid
- Dr. Helen Franckx, toegelaten arts (was al resident)
- Dr. Samantha Jeen, resident

Kinder- en jeugdpsychiatrie

- Dr. Joni Roelandt, stafid

Longziekten

- Dr. Nguyen Pham Anh Hong, stafid (voorheen al toegelaten arts)

Mond-, Keel- en Aangezichtsheelkunde

- Dr. Jasper Fransen, resident

Neurologie

- Dr. Kaat Guldolf, resident

Neus-, Keel- en Oorziekten

- Dr. Els De Schryver, stafid
- Dr. Benedicte Verhaeghe, stafid
- Dr. Stijn Halewyck, toegelaten arts

Oftalmologie

- Dr. Joris Vander Mijnsbrugge, resident

Orthopedie

- Dr. Sebastian Faict, stafid (was eerder al resident)

Plastische heelkunde

- Dr. Dries Opsomer, stafid

Psychiatrie

- Dr. Rick Roels, resident

Urgentiegeneeskunde

- Dr. Francis Ryckaert, toegevoegd arts

Urologie

- Dr. Ralf Veys, resident

Aanstelling tot diensthoofd

- Dr. Anne-Catherine Vijverman, diensthoofd Neurologie
- Dr. Marie Cosco, diensthoofd Psychiatrie
- Dr. Koen De Decker, diensthoofd Intensieve zorg
- Dr. Els De Schryver, diensthoofd Neus-, Keel- en Oorziekten



Dr. Vijverman



Dr. Cosco

Pensioen

- Dr. Francis Cooreman, stafid Cardiovasculaire en thoracale heelkunde
- Dr. Johan Franckx, stafid Pediatrie Asse
- Dr. José Coddens, stafid Anesthesiologie
- Dr. Jan Verbeke, diensthoofd Intensieve zorg



Dr. De Decker



Dr. De Schryver

Vertrek

De hieronder vermelde stafleden, senior artsen, residenten en toegelaten of toegevoegde artsen hebben in de voorbije periode hun werkzaamheden in het OLV Ziekenhuis beëindigd.

- Dr. Ruben Roose, resident Medische beeldvorming
- Dr. Nicolas Geurts, toegelaten arts Urologie
- Dr. Marc Vandervoort, toegelaten arts Plastische heelkunde
- Dr. Carine Van den Borre, stafid Pediatrie Asse
- Dr. Els Van Rossem, toegelaten arts pediatrie
- Dr. Joris Bleyen, toegelaten arts Neurochirurgie
- Dr. Ian Buyschaert, toegelaten arts Cardiologie
- Dr. Eric Feron, toegelaten arts Oftalmologie
- Dr. Isabeau Hermie, resident Medische beeldvorming
- Dr. Wah Lau Chirik, resident Cardiologie
- Dr. Ronald Roelandt, toegelaten arts Urologie
- Dr. Maarten Sustronck, stafid Anesthesiologie
- Dr. Tom Vandekerckhove, toegelaten arts Urologie



Dr. Cooreman



Dr. Franckx



Dr. Coddens



Dr. Verbeke



Dr. Sam Van Slycke haalt PhD

Hierbij wensen wij Dr. Sam Van Slycke, stafid van de dienst Algemene heelkunde van het OLV Ziekenhuis, te feliciteren met het behalen van een PhD (doctoraat) aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen van de Universiteit Gent. Onder het mentorschap van Prof. Dr. Nele Brusselaers en Em. Prof. Dr. Hubert Vermeersch diende dokter Van Slycke een thesis in met als titel "New Advancements in Thyroid Surgery" (nieuwe evoluties in schildklierchirurgie), die hij op 8 december laatstleden met succes heeft verdedigd. Hiermee bevestigt dokter Van Slycke nogmaals zijn expertise en reputatie op het vlak van schildklierchirurgie. Van harte gefeliciteerd!

De thesis van Dr. Van Slycke is te vinden op onze website (<https://www.olvz.be/nl/nieuws/dr-sam-van-slycke-behaalt-phd-met-thesis-advancements-in-thyroid-surgery>)

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

