

ZOLARIUM

Tijdschrift
Toelating - Gesloten verpakking
3500 Hasselt 1 - n° 12/2726

België-Belgique
P.B.
3500 Hasselt 1
12/2726

Afgifteloket: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad
Ziekenhuis Oost-Limburg, Schiepse Bos 6, 3600 Genk

Jaargang 5 - nr. 18 - oktober / december 2005
Verschijnt driemaandelijks



DOSSIER

Hyperbare zuurstofkamer

Colofon

Redactie en samenstelling:
Grete Bollen

Werken mee:
Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Jan Indestege
Dr. Nicolas Verhelle
Dr. Luc Verresen
De Ward Schrooten

Redactieadviesraad:
dr. Hubert Vandeput
dr. Jan De Koster
dr. Eric De Jonge
dr. Willem Ombelet
dr. Luc Verresen
dr. Johan Van Robays
dr. Hugo Daniëls
dr. Jef De Bie

Foto's:
Mine Dalemans

Vormgeving:
ONAR

3 Edito
Grootse plannen???

4-8 Dossier
Hyperbare zuurstoftherapie van start
NKO-duikongevallen

9-15 In de kijker
Multidisciplinair pijncentrum
Overzicht activiteiten Plastische Heelkunde

16-17 Eponiemenkabinet
Alois Alzheimer (1864-1915)



**Augusta Deter,
de eerste
Alzheimer patiënte**

18-20 Beleid
Rapport patiëntveiligheid

21 De dissectiekamer
Verstrooid

22-23 Symposium
Endocrino@zol.be

24-26 In de wachtkamer
Zout in een ander daglicht

27-30 Billboard

31 Kort
Nieuwe geneesheren
Erkenning multidisciplinaire voetkliniek

Verantwoordelijke uitgever: dr. H. Vandeput, hoofdgeneesheer ZOL
Schiepse Bos 6 - B-3600 Genk

Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.



Dr. Vandeput

Grootse plannen???

IN de loop van een werkjaar zijn er klassiek een aantal vaste patronen te herkennen waar bepaalde activiteiten worden ondernomen met een strategisch karakter. Denk maar aan het eerste kwartaal waar vooral wordt teruggeblikt op het voorbije jaar en een aantal evaluaties worden gemaakt. Welnu, in deze tijd van het jaar wordt het komende jaar voorbereid. Budgetten worden opgemaakt en vooral beleidsplannen worden uitgewerkt.

Het Ziekenhuis Oost-Limburg gaat zijn tweede jaar tegemoet van een vijfjarenplan rond patiëntveiligheid. Deze patiëntveiligheid integreren als wezenlijk onderdeel van kwaliteitsvolle patiëntenzorg is onze topprioriteit.

In het lopende jaar zijn er intussen heel wat inzichten verworven. Enerzijds vanuit de literatuur waar tussen de overvloed aan beschikbare artikels heel wat waardevolle en praktisch bruikbare inzichten worden aangereikt. Anderzijds vanuit onze eigen cultuurmeting die zowel wat betreft omvang als inhoudelijke aspecten een rijkdom aanlevert die wij in onze stoutste dromen niet hadden durven vermoeden.

Maar misschien moeten wij niet eens grootse plannen smeden. Immers bij nader toezien en bij een eerste overzicht van onze meting, komen zoveel basale aandachtspunten uit onze dagdagelijkse werking naar voor dat we meer dan onze handen vol hebben als we het eenvoudige motto vooropstellen: wat we doen, doen we goed en vooral doen we telkens met aandacht voor de veiligheid van onze patiënt.

Eenvoudige voorbeelden met zeer veel impact zijn onder andere het medicatievoorschrift en het overdragen van de patiënt binnen het ziekenhuis tussen afdelingen. Een elektronisch medisch dossier kan een hulpmiddel zijn maar houdt minstens evenveel risico's in.

Op deze manier patiëntveiligheid inbouwen in de bedrijfscultuur van ons ziekenhuis en iedereen van hoog tot laag in de organisatie overtuigen van zijn betrokkenheid, is ons vooropgesteld doel voor volgend jaar.

Dr. Hubert Vandeput, Medisch directeur

Zuurstof als

In het najaar wordt de hyperbare zuurstofkamer van het ZOL in gebruik genomen. Het gaat om een caisson van 60 ton die plaats biedt aan 14 personen en ruimte heeft voor vier intensieve bedden. Dr. Sven Van Poucke, anesthesioloog en specialist in de hyperbare geneeskunde, werd aangetrokken om de therapie op te starten.

Grete Bollen

HYPERBARE Zuurstoftherapie (HBOT) is een behandeling waarbij patiënten zuivere zuurstof inademen in een omgeving waar de druk hoger is dan de atmosferische druk. De behandelingsdruk is vergelijkbaar met de druk die een duiker ondervindt op ongeveer 15 meter diepte. Door de therapie zal de hoeveelheid opgeloste zuurstof in het plasma aanzienlijk toenemen. Soms kan men zelfs een zuurstofspanning van 250 mmHg halen. De indicaties voor de toediening van de therapie worden ingedeeld in chronische en acute indicaties.

Dr. Sven Van Poucke: “In het ZOL zal de therapie vooral gebruikt worden voor enerzijds koolstofmonoxidevergiftiging en anderzijds chronische wonden of aandoeningen waar wondproblemen of zuurstof centraal staan en/of waar een infectie aanwezig is die door chirurgie en antibioticatherapie alleen niet bestreden kan worden. We denken bijvoorbeeld aan een chronische botbesmetting.”

Jarenlang was de behandeling van duikongevallen de enige toepassing. Later werd de hyperbare zuurstofkamer ook gebruikt in de hartchirurgie. Die laatste toepassing is volledig weggefallen. De hyperbare zuurstoftherapie richt zich nu meer en meer op weefselherstel.

Dr. Sven Van Poucke: “Er zijn tal van processen in het lichaam die zuurstofafhankelijk zijn: bindweefselvorming, littekenvorming, nieuwe bloedvatvorming. Daarnaast kenmerken veel aandoeningen zich door een tekort aan zuurstof of door slechte bloedvaten. Zo bijvoorbeeld een diabetische voet of diabetisch vaatlijden. Door het vaatlijden kan de patiënt een ulcus ontwikkelen. Hij heeft ook een gewijzigde ontstekingsreactie, een slechte mobiliteit van de gewrichten en een slecht zenuwstelsel, zodanig dat hij eventuele wondjes minder goed voelt. Deze problemen leiden tot een tekort aan zuurstof in de huid en onderhuid.”

“Hetzelfde verhaal geldt voor patiënten met een aantasting van het kaakbeen als gevolg van osteoradionecrose. Het gaat hier om



Dr. Sven Van Poucke

Foto MD

kankerpatiënten die na radiotherapie en een operatie geconfronteerd worden met een slecht helende wonde. Hier kan hyperbare zuurstoftherapie meestal een oplossing bieden.”

“Samengevat beïnvloedt hyperbare zuurstof de collageenafzetting, de angiogenese en de bacteriële klaring. HBOT is zinvol bij chronisch wonden die maandenlang open blijven en weinig zuurstof bevatten. Maar het is geen wondermiddel. Men moet zeer nauwgezet de patiënten selecteren. Vandaar dat enige expertise hierin absoluut vereist is.”

Er zijn een aantal indicaties waarover de medische wereld het eens is dat ze behandelbaar zijn met hyperbare zuurstoftherapie (zie kader). Toch hebben sommige medici nog steeds hun twijfels.

Dr. Sven Van Poucke: “In de jaren zeventig werd hyperbare zuurstoftherapie toegepast voor heel wat aandoeningen. Dat heeft de geloofwaardigheid aangetast. Maar met de verdere ontwikkeling van de celbiologie werd de invloed van zuurstoftherapie duidelijk. Nu wordt de therapie in brede medische kringen aanvaard.”

“De huidige discussie – maar die bestaat ook voor heel wat andere behandelingen – betreft de graad van evidentie van de behandeling. Hoe evidence-based is hyperbare zuurstoftherapie? Men schat dat 20 tot 30% van het medisch handelen van artsen evidence-based

medicijn

is. Over vele andere behandelingen bestaat er een consensus. Zo bijvoorbeeld een ontstoken appendix: hierover bestaat een 100% consensus dat die moet geopereerd worden.”

“Over hyperbare geneeskunde bestaan er klinische studies die een aantal indicaties verklaren naar evidentie. Er zijn ook een aantal indicaties waar een consensus over bestaat, bv over de behandeling van een decompressieongeval. Over nieuwe indicaties die hyperbaar behandeld worden, is men terecht zeer kritisch.”

“Maar het blijft een groeiproces. Mensen kennen de therapie niet en baseren zich bijvoorbeeld op verhalen uit de roddelpers over Michael Jackson, die in een hyperbare kamer heeft gezeten om zichzelf te ‘zuiveren’.”

“Heel vreemd is dat de acceptatie van een wetenschappelijke therapie niet enkel steunt op de wetenschappelijke bewijsvoering ervan maar op de professionaliteit waarmee men met de therapie omgaat. Zuurstof is een vrij exotische substantie. Ze komt overal voor maar heel wat aandoeningen hebben te maken met zuurstoftekort. Gebrekkige haargroei bijvoorbeeld kan te maken hebben met een (lokaal) tekort aan zuurstof. Maar ik hoef voor mijn kaalhoofdigheid niet in de hyperbare kamer te gaan zitten. Men zou inderdaad heel ver in de toepassingen kunnen gaan. Maar de enige manier om de therapie zijn waarde te laten behouden of te doen toenemen, is de patiënten op een zeer professionele manier te selecteren en daarbij je eigen handeling als arts te relativiseren. Hiermee bedoel ik dat je bijvoorbeeld een diabetespatiënt geen therapie weigert omdat zijn ziekte desondanks zal blijven voortschrijden. Als een patiënt zijn teen verliest, is de kans groot dat hij later ook zijn voet zal kwijt raken. Maar met de therapie kan je zijn levenskwaliteit verhogen en daar gaat het om.”

Hoe zullen jullie met de vragen omgaan in het ZOL?

Dr. Sven Van Poucke: “Professionaliteit is zeer belangrijk. De associatie Anesthesie van het ZOL neemt deze zeer au sérieux. De hyperbare zuurstoftherapie zal op een gefundeerde manier geplaatst worden tussen alle andere specialiteiten. De kamer staat op de Spoedgevallendienst maar hij zal met heel veel specialiteiten in aanraking komen: vaatchirurgie, endocrinologie, mond- en kaakchirurgie, intensieve zorgen, plastische heelkunde, NKO enz. Heel wat van de problemen die behandeld zullen worden, zijn gebaseerd op eenzelfde fundamentele problematiek, namelijk een tekort aan zuurstof.”

Hoe weet men of er een zuurstoftekort is in een wonde?

Dr. Sven Van Poucke: “We kunnen dit meten via een transcutane zuurstofspanning meting. Via de zogenaamde ‘oxygen challenge test’ zien we of zuurstoftherapie nuttig kan zijn voor een bepaalde wonde. Als de zuurstof stijgt na de behandeling weten we ook dat de behandeling aanslaat. Dat is een grote stap vooruit in de hyperbare geneeskunde.” •

PRAKTISCH

Sessies duren ongeveer 2 uur. De frequentie is afhankelijk van het soort wonden. Probleemwonden vragen een tweetal sessies per dag gedurende enkele weken.

Indicaties:

Type 1: decompressie ongeval, koolstofmonoxide intoxicatie, gasembolie, anaërobe of gemengde bacteriële weke weefsel infecties, brandwonden geassocieerd met koolstofmonoxide intoxicatie

Type 2: osteoradionecrose, weke weefsel radionecrose (bv. Radiocystitis, uitgezonderd radionecrose van de darm, preventieve behandeling voor tandextractie in bestraald of osteonecrotisch bot, crush en compartment syndromen, gecompromitteerde enten en flappen, transcutane zuurstofspanningmeting als index voor definitie van indicatie en evolutie van behandeling, brandwonden groter dan 20% van lichaamsoppervlakte en 2de graads of meer, plotse doofheid, chronisch kritische ischemie bij diabetische voetwonden, chronisch kritische ischemie bij arteriosclerotische patiënten, chronische refractaire osteomyelitis, craniale en sternale osteomyelitis,

Type 3: post-vasculaire chirurgie reperfusie syndroom, reïmpantatie van traumatisch geamputeerde lidmaten, post-anoxische encephalopathie, acute oftalmologische ischemie, radiatie myelitis – gastrointestinale radiatiepathologie

Contra-indicaties:

Absolute contra-indicaties: onbehandelde pneumothorax, behandeling met cis-platinum, disulfiram, bleomycine, adriamycine.

Relatieve contra-indicaties: chronische sinusitis, bovenste luchtweginfecties, emfyseem, hoge koorts, anamnese van pneumothorax, thoracale heelkunde, otosclerose, ...

Bijwerkingen:

Hyperbare zuurstof is een medicijn met beperkingen en bijwerkingen. De patiënt leert vooraf enkele truuks zoals slikken, kauwen of geeuwen om zich aan te passen aan de drukverhoging. Zodra de druk stabiel is, merkt de patiënt geen verschil meer. Een verpleegkundige begeleidt de patiënten tijdens de therapie.

Soms komen duizeligheid, misselijkheid en een tijdelijke achteruitgang van het gezichtsvermogen voor. Ook mogelijk zijn hoesten, pijn op de borst en kortademigheid.

Risicovolle therapie?

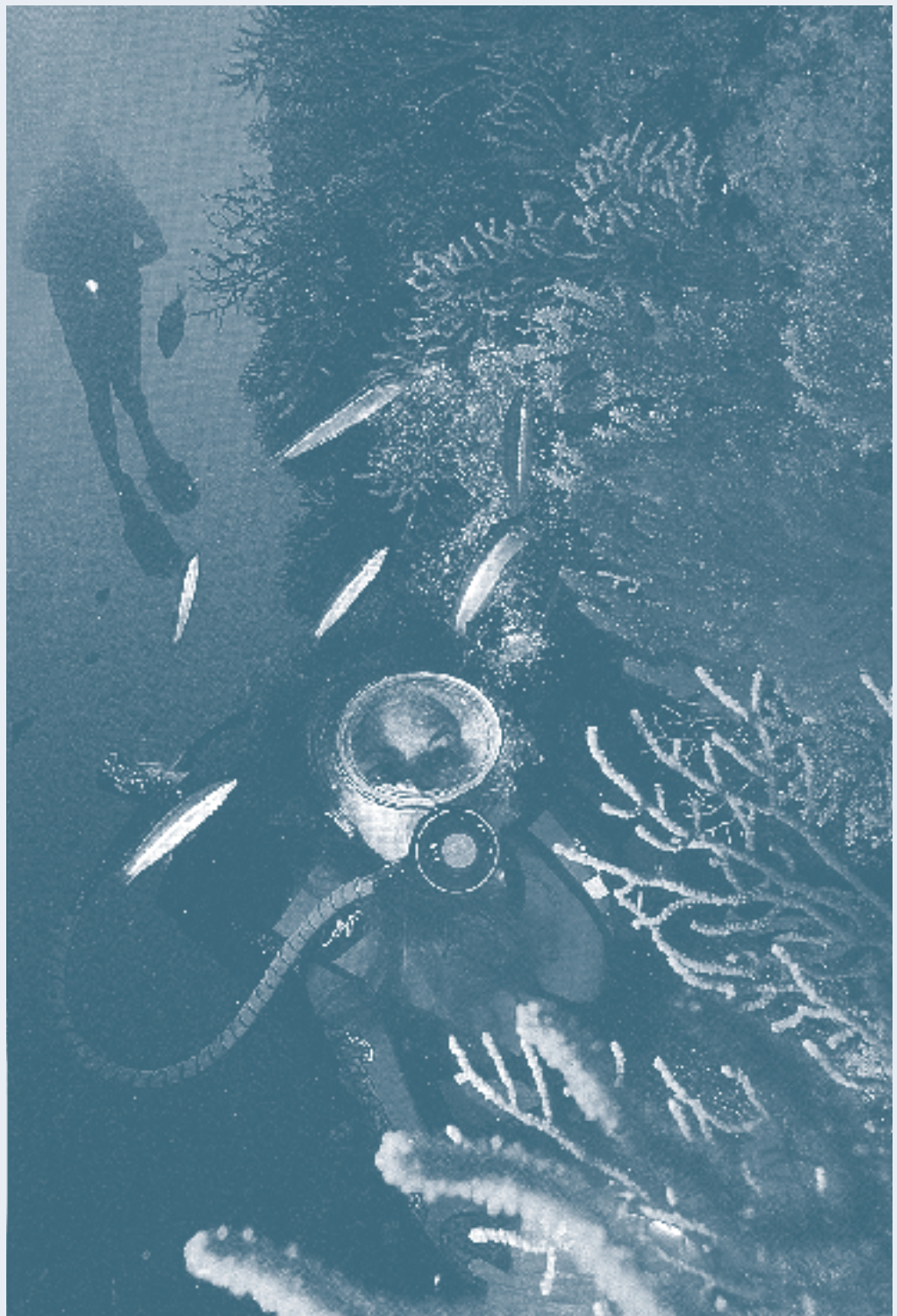
Mits professionaliteit naar indicatiestelling en veiligheid is het een zeer veilige therapie met in bepaalde domeinen een meerwaarde in de totale aanpak van een aandoening.

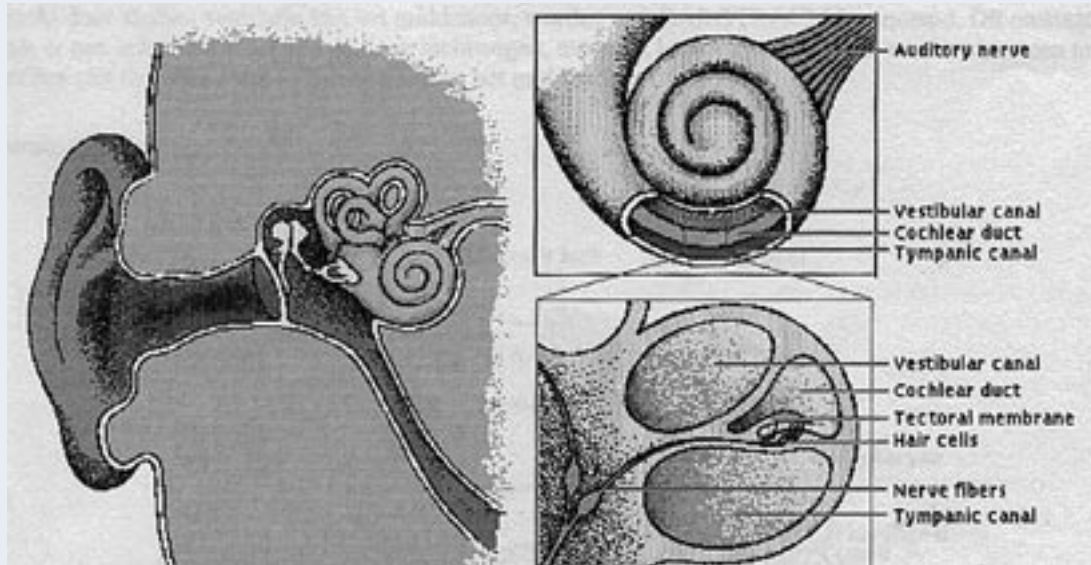
De hyperbare tank in het ZOL is 24 op 24 u beschikbaar voor acute indicaties.

Duik in het binnenoor

Heel wat Neus-Keel-Oor-pathologie (NKO) is gebaat met hyperbare zuurstoftherapie. Studies beschrijven gunstige effecten bij onder andere plotse doofheid en anaërobe weke weefselinfecties.

Dr. Jan Indesteege, NKO





Het middenoor

TER inleiding: in normale omstandigheden bedraagt de luchtdruk 1 Bar. In een hyperbare zuurstofkamer kan 2,5 keer de normale atmosferische druk worden bereikt (2,5 Bar). Het gevolg hiervan is dat het zuurstofgehalte in de weefsels veel hoger is. Belangrijk bij de behandeling in de hyperbare zuurstofkamer is dat de patiënt - net als bij het duiken overigens - zijn oren kan klaren. Immers, bij het op druk brengen van de tank dient de druk in het middenoor ook te stijgen, zoniet ontstaat pijn tengevolge van het uitrekken van het trommelvlies. Dit kan zelfs leiden tot een trommelvliesperforatie met gehoorverlies. Normaal volstaat het om regelmatig te slikken om de buis van Eustachius even te openen en zo de druk in het middenoor te egaliseren. Indien dit niet lukt is er nog het Valsalva manoeuvre waarbij je met gesloten neus en mond moet persen. Zo ontstaat er een verhoogde druk ter hoogte van de nasopharynx en wordt er vooralsnog lucht in het middenoor geperst. Als ook dit niet lukt, kan er door de NKO-arts een ventilatiebuisje in het trommelvlies worden geplaatst zodat de hyperbare zuurstoftherapie verder probleemloos gevolgd kan worden.

Praktische nut

Wat is het praktische nut van hyperbare zuurstoftherapie voor NKO-pathologie?

Hieromtrent zijn de laatste jaren heel wat studies verschenen. In functie van de druk die in een hyperbare zuurstofkamer wordt bereikt, krijg je een verhoging van 200 tot zelfs 500% van het zuurstofgehalte in het binnenoor. Zo zijn er gunstige effecten van hyperbare zuurstof beschreven bij :

- barotrauma (labyrintcontusie, decompressieziekte van het binnenoor)
- osteomyelitis, osteonecrose in NKO-gebied
- gehoorsverlies (acuut akoestisch trauma, plotse doofheid, post-operatief gehoorsverlies, idiopathisch retrocochleair gehoorsverlies, otitis externa maligna, tinnitus, vertigo)
- anaërobe weke weefselinfecties

Plotse doofheid

Alles bespreken is niet mogelijk. Wel zou ik willen ingaan op plotse doofheid (SSNHL, Sudden Sensori Neural Hearing Loss). Te vermelden is dat 4 tot 20 personen op 100.000 per jaar te maken krijgen met plotse doofheid. Pathofysiologisch is hier vaak geen duidelijke oorzaak. Men vermoedt dat het hier gaat om een doorbloedingsstoornis van de cochlea op basis van vasculaire of haemathologische afwijkingen (embolie, bloeding, vaatspasmen, anoxie, atherosclerose). Ook een auto-immuunproces of een virale infectie kan hier meespelen.

Klinisch betreft het meestal een éénzijdig gehoorverlies dat binnen enkele minuten tot enkele uren of dagen kan optreden. Vaak ondervindt de patiënt eerst een drukgevoel in het oor, een lichte vorm van oorsuizen met daarbij gehoorverlies van het perceptietype. Klassiek bestaat de behandeling in het toedienen van corticoïden en vasoactieve medicatie. Verschillende studies tonen aan dat ook hyperbare zuurstoftherapie een gunstig effect heeft. Ongeveer 1/3 van de patiënten recupereert, 1/3 geneest partieel en 1/3 ondervindt geen herstel.

Alleszins is het een feit dat de behandeling best zo snel mogelijk wordt opgestart. Een goede recuperatie van het aangetaste oor is belangrijk om het richtingshoor goed te behouden. Met slechts één oor kan men onmogelijk de richting van waar het geluid komt, bepalen.

Verder krijgen we in de NKO-ziekten ook te maken met zware infecties van de weke weefsels in het hoofd-, halsgebied. We denken hier aan flegmones, abcedaties, peritonsillair, parafaryngeaal of de angina van Ludwig waarbij ook de mondbodem betrokken is.

Naast het opstarten van antibiotica zal een chirurgische drainage plaatsvinden van zodra er abcesvorming is. Bij patiënten met een onderliggend lijden (diabetes, slechte vasculaire toestand, ...) zijn deze infecties vaak moeilijk onder controle te brengen. Hyperbare zuurstoftherapie heeft hier een gunstig effect gezien de hoge concentraties aan zuurstof anaërobe infecties makkelijker onder controle brengen.

“Pijntherapie is teamwerk”

In februari 2005 stelde het RIZIV het Multidisciplinair Pijncentrum van het Ziekenhuis Oost-Limburg, samen met 8 andere pijncentra, officieel voor als referentiecentrum voor chronische pijn. “Dit is een erkenning van onze jarenlange manier van werken in teamverband,” zegt anesthesist-pijnspecialist Jan Van Zundert.

Grete Bollen



HET Multidisciplinair Pijncentrum van het Ziekenhuis Oost-Limburg, gelegen op campus André Dumont, viert net dit jaar zijn tweede lustrum. De reeds bestaande activiteiten zullen dus vanaf nu uitgebreid worden met de activiteiten in het kader van de toepassing van deze conventie. Een team van artsen, verpleegkundig pijnspecialisten, kinesisten, psychologen, sociaal verpleegkundige en apotheker benaderen elke patiënt vanuit hun eigen discipline. Gedurende de diagnostische fase is het mogelijk om de andere specialistische discipli-

nes ad hoc in te schakelen (bv psychiater, revalidatie-arts, ...) Al deze observaties worden tijdens het dagelijkse multidisciplinaire teamoverleg samengevoegd en van hieruit wordt er een individueel aangepast behandelplan geformuleerd. Tijdens de daaropvolgende consultatie met de arts en de verpleegkundige, worden aan de patiënt deze bevindingen voorgesteld. In onderling overleg wordt van hieruit gestart met ofwel de verdere behandeling en opvolging binnen het pijncentrum, of een verwijzing naar andere instanties.



Hoofdverpleegkundige Ronny Driesen: “Het is immers niet zo dat alle patiënten hier een prik krijgen en ‘genezen’ naar huis gaan. Naast de mogelijkheid tot invasieve therapie bestaat ons behandelingsgamma ook uit een doorgedreven pijnrevalidatie en een cognitief gedragsmatige aanpak. Op deze manier kunnen aan patiënten manieren aangereikt worden om te leren omgaan met hun pijn en de hieruit vloeiende functionele beperkingen. Het verbeteren van de levenskwaliteit is dan ook een prioriteit in de behandeling.

De belangrijkste pijler in dit verhaal blijft echter de motivatie van de patiënt. Als deze niet ten volle achter dit concept staat om de vooropgestelde doelstellingen te behalen is deze vorm van therapie vaak onvoldoende effectief.”

Derdelijnscentrum

Het Multidisciplinaire Pijncentrum is een gespecialiseerd derdelijnscentrum, waardoor de multidisciplinariteit ook de grenzen van de dienst en van het ziekenhuis overschrijdt. Dit betekent dat de patiënten verwezen worden door huisartsen, specialisten of andere centra. In het kader van de conventie bestaat er trouwens een exclusieve samenwerkingsovereenkomst met het Ziekenhuis Maas-Kempen, het Mariaziekenhuis Noord-Limburg, het MS en Revalidatiecentrum van Overpelt, het St-Elisabeth Ziekenhuis Turnhout, het AZ St-Elisabeth Herentals en het H.Hartziekenhuis te Mol. Enkel patiënten met een

uitvoerige verwijsbrief en een goed gedocumenteerd dossier komen in aanmerking voor de conventie.

Het is niet de bedoeling dat het MPC al de toegewezen patiënten ook zal behandelen binnen het centrum. Binnen de conventie is dat trouwens ook niet mogelijk. Na de diagnostische sessie wordt er een behandelplan opgesteld en kan de patiënt opnieuw verwezen worden naar zijn arts of huisarts. Er wordt dus een goede wisselwerking verwacht tussen de verwijzers, de huisartsen, de thuiszorg, de patiënt en het centrum. Dit kan enkel door goed overleg en duidelijke briefingsmomenten. Op deze manier kan de pijntherapie in het verwijzende centrum en in de thuiszorg worden verdergezet.

Erkenning

The Belgian Pain Society, met daarin vertegenwoordigers van alle disciplines die dagelijks in contact komen met patiënten met chronische pijn, vraagt al jaren om een beter beleid in verband met pijnbestrijding en de behandeling van chronische pijn. De erkenning van de negen centra is een eerste stap in de goede richting. Maar er is nog heel wat aan de weg te timmeren, aldus anesthesist-pijnspecialist Kris Vissers. “De erkenning is een experiment om na te gaan of we met onze aanpak mensen opnieuw aan het werk kunnen krijgen. Over drie jaar is er een evaluatie. In deze fase gaat het immers slechts om een druppel op een hete plaat. Die negen centra kunnen niet alle pijnpatiënten opvangen.



België telt ruim 2,5 miljoen mensen die aan chronische pijn lijden. Daarbij is het budget dat voor pijnbestrijding vrijgemaakt wordt onvoldoende. Als de overheid chronische pijnpatiënten beter wil opvangen, zal ze werk moeten maken van een bredere aanpak.”

De pijnspecialisten zijn ook niet onverdeeld positief over de erkenning. **Dr. Van Zundert:** “Pijntherapie is teamwerk: dit wordt door deze conventie gehonoreerd. De financiering voor extra personeel dat we erbij kregen maakt dat we onze activiteiten kwalitatief kunnen verdiepen en versterken. Het werk van de kinesist en de psycholoog was voorheen mogelijk dankzij de goodwill van het ziekenhuis. Nu

wordt dit gesubsidieerd en kunnen we ook meer structureel werken.” “Maar we moeten oppassen met het creëren van valse verwachtingen. De conventie financiert enkel en alleen het cognitief-gedragsmatig revalidatieprogramma en dat is maar een beperkt deel van de hele discipline. Er is nog geen budget voor de medische ingrepen en voor het multidisciplinaire, interventionele en medische werk van de artsen. De Pijnkliniek blijft voor artsen nog steeds een verlieslatende activiteit. Vandaar heeft de raad van bestuur van ons ziekenhuis onlangs een voorstel goedgekeurd voor het aanrekenen van pseudonomenclatuur bij interventionele pijnbestrijdingstechnieken. Ook andere centra zullen hiertoe overgaan.” •

MEDISCHE STAF

Anesthesist en pijnspecialist dr. Kris Vissers was tot dusver diensthoofd van het Multidisciplinair Pijncentrum. Vanaf 1 oktober wordt hij hoogleraar aan de universiteit van Nijmegen. Hij zal echter verbonden blijven aan het ZOL als consultant. Anesthesist en pijnspecialist dr. Jan Van Zundert wordt het nieuwe diensthoofd van het Multidisciplinair Pijncentrum. Samen met anesthesiste en pijnspecialiste dr. Martine Puylaert maakt hij al jaren deel uit van de medische staf van het Multidisciplinair Pijncentrum. Verder zal het team uitgebreid worden met dr. Pascal Vanelderden als voltijds staf lid van de dienst Anesthesie en dr. Koen Van Boxem, als consultant. Deze laatste is momenteel werkzaam binnen de St.-Jozefskliniek van Bornem en het AZ Waesland te St.-Niklaas als staf lid anesthesie, intensieve zorgen en pijnkliniek. Beiden genoten ze hun opleiding binnen het centrum.

De stafleden hechten veel aandacht aan wetenschappelijk werk en opleiding. Alle pijntherapeuten van het ZOL voeren de titel van Fellow in Interventional Pain Practice (FIPP).

- Dr. K. Vissers verdedigde in 2004 zijn doctoraatsthesis omtrent de factoren die neuropathische pijn beïnvloeden. Dit proefschrift is de weerslag van jaren experimenteel onderzoek naar de ontstaansmechanismen van chronische neuropathische pijn en kan leiden tot meer gerichte diagnose middelen en farmacologische strategieën in de behandeling van neuropathische pijn.
- Dr. M. Puylaert nam actief deel aan verschillende opleidings sessies en stelde het pijncentrum en zijn werking al voor op verschillende avonden voor huisartsen. Zij was examinator voor het Internationale Examen voor Interventionele Pijnbestrijding dat georganiseerd wordt door het “World Institute of Pain” in Boedapest.

- Dr. J. Van Zundert, besprak afgelopen jaar tijdens verschillende nationale en internationale congressen de macro-economische kijk op de kosten van lagerugpijn, waarbij hij telkens een lans breekt voor een stapsgewijze en geïntegreerde aanpak. Het aanwenden van farmacologische en minimaal invasieve behandelingsmethoden kan de nood aan meer invasieve behandelingen en chirurgie verminderen. Als onderzoeker heeft hij aandacht voor het verzamelen van evidentie die moet toelaten de juiste behandeling te selecteren voor een individuele patiënt.

De taak van het MPC als opleidingsplaats voor verschillende disciplines kreeg in 2004 onder verschillende vormen een concrete invulling. Onder impuls van Guido Van Hamme, psycholoog, en dr. Jef De Bie, psychiater, vond in mei 2004, onder grootse belangstelling, het symposium ‘Het zit niet tussen de oren dokter’ plaats. Bepaalde nationale en internationale sprekers en leden van het pijnteam illustreerden hoe voor de patiënt met chronische pijn het hanteren van een zuiver biomedisch model onvoldoende is in de behandeling van chronische pijn en zijn gevolgen. De noodzaak aan een geïntegreerde aanpak werd hierbij benadrukt. De voordrachten van de verschillende sprekers werden ondertussen gepubliceerd in het tijdschrift Neuron.

Dit initiatief krijgt dit jaar navolging in de vorm van een workshop die zal plaatsvinden op 18 oktober 2005 met als titel: ‘Psychotherapeutische technieken bij Chronische Pijnrevalidatie: van planning naar actie’. Naast enkele plenaire sessies zullen er 2 workshops plaatsvinden onder leiding van Dr. L. McCracken (University of Bath, England, Department of Psychology, Multidisciplinary Pain Management Unit) en Dr. J. Vlaeyen (Klinisch Psycholoog, Universiteit Maastricht, Academisch Ziekenhuis Maastricht).

Plastische chirurgie anders bekeken

Plastische heekunde, nochtans een van de oudste snijdende specialismen, is helemaal 'in'. De beeldbuis overspoelt de kijker met spectaculaire resultaten, kranten en magazines hypen de zogenaamd fantastische ervaringen van beroemdheden. Spijtig genoeg wordt de geloofwaardigheid van de plastische heekunde hierdoor onterecht aangetast. Bovendien denkt men dat het enkel en alleen om 'esthetische' heekunde gaat. De reconstructieve pijler van de plastische heekunde is heel wat minder bekend, alhoewel wereldwijd de verdeling reconstructieve / esthetische heekunde tot 80 / 20 bedraagt.

Dr. Nicolas Verhelle

DE esthetische heekunde is ondertussen algemeen bekend, doch wordt door de meeste erkende plastische chirurgen toch wel iets anders uitgeoefend dan men op televisie laat geloven. Zoals in de dienst Plastische Heekunde van het ZOL, gebeuren de meeste esthetische gelaats-, borst- en lichaamsingrepen, onder volledig steriele omstandigheden en onder gedeeltelijke of volledige anesthesie, uitgevoerd door erkende anesthesisten. Bovendien wordt gezorgd voor optimale postoperatieve zorgen. Daarbij zijn alle mogelijkheden ter beschikking om eventuele complicaties op te vangen.

Het merendeel van de esthetische ingrepen kan uitgevoerd worden op ambulante wijze of in het kader van een daghospitalisatie. Het pas vernieuwde dagziekenhuis op campus Sint-Barbara biedt de ideale omstandigheden. Diverse gelaatsingrepen, inclusief facelifts, ooglid- en neuscorrecties, liposucties en borst- en buikwandcorrecties worden door ons team in Sint-Barbara uitgevoerd. Door centralisatie van dergelijke ingrepen, is er dan ook een verpleegkundig team uitgebouwd dat vertrouwd is met de omgang en verzorging van deze patiënten.

Elke esthetische ingreep is iets 'unieks', en er bestaan diverse mogelijkheden om tot eenzelfde resultaat te komen. Maar niet elke ingreep is mogelijk bij om het even welke patiënt. Een harde realiteit die vaak moeilijk uit te leggen is. Het is zo dat, juist door de recente media heisa, mensen inderdaad de drempel sneller overwinnen om een plastisch chirurg te consulteren, maar vaak met onrealistische verwachtingspatronen. Op de beeldbuis wordt immers niet het hele plaatje getoond. Bovendien is en blijft de esthetische heekunde een geneeskundige behandeling waar de mutualiteiten meestal niet, of vaak slechts gedeeltelijk, in tussenkomen. Zelfs als de patiënt in het bezit is van een bijkomende hospitalisatieverzekering, raden wij aan om op voorhand een schriftelijke bevestiging te vragen van deze

verzekeraar indien hij tussenkomst belooft. Het zou immers niet de eerste keer zijn dat de boodschap 'verkeerd was begrepen' of hij die telefonisch een terugbetaling beloofde, nu niet meer voor de maatschappij werkt. Een onaangename verrassing dus voor de patiënt die had kunnen voorkomen worden.

Aangezien het ruime aanbod van diverse esthetische ingrepen zullen wij, in één van de volgende edities van ZOLarium, deze eerste pijler van de plastische heekunde uitgebreider aan bod laten komen.

Reconstructieve

De reconstructieve pijler van de plastische heekunde is heel wat minder bekend. Iedereen heeft al wel eens gehoord van reconstructies en huidtransplanten bij brandwondenpatiënten. Of dat de plastisch chirurg ook 'iets' heeft moeten doen na een zwaar ongeval. De meeste patiënten zullen ook zelf voor littekencorrecties een plastisch chirurg consulteren of hebben de verkeerde opvatting dat zij snijwondjes beter kunnen hechten.

De woorden 'reconstructieve' en 'heekunde' spreken voor zich. De chirurg tracht, met behulp van heekundige technieken, reconstructies uit te voeren. Met andere woorden: opnieuw te herstellen, functioneel en esthetisch, wat verloren is gegaan door een trauma of na een heekundige ingreep.

De traumatische defecten vormen, gezien de frequentie waarmee ze voorkomen, het grootste onderdeel. Dit kan gaan van een reconstructie van weke delen of bot, of bedekking van blootliggende structuren als bot, zenuwen, bloedvaten etc... Bovendien kan dit op alle delen van het lichaam; van kop tot teen als het ware. Meestal wordt hier echter samengewerkt met diverse andere subspecialismen: orthopedisten bij bottrauma's, vaatchirurgen bij vasculaire pathologie en, neurochirurgen bij schedeltraumas, etc... In traumage-



Dr. Nicolas Verhelle (links) en dr. Bert Van den Hof

Foto MID

vallen zullen deze collega's dan ook in eerste instantie de ernst van de situatie inschatten en zo nodig onze hulp inroepen.

Hetzelfde geldt voor de snijwondjes in het gelaat, kleine hondenbeten en/of handletsels. Op de Spoedgevallen zal door erkende specialisten of opgeleide assistenten onder directe supervisie van een specialist, deze 'eerste lijnsbehandeling' gebeuren. Indien zij zich onbekwaam of ongemakkelijk voelen in de behandeling van het trauma, dan pas zal de plastisch chirurg als 'tweede lijnsgeneesheer' gecontacteerd worden. Het is een misvatting dat een plastisch chi-

rurg betere littekentjes kan maken in traumagevallen. Een traumatische wonde is en blijft een vuile wonde die ook na zijn behandeling kan ontsteken, openvallen of slecht helen. De beste therapie bestaat er dan ook in een zo snel mogelijke en grondige reiniging van de wonde uit te voeren, gevolgd door hechting of approximatie van de wondranden. In het geval van slechte littekenevolutie, kan de plastische chirurg overgaan tot een littekencorrectie. In dat geval wordt een chirurgische wonde gemaakt, onder steriele omstandigheden, die dan ook meer kans heeft om mooier te genezen.

“Het is zo dat, door de recente media heisa, mensen inderdaad de drempel sneller overwinnen om een plastisch chirurg te consulteren, maar vaak met onrealistische verwachtingspatronen.”

Dank zij de enorme vooruitgang van de chirurgische technieken en ondersteunende intensieve zorgen, kunnen tegenwoordig steeds meer grotere heelkundige ingrepen gebeuren zoals bijvoorbeeld ruime tumor resecties. Plastische chirurgen worden hoe langer hoe meer betrokken bij deze ingrepen. Dergelijke resecties zijn immers vaak erg mutilerend of resulteren in een groot weke delen defect dat bedekt moet worden om postoperatieve infecties te voorkomen. De reconstructieve plastisch chirurg kan via diverse lokale of vrije weefseltransplantaten een oplossing bieden.

Ook hier wordt samengewerkt met andere specialiteiten. Deze voeren meestal de resectie zelf uit. De plastisch chirurg kan tijdens dezelfde operatie of soms in een tweede operatie reconstrueren. Wederom kan dit gaan bij pathologieën van kop tot teen. Het is onmogelijk om het hele gamma kort te bespreken, doch hierna volgen enkele vaak voorkomende indicaties.

Borstkanker

Borstkanker is tegenwoordig de meest voorkomende tumor bij de vrouw. Agressieve resecties waren vroeger de enige behandelingsmogelijkheid. Tegenwoordig is deze chirurgie sterk geëvolueerd. Borstsparende tumorectomieën of huidsparende mastectomieën behoren nu tot het armamentarium van elke gerespecteerde borstchirurg. Spijtig genoeg resulteren deze ingrepen vaak in duidelijke borstasymmetrie of de noodzaak tot het dragen van een externe borstprothese wanneer de hele borst is verwijderd. Plastische heekunde kan hier heel wat reconstructieve mogelijkheden bieden. Incisies kunnen met de borstchirurg gepland worden om een zo esthetisch mogelijk resultaat te bekomen. Resterend borstweefsel kan geremodelleerd worden om een goede postoperatieve vorm te bekomen. De contralaterale borst kan aangepast worden. Bij een mastectomie kan een reconstructie gepland worden met een prothese/expander alleen of gecombineerd met autoloog weefsel, of met autoloog weefsel alleen. Deze reconstructies met enkel autoloog weefsel worden stilaan de standaard in borstreconstructies doch vereisen heel wat discipline en geduld van de patiënte. Ook chirurgisch is deze ingreep veeleisender.

Naast traumatische oorzaken of tumorresecties, kunnen weke delen defecten echter ook ontstaan zijn ten gevolge van vasculaire insufficiëntie, diabetes of chronische wonden. Ook hier kan vaak met behulp van plastische heekunde een reconstructie uitgevoerd worden. Hierdoor kan soms bijvoorbeeld een amputatie vermeden worden of het niveau van de amputatie distaler geplaatst worden.

Het spreekt voor zich dat dergelijke chirurgie goed op voorhand bediscussieerd moet worden om een optimale planning en de beste oplossing voor de individuele patiënt te bekomen.

Een ander zorgwekkend fenomeen is het stijgende aantal huidtumoren. Naast de basocellulaire en spinocellulaire carcinomen worden ook meer en meer melanomen ontdekt die vaak met een bredere marge moeten weggenomen worden na anatomo-pathologisch onderzoek. Door onder andere meer frequente blootstelling aan de zon, worden deze gezwellen vaker gezien in het hoofd- en halsgebied. Ook hier kunnen wij onze collega's dermatologen (die dergelijke letsels het best volgen) vaak een oplossing bieden om adequate resecties te bekomen met een onmiddellijke of latere reconstructie. Bovendien kan de verdere evolutie in teamverband bediscussieerd worden door de dermatoloog, oncoloog en plastisch chirurg om een verdere optimale therapie uit te stippelen.

Handchirurgie

Een specifieke subdivisie van de reconstructieve plastische heekunde betreft de handchirurgie. Zowel dr. Van den hof als dr. Verhelle, hebben door hun specifieke opleiding een goede kennis van de ingewikkelde handanatomie. Diverse pathologieën (springvingers, Dupuytren contracturen, allerlei zenuwcompressiesyndromen als in de carpal tunnel, peesreconstructies, peestransfers na zenuwverlammingen etc...) kunnen in onze dienst behandeld worden na teamoverleg. Aangezien dr. Van den Hof een ruimere ervaring hierin heeft, door zijn jarenlange activiteit als stafid in de plastische dienst aan de universiteit in Leuven, zal hij de meer ingewikkelde ingrepen voor zijn rekening nemen.

Zoals u heeft kunnen merken, is de Plastische Heekunde in het ZOL wel degelijk een volwaardige specialiteit die vele oplossingen kan bieden. Het is aan de plastisch chirurg om duidelijk te maken waar die oplossingen liggen. We hopen dat wij, door middel van dit overzicht en de specifieke toepassingsmogelijkheden die zullen besproken worden in een volgende ZOLarium, daartoe een steentje bijdragen zodat een nog betere patiëntenzorg kan bekomen worden. •

In een volgend ZOLarium zullen dr. B. Van den hof en dr. N. Verhelle een aantal specifieke pathologieën gedetailleerder bespreken.



Dienst Plastische Chirurgie

Dr. Nicolas Verhelle kwam sinds januari 2005 de drukke praktijk Plastische Heelkunde van dr. Bert Van den Hof in het ZOL vervoegen. Hij genoot een ruime basisopleiding (3 jaar algemene heelkunde en 3 jaar specifieke plastische heelkunde aan de universiteiten van Leuven, KUL en Luik, Ulg). Tijdens zijn opleiding startte hij ook een doctoraat aan de Ulg. Hij verdedigde dit met succes op 3 juni 2005 (zie onderaan). Na het behalen van zijn diploma Plastische Chirurgie in 2003, genoot hij eerst nog een specifieke hoofd en hals opleiding in het Canniesburn hospitaal in Glasgow, Schotland bij dr. D. Soutar. Nadien vertoefde hij nog een 6-tal maanden in de privé-praktijk van dr. D. Marchac (Parijs, Frankrijk) om zich verder te specialiseren in de esthetische en reconstructieve gelaatschirurgie.

“Bedekking van blootliggend bot in het onderbeen.”

**Proefschrift tot behalen van de titel : “Doctor in de medische wetenschappen”
Verdedigd te Luik (Ulg), op 03/06/05.**

Reconstructies van onderbeendefecten, zijn en blijven een moeilijk te behandelen pathologie voor elke reconstructieve chirurg. De oorzaak van het defect (vaak na ‘high-impact’ verkeersongevallen) en het relatief gebrek aan weke delen in het onderbeen, spelen hierin een belangrijke rol. Hoewel er hierover tijdens een reconstructieve opleiding heel wat informatie verschaft wordt en de plastisch chirurg in opleiding regelmatig met dergelijke klinische situaties wordt geconfronteerd, zijn de bestaande ‘gouden regeltjes’ achterhaald.

Met dit proefschrift ging ik op zoek, via experimenteel onderzoek op konijnen en studies op patiënten behandeld te Leuven (KUL) en te Luik (Ulg), naar de bedekkingsmogelijkheden voor blootliggend bot in het onderbeen.

Zo ontwikkelden en beschreven wij onder andere, een nieuwe niet-musculaire, gesteelde onderbeenflap. Wij konden bewijzen dat het reeds lang bestaande en nog steeds onderwezen dogma (blootliggend bot wordt best met spier bedekt) niet altijd waar is. Bovendien merkten we op dat het gebruik van andere weefsels (als spierbladen of gevasculariseerde huid) voordelig kan zijn in bepaalde klinische situaties. Het reconstructieve doel van de plastisch chirurg is immers met de jaren veranderd. Vroeger was het voldoende om blootliggend bot te bedekken om ontsteking van het blootliggende bot en bijgevolg het niet helen van de fractuur

(waarvoor dikwijls een amputatie nodig was) zo veel mogelijk te vermijden. Tegenwoordig is het bedekken alleen niet meer een doel op zich. De reconstructie moet sociaal aanvaardbaar zijn zodat de patiënt zich opnieuw kan integreren in de samenleving en zich daarin weer nuttig kan maken.

Het gebruik van andere weefsels dan de ‘klassieke spier’ kan niet alleen bijdragen tot een mooiere reconstructie, maar ook tot een reconstructie waarvan de patiënt minder nadelige gevolgen heeft.

Nicolas A.C. Verhelle, M.D., Ph.D.

Referenties

- How to deal with bone exposure and osteomyelitis: an overview. Verhelle N, Van Zele D, Liboutton L, Heymans O. Acta Orthop Belg. 2003;69:481-94
- The combined reconstruction of the diabetic foot including revascularization and free tissue transfer. Verhelle N, Lemaire V, Vandamme H, Heymans O. J Reconstr Microsurg 2004;20:511-517
- Bone coverage: Is muscular coverage really necessary or can fasciocutaneous coverage do the job. Verhelle N, Vranckx JJ, Van den hof B, Heymans O. Plast Reconstr Surg. 2005; 116(1):170-7
- Anatomical base of antero medial adiposofascial flap. Heymans O, Verhelle N, Peters S. Plast Reconstr Surg. 2005; 115:793-801

Alois Alzheimer (1864 – 1915)

De ziekte van Alzheimer is een van de meest gekende maar ook een van de meest gevreesde eponiemen. Indien mijn geheugen me niet in de steek laat is er zelfs tot op vandaag nog geen klinkklare definitie over wat nu eigenlijk een 'Alzheimer dementie' is. Hoe zouden wij het trouwens weten als Alzheimer zelf destijds al twijfels had bij zijn eigen eponiem?

Het verhaal

In de vroege ochtend van 14 juni 1864 wordt in Marktbreit, een gehucht nabij Würzburg, een jongen geboren. Hij wordt Aloysius gedoopt als zoon van notaris Eduard Alzheimer en diens tweede vrouw, Theresia.

Op de middelbare school blinkt de tengere knaap niet echt uit in gymnastiek maar wel in wiskunde en wetenschappen. Hij studeert medicijnen in Tübingen, Berlijn en Würzburg en verdedigt in 1887 zijn doctoraatsthesis: *'Über die Ohrschmalzdrüsen'*. Een bescheiden proefschrift over een al even bescheiden stel kliertjes dat het oorsmeer produceert. Maar zo komt hij voor het eerst in zijn leven in contact met een microscoop in het experimenteel laboratorium van de Zwitserse fysioloog en histoloog Albert von Kölliker (1817-1905).

In 1888 wordt Alois assistent-geneesheer in het krankzinnigengesticht (Städtische IrrenAnstalt) van Frankfurt am Main. Onder de leiding van Emil Sioli (1852-1922) ontluikt hier zijn prille interesse voor de psychiatrie en de neuropathologie.

Franz Nissl

De derde man die zijn carrière het goede pad opstuurt is een jonge assistent die een jaar later in hetzelfde krankzinnigengesticht komt werken, Franz Nissl (1860-1919). Alois doet de autopsies en Franz ontfermt zich over het restmateriaal, vooral de hersenen. Daarop experimenteert hij en ontwikkelt een nieuwe methode om de plakjes grijze en witte stof te fixeren en te kleuren. Dat resulteert jaren later in een 6 delen tellend werk *"Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde"*, dat gepubliceerd wordt tussen 1906 en 1918.

De lotto van 1894

Begin 1894 ontvangt Alois een spoedtelegram van Wilhelm Erb, een bevriende collega. Erb is met de directeur van de farmaceutische Hoechst op wetenschappelijke expeditie naar Noord-Afrika getrokken, maar de directeur, Otto Geisenheimer, ligt er op apegapen en vertoont progressieve verlamingsverschijnselen. "Kom onmiddellijk hierheen." telegrafeert Erb "Jij bent een expert in dat soort zenuwtoestanden". Alzheimer scheept binnen de kortste keren in maar komt te laat. Het enige wat hij daar nog kan doen is weduwe Geisenheimer troosten. En dat doet hij zo goed, zo teder en zo tactvol dat ze prompt op hem verliefd wordt. Ze huwen al een paar maand later en meteen is Alzheimer schatrijk.

Emil Kraepelin

Het levenspad van Alois Alzheimer lijkt wel met goud geplaveid. Niet

enkel kruist zijn pad dit van drie grote coryfeeën uit zijn tijd, Kölliker, Sioli en Nissl, hij wordt ook opgemerkt door een nog grotere coryfee, de wereldberoemde psychiater Emil Kraepelin.

Vandaag wellicht vergeten was Emil Kraepelin toen de man die het hele chaotische psychiatrische universum eens en voor altijd wilde ordenen. Hij wou schoon schip maken met de wirwar van psychiatrische symptomen zoals hallucinaties, dementie, hysterie en epilepsie en alles ordenen in klinisch herkenbare syndromen. Om die reden wordt hij de *'Linnaeus van de psychiatrie'* genoemd.

Sigmund Freud was hem een doorn in het oog. Een geesteszieke op de sofa leggen om daar via oneerbare suggesties en *'Traumdeutungen'* iets wijzer uit te worden vond hij flauwekul. Kraepelin geloofde rotsvast in een anatomisch substraat bij elke geesteszieke. En omdat Alois Alzheimer al heel wat hersenen in plaques gesneden had en in de kleurbaden van Nissl gedompeld, lokt Kraepelin hem naar München om er zijn rechterhand te worden.

Om zoveel mogelijk nieuw 'materiaal' te verzamelen houdt Kraepelin privé consultaties bij hem thuis en doet een grondige anamnese en klinisch onderzoek. Als zijn patiënten chronisch worden stuurt hij ze naar het krankzinnigengesticht maar verliest die gekken niet uit het oog. Als ze sterven stuurt hij er Alzheimer op af om een hersenautopsie te doen. Nadien koppelt hij de postume anatomische bevindingen terug aan de symptomen en krijgt zo mettertijd een inzicht in het anatomisch substraat van een hele reeks geestesziekten.

De eerste Alzheimer patiënte

Nog tijdens zijn assistentschap in Frankfurt (1901) onderzoekt de jonge Alois een vrouw die hem fascineert. Ze heet Augusta Deter en is met haar 51 jaar een oud wrak. Ze vertoont een "ongewoon" neuro-psychologisch beeld dat hij niet kan klasseren onder de gekende syndromen. Paranoïde jaloersheid ten opzichte van haar man was een eerste teken. Daarna vond ze haar weg niet meer in haar eigen huis. Ze verplaatste voortdurend voorwerpen en verborg er angstvallig andere. Nu en dan voelde ze zich achtervolgd, met de dood bedreigd, hallucineerde en slaakte ijzingwekkende kreten.

Tijdens de eerste consultatie herinnert Augusta zich niet veel meer dan haar voornaam. Op de vraag naar haar achternaam antwoordt ze *'Augusta'*. Op vraag naar de naam van haar man antwoordt ze *'Augusta'*. Lezen en schrijven vergaat haar alsmear moeilijker en het is duidelijk dat ze niet enkel de kluts kwijt is maar veel erger, haar geheugen.

Als ze vijf jaar later totaal dement en verkrampd sterft laat Kraepelin haar hersenen met de postkoets van Frankfurt naar München overbren-



gen. Alzheimer onderzoekt ze en ziet dat ze niet enkel flink geschrompeld zijn, maar ook eigenaardige structuren bevatten. Met de kleurtechnieken van zijn vriend Nissl ontdekt hij enerzijds “bizarre klitten van neurofibrillen”, anderzijds “nederzettingen van een eigenaardige substantie” die met niks aankleuren. Vandaag noemen we die bizarre structuren respectievelijk “neurofibrillaire kluwens” en “amyloid plaques”.

Op 3 november 1906 leest Alzheimer het autopsieverslag voor tijdens de 37ste congres van Duitse psychiaters in Tübingen. De titel luidt: “*Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde.*”

De tweede Alzheimer patiënt

Een haast gelijkaardig geval van vroegtijdige dementie komt op 12 september 1907 in het ziekenhuis van München binnen en overlijdt er drie jaar later. Dit keer is het een man van 56 jaar, Johann Feigl. De hersenautopsie toont dezelfde eigenaardige afwijkingen.

Ondertussen verschijnt de 8ste druk van Kraepelin’s ‘*Tekstboek over Psychiatrie*’ en daarin neemt hij voor het eerst dat eigenaardig beeld op als ‘*De ziekte van Alzheimer*’.

Alois Alzheimer is hoegenaamd niet gelukkig met dat in zijn maag gesplitste eponiem. Voor hem is de “*casus Augusta*” gewoon een aberrant geval van preseniele dementie en heeft hij al patiënten gezien die de kluwens van fibrillen niet hadden en toch aardig dement stierven.

Waarom Kraepelin de ziekte van Alzheimer als een ziekte ‘*sui generis*’ zag is nooit helemaal opgeklaard. Misschien was het omwille van de relatief jonge leeftijd van de patiënten, gecombineerd met het zeer speciale klinische beeld. Boze tongen beweren echter dat Kraepelin het ‘*Alzheimer eponiem*’ erdoor gedrukt heeft om zijn eigen dienst te doen triomferen

over het neuropathologisch centrum van Arnold Pick in Praag, en boven de psychoanalytische prietpraat van die kwakzalver uit Wenen, Sigmund Freud.

De man met de sigaar

Wat er ook van zij, Alois Alzheimer laat het niet aan zijn hart komen. Ondertussen heeft zijn vrouw (de voormalige weduwe Geisenheimer) hem drie kinderen geschonken en het tijdelijke met het eeuwige verwisseld, mits nalaten van haar groot fortuin.

Maar Alois gaat niet rentenieren. Met een nog grotere ijver als voorheen stort hij zich op het hersenonderzoek en zijn wetenschappelijke experimenten. Wolkend achter een dikke sigaar komt hij dagelijks het laboratorium binnen om, zoals het een professor past, zijn studenten in de kunst van het microscoop kijken in te wijden en hen de wondere wereld van neuronale netwerken te tonen.

Onder die studenten bevinden zich een paar ronkende namen zoals Hans Gerhard Creutzfeldt (1885-1964), Alfons Maria Jakob (1884-1931) en Fritz Lewy (1885-1950). Allen zullen ze mettertijd de psychische materie verder uitpluizen en daarvoor ook elk met een eponiem bedacht worden.

Leergierig als ze zijn, bestoken Creutzfeldt, Jakob, Lewy en de andere studenten dagelijks hun geleerde professor met netelige vragen. Waarop Alzheimer hen een wolk sigarendamp in het gezicht blaast, de grijze askegel in de asbak afslaat, zijn knijpbrilletje verder op zijn neus drukt en aan een grondige theoretische uiteenzetting begint. Op het einde van de dag is aan het aantal askegels en sigarenstompjes in de asbakken te zien waar hij geweest is en bij welke student hij wat langer vertoefde.

Preseniele dood

Omstreeks 1911 vat Alzheimer het plan op een eigen kliniek te stichten en legt daarvoor contacten met de Friedrich-Wilhelm universiteit van Breslau (nu Wrocław in Polen). Op 16 juli 1912 benoemt Koning Wilhelm II van Pruisen hem daar tot professor in de psychiatrie. Maar al in de treinrit naar Breslau voelt Alois Alzheimer zich onwel en wordt direct na aankomst opgenomen in het plaatselijke ziekenhuis. Wat als een banale tonsillitis begonnen was ontwikkelt zich tot artritis en nefritis, en hij is niet meer in staat te doen wat hij zich voorgenomen had. Grote hoop had hij nochtans gesteld op zijn briljante leerling Lewy, die de Lewy-bodies bij Parkinson zou ontdekken. En wat moest er nu terecht komen van zijn magnum opus “*Die Anatomie der Geisteskrankheiten*” dat hij nog enkel in manuscript en nog in een embryologisch stadium in zijn koffers liggen had?

Op dezelfde jonge leeftijd waarop zijn eerste ‘Alzheimer’ patiënte bij hem op consult kwam, overlijdt hij op 19 december 1915 aan een rheumatische endocarditis. Dezelfde ziekte die vier jaar tevoren de meest beroemde dirigent en componist uit zijn tijd, Gustav Mahler, op het hoogtepunt van zijn creatief genie gevelde had.

Voor beiden kwam Alexander Fleming net een fractie van een tijd te laat met zijn ontdekking van het penicilline.

Dr. Johan Van Robays, anatomopatholoog

Van ziekte-inzicht naar genezing



Patiëntveiligheid is één van de belangrijkste aandachtspunten voor de komende jaren in het ZOL. In een eerste fase werd de veiligheidscultuur bevraagd via een enquête. Een totaal van 1300 artsen en medewerkers namen hieraan deel. Het ZOL is daarmee het eerste Belgische ziekenhuis dat dergelijke meting ziekenhuisbreed organiseerde.

Dr. Ward Schrooten, namens de werkgroep patiëntveiligheid

DE veiligheidscultuur van een organisatie wordt omschreven als het geheel van waarden, opvattingen, percepties, vaardigheden en gedragspatronen dat de toegewijdeheid aan veiligheid van de organisatie bepaalt. Het is de mate van prioriteit die aan veiligheid wordt verleend, en dit binnen alle lagen van de organisatiestructuur. Hoewel dit begrip zijn oorsprong kent in de industriële wereld, wordt nu ook in de gezondheidszorg het belang van een positieve veiligheidscultuur erkend. Instellingen zoals het Institute of Healthcare Improvement² (Verenigde Staten) en de National Patient Safety Agency³ (Verenigd Koninkrijk) stellen het bereiken van een positieve veiligheidscultuur als een conditio sine qua non tot het verkrijgen van een veiligere patiëntenzorg. In Belgische context behoort het meten van de veiligheidscultuur tot een recente aanbeveling van de Werkgroep 'Safety and quality in healthcare' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen⁴.

Tijdens de eerste semester van 2005 werd in het ZOL een cultuurmeting georganiseerd, met behulp van een gevalideerde vragenlijst. De doelstellingen van deze meting waren:

1. Inzicht verwerven in de houding van artsen en ZOL-medewerkers ten opzichte van patiëntveiligheid; peilen naar de cultuur inzake patiëntveiligheid.
2. Inzicht verwerven in de omgang met en de bereidheid tot het melden van (bijna) fouten door artsen en ZOL-personeel.
3. Het opvolgen van de cultuur inzake patiëntveiligheid en de bereidheid tot het melden van (bijna) fouten door artsen en ZOL-personeel via een herhaalde meting na enkele jaren.
4. Het toepassen en valideren van een Nederlandstalige vragenlijst inzake veiligheidscultuur.

Wie werd bevraagd?

Alle medewerkers die rechtstreeks of onrechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de klinische zorg en die in actieve dienst zijn, werden uitgenodigd om aan de meting deel te nemen: alle (hoofd)verpleegkundigen en paramedici, alle artsen inclusief arts-assistenten, de programmamanagers en zorgcoördinatoren en ten slotte de medewerkers van de apotheek, labo en technische onderzoeken. De bevraging gebeurde volledig anoniem.

Het instrument

Na exploratie van de beschikbare instrumenten werd de "Hospital Survey on Patient Safety Culture" van het Agency for Healthcare Research and Quality⁵ geselecteerd. Deze psychometrisch gevalideerde vragenlijst tracht 10 aspecten (zgn. dimensies) van de veiligheidscultuur van een ziekenhuis in kaart te brengen door middel van een veertigtal concrete vragen. Daarnaast worden er ook nog 2 "outcome" dimensies vooropgesteld: "Frequentie van rapportering" en "Globale perceptie over veiligheid".

De oorspronkelijk Amerikaanse vragenlijst werd vertaald naar het Nederlands en waar nodig geadapteerd naar de Belgische en lokale context. Deze vertaling werd gedurende verscheidene sessies door de werkgroep patiëntveiligheid geëvalueerd en door een taalkundige gecontroleerd. Ten slotte werd, op basis van de gegevens van deze bevraging, de psychometrische validiteit van deze vertaalde vragenlijst bevestigd.

Analyse

De oorspronkelijke 5-punten antwoordschaal werd gehercodeerd

in 3 antwoorden. Score 1 en 2 werden als "negatief" gehercodeerd, score 3 als "neutraal" en score 4 en 5 als "positief". De vragen die negatief geformuleerd waren, d.w.z. een hogere score is minder gunstig t.a.v. patiëntveiligheid, werden in omgekeerde richting gehercodeerd. Dus na hercodering betekent "positief" gunstig t.a.v. patiëntveiligheid en "negatief" ongunstig. De primaire uitkomstvariabele is het percentage positieve antwoorden.

Per dimensie werd ook het percentage positieve antwoorden op al de vragen die tot deze dimensie behoren weergegeven. Percentages werden steeds berekend op het totaal aantal respondenten voor die bepaalde vraag of dimensie. Hercodering en analyse van de resultaten gebeurden in SPSS 10.1.

Resultaten

De globale antwoordratio was 75,3% (1323 / 1757). Bij de medewerkers bedroeg dit 78,3% (1191/1522), bij de artsen (arts-assistenten inbegrepen) 56,2% (132/235). Van dit totaal van 1323 vragenlijsten werden er 23 (1,7%) uitgesloten. De 3 exclusiecriteria waren: geen enkele sectie volledig beantwoord, meer dan de helft van het totaal aantal vragen onbeantwoord of alle antwoorden identiek. Uiteindelijk werden 1300 vragenlijsten (74,0%) behouden voor verdere analyse.

De groep van respondenten bestond voor het grootste gedeelte uit (hoofd)verpleegkundigen (n=864; 67,7%), gevolgd door artsen (n=132; 10,3%), verpleeghulpverleners (n=86; 6,8%), paramedici (n=86; 6,8%) en medewerkers technische onderzoeken (n=63; 5,0%). Het merendeel (n=1176; 91,7%) had binnen zijn functie direct contact met patiënten. Driehonderd drieëntwintig respondenten (25,1%) hadden minder dan 6 jaar beroepservaring, 448 respondenten (34,9%) tussen 6 en 15 jaar beroepservaring, en 515 respondenten (40,1%) hadden meer dan 15 jaar beroepservaring.

Tabel 1 toont de positionering binnen elk van de 10 vooropgestelde veiligheidscultuurdimensies. Het percentage positieve antwoorden per dimensie varieert van 31,8% tot 60,9%, waarbij een "positief antwoord" steeds betekent "positief t.a.v. patiëntveiligheid".

Op het niveau van de individuele vraag scoorden volgende vragen het minst gunstig: "Ziekenhuisafdelingen werken niet zo goed gecoördineerd samen" (15,1% positieve antwoorden), "Medewerkers/collega's vrezen dat fouten die gemaakt worden in hun persoonlijk dossier bewaard blijven" (21,5% positieve antwoorden), "Bij het transfereren van patiënten naar andere afdelingen worden zaken over het hoofd gezien" (24,0% positieve antwoorden), "Medewerkers/collega's kunnen beslissingen of acties van personen met een hogere hiërarchische positie vrijuit in vraag stellen" (24,6% positieve antwoorden) en "Het ziekenhuismanagement lijkt enkel geïnteresseerd in patiëntveiligheid als er iets is misgelopen" (25,0% positieve antwoorden).

De individuele vragen die relatief het beste scoorden: "Wanneer er veel werk op korte tijd gedaan moet worden, werken we samen als een team." (76,2% positieve antwoorden), "Medewerkers en collega's steunen elkaar in mijn werkomgeving" (70,1% positieve antwoorden), "Medewerkers/collega's kunnen vrijuit spreken wanneer ze iets zien dat de zorg voor de patiënt negatief beïnvloedt" (67,6% positieve antwoorden), "In mijn werkomgeving behandelen medewerkers/collega's elkaar met respect" (63,7% positieve antwoorden) en "Mijn supervisor houdt ernstig rekening met suggesties van medewerkers/collega's die de patiëntveiligheid trachten te verbeteren" (61,2% positieve antwoorden).

Dimensie	% Positief
Teamwerk binnen afdelingen	60,9
Manager /supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	57,7
De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	51,4
Feedback en communicatie over veiligheid	51,4
Openheid van communicatie	49,9
Teamwork tussen verschillende ziekenhuisafdelingen	40,3
Bestaffing	39,4
Overdracht en transfer	39,1
Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid	32,3
Niet bestraffen de respons op fouten	31,8

Tabel 1: Percentage positieve antwoorden t.a.v. patiëntveiligheid per dimensie

De score op de twee “outcome” dimensies, “Frequentie van rapportering” en “Globale perceptie over veiligheid”, bedroeg respectievelijk 47,4% en 51,0% positieve antwoorden.

Discussie en besluit

Deze meting onderzocht de cultuur rond patiëntveiligheid in het ZOL aan de hand van een vragenlijst die ziekenhuisbreed werd uitgedeeld. De gehanteerde vragenlijst is een vertaling van het gevalideerde instrument van de Agency for Healthcare Research and Quality⁵. De antwoordratio bij artsen en medewerkers was zeer goed in vergelijking met cijfers uit de internationale literatuur (respectievelijk 56% en 78%), wat de globale respons op 74% bracht.

Aan de hand van een vijftigtal concrete vragen werd een score op 10 dimensies in verband met veiligheidscultuur bepaald. De score verwijst telkens naar het percentage positieve antwoorden ten gunste van patiëntveiligheid. De dimensies “Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen” en “Teamwork binnen de afdelingen” scoorden het beste, met percentages positieve antwoorden rond de 60%. De scores op de dimensies “Wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren”, “Openheid van communicatie” en “Feedback en communicatie over veiligheid” situeerden zich rond de 50% positieve antwoorden. “Bestaffing”, “Teamwork tussen verschillende afdelingen” en “Overdracht en transfer” situeerden rond de 40% positieve antwoorden. De minst gunstige resultaten hadden de dimensies “Niet bestraffende respons op fouten” en “Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid”, met een percentage positieve antwoorden rond de dertig procent.

De dimensie “Niet bestraffende respons op fouten” had een erg lage score. Volgens de items die binnen deze dimensie werden bevraagd hebben de medewerkers/collega’s sterk het gevoel dat fouten tegen hen worden gebruikt en dat men zich vooral op de persoon richt en niet op het probleem. Bovendien vreest men dat fouten die gemaakt worden in het persoonlijk dossier bewaard blijven. De mogelijkheid en bereidheid tot het melden van fouten moet in het licht van deze gegevens zeker in vraag gesteld worden.

Internationaal wordt er veel belang gehecht aan het meten en verbeteren van de veiligheidscultuur binnen het ziekenhuis. Hoewel directe benchmark gegevens (nog) niet beschikbaar zijn, moeten we ook hier op basis van deze resultaten durven besluiten dat dit niet

de gangbare norm mag zijn. Geen enkele dimensionale score kan als een uitdrukkelijk positief statement naar cultuur van patiëntveiligheid aangeduid worden. Hoewel de meeste dimensies nog als matig kunnen worden beoordeeld, worden toch ook enkele dimensies als specifieke pijnpunten gelokaliseerd. Ook de “outcome” dimensie “Globale perceptie van veiligheid” vertoont een erg middelmatig resultaat.

Het ZOL is het eerste Belgische ziekenhuis dat dergelijke cultuurmeting ziekenhuisbreed organiseert. Deze resultaten doen uiteraard geen enkele uitspraak over de cultuur in andere ziekenhuizen, hoewel het meer dan waarschijnlijk is dat dergelijke cultuur eerder typerend is voor de gezondheidszorg op zich dan wel ziekenhuisspecifiek.

Cultuur is op zich een moeilijk meetbaar begrip en een vragenlijst is intrinsiek een beperkt meetinstrument. Maar de gestelde vragen zijn daarentegen erg concreet. Op basis van de verkregen gegevens werd bovendien de psychometrische validiteit en dimensionale structuur van deze vertaalde vragenlijst (her)bevestigd. De vertaling en het validatierapport zullen vrij ter beschikking worden gesteld.

Het initiatief vanuit de ziekenhuisdirectie om dergelijke meting te organiseren, de ondersteuning zowel vanuit medisch als verpleegkundig-paramedisch departement en de grote antwoordratio bij medewerkers en artsen, tonen een belangrijke betrokkenheid naar patiëntveiligheid en de bereidheid tot een kritische zelfevaluatie. Rond methodologie voor het wijzigen van een “veiligheidscultuur” in een ziekenhuis is voorlopig slechts beperkte informatie voorhanden^{6,7}. De volgende fase in het ZOL meerjarenplan patiëntveiligheid zal hiertoe alleszins een aanzet geven. De erkenning en het bespreekbaar maken van het probleem is alvast de eerste, onmisbare stap in het streven naar een oplossing. •

Referenties

1. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12 Suppl 2:ii17-23.
2. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihi.org/IHI>.
3. National Patient Safety Agency. <http://www.npsa.nhs.uk/>.
4. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Werkgroep ‘Safety and quality in healthcare’, 17/02/2005.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov>.
6. Cohen MM, Kimmel NL, Benage MK, Hoang C, Burroughs TE, Roth CA. Implementing a hospitalwide patient safety program for cultural change. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30(8):424-31.
7. Weeks WB, Bagian JP. Developing a culture of safety in the Veterans Health Administration. *Eff Clin Pract* 2000;3(6):270-6.

Verstrooid

TELKENJARE, als de maand november nadert, wordt de gedachte aan de dood in me gewekt. En denkend aan de dood besef ik dat er slechts één poort is om het leven binnen te glippen (de vagina) maar ontelbaar veel uitgangen om het te verlaten. Welke zal de mijne zijn? En wat gebeurt er met mijn uiteengevalen moleculen?

Volgens de oude Griekse wijsgeer Empedocles zijn er slechts vier 'elementen' op aarde, te weten de aarde, de lucht, het vuur en het water.

Mijn aftandse lichaam aan de lucht laten drogen, zoals bij bepaalde oervolkeren gebruikelijk was, is in onze contreien geen optie meer. Vandaar het tanende aasgierenbestand.

Ook het in het water gooien van mijn corpus, om de vleesresten los te weken en nadien de beenderen tot nuttig huisgerei om te smeden (drinkschedel, trommelstok en halsketting van teenkootjes) is door eeuwenlange beschaving volledig uit de mode geraakt.

Blijft dus over de ontbinding onder de aardkluiten (tergend traag) of de ontbranding in een vuuroven (razendsnel). Een verscheurende keuze.

Crematie heeft van alle scenario's het voordeel dat betrokkene meteen onherkenbaar tot een hoopje koolstofatomen gereduceerd wordt (privacy verzekerd) en in een kleine urne past (milieuvriendelijk).

Wie de traditionele marmeren zerk op zijn gebeente laat plaatsen blijft langer 'vindbaar' en 'herkenbaar' en is van de verhoopde 'eeuwige rust' nooit helemaal zeker. Er moet maar een familielid zijn dat, om wat voor reden dan ook -meestal een erfeniskwestie- zich op zijn afstamming beroept en geheid word je weer opgedolven en op je DNA gecontroleerd. O wee als dan blijkt dat mijn hoofd niet meer in het graf ligt zoals het de componist Jozef Haydn overkwam. Of dat de begrafenisondernemer mijn lijk verwisseld heeft. Of erger nog: als ik niet meer in de pose lig waarin de rouwkoopman me heeft afgelegd. Dat hij dus met het schaamrood op zijn wangen moet toegeven dat hij me 'schijndood' begraven heeft.

Al heb ik tijdens mijn leven nooit een bastaard verwekt, en ben ikzelf niet uit een scheve schaats verwekt, toch moet ik het niet van die postume grafgluurders. Met dat skelet van mij gaan ze niet sollen! Geef me maar de kortstondige na-dood. Van de schenen tot aan de schedel in het verschroeiende vuur. De vlam in de pan. Ineens weg in totale anonimiteit.

Van die apocalyptische steekvlam droom ik soms.

Na het verdampen van mijn overtollig water (55%) en smelten van mijn vet (15%) kristalliseer ik in haast pure koolstofvorm en vlieg door de schoorsteen van het crematorium de dampkring in. Door het hoogsoortelijk gewicht van mijn koolstofatomen dalen ze, afhankelijk van de thermiek van die dag, naar beneden of waaieren ze verder het



zwerk in. Mij geen punt meer. Ik laat me opnemen, vertroetelen, zweven, omhoog stuwen of vallen, volledig in harmonie met de weersgesteldheid.

Zo in hogere sferen dwarrelend beland ik, zonder dat ik er kommer in heb, in een anticyclonale wig en word door een stratocumulus wolk aangezogen. De koele, vochtige lucht doet mijn nog nagloeiend koolstof-artikeltje goed en met een frisse neus en heldere blik kijk ik naar beneden, naar de wereldbol. Van op die duizelingwekkende hoog-

te zie ik voor het eerst die prachtige azuurblauwe oceanen tussen die puzzel van continenten onder me. Onthecht van elk aards verlangen en hunker die ginds beneden maar geen rust noch vrede kenden, ervaar ik een soort kosmische trance tot ... plots een bliksemschicht door de wolk slaat.

En geen kleintje. Een oogverblindend weerlicht. Een oerknal. Simultaan een daverend en oorverdovend gerommel. Mijn koolstof-atoompje knalt van hot naar her. Een chaos van H₂O moleculen. Druppels condenseren zich rond me en het begint te regenen. Nee, te gieten. Met bakken kletst het uit de wolken. Klevend aan zo'n druppel keil ik met een waanzinnige snelheid loodrecht naar beneden. Plets. Boem. Splatsch. Daar lig ik terug op aarde. Groggy tast ik in het rond en voel niets dan gras. Nat gras. Snel is het duidelijk dat het geen strooiweide is. Daar staan koeien. Ik kijk omhoog en ... Hola!

Geen gefilosofeer jongen, verman ik me. Reppen! In mijn haast struikel ik over een ander koolstofatoompje, trek het recht en samen ontsnappen we aan een taart van een vlaai.

'Verdomd stom rund' roep ik roodgloeiend van woede dat stuk vee nog na 'is het lozen van niet-industrieel afval hier zomaar de gewoonte?'

De kop van dat beest zwenkt 180° achterwaarts en gaapt me met open bakkes, ontblote huid en dito amandelen aan: 'Beeuhhhh...'

Op dit moment bega ik haast een ongeluk maar dat ander koolstofatoompje spaart me een beroerte: 'Wind je zo niet op, Johan, we zijn toch gered?'

'Johan ...?' Hoor ik daar mijn naam? En die ... die stem ..., die zweele altstem ... verdomd hoe is het mogelijk. 'Ben jij het Manuela?'

'Ja' hijgt ze opgewonden.

'Beeuhhhh... schalt het nog eens als een donder over de weide maar ik beheers me. Een waanzinnig verlangen bekruipt me om dat ene, bij leven zo geliefde atoompje nog eens helemaal tegen me aan te drukken. En dit keer niet in een slap waterstofbrugje of een gammel Vanderwaals krachtje, maar wild, zoals in een echte covalente binding. Eens en voor eeuwig verenigd en ...

Schiet ik op dit moment toch niet wakker zeker!

Dr. Johan Van Robays, anatomopatholoog

Acute complicaties van diabetes mellitus

Op donderdag 20 en vrijdag 21 oktober aanstaande organiseert de dienst algemene inwendige geneeskunde-endocrinologie een symposium rond diabeteszorg. In navolging van Gerizol zullen de endocrinologen vanaf heden hun congres alternerend met de gerieters in de Limburghal organiseren.

Grete Bollen

TIJDENS het avondprogramma (in het kader van de Wetenschappelijke raad) van donderdag 20 oktober zal dr. Jos Tits, endocrinoloog, spreken over 'Medicamenteuze reacties op anti-diabetestherapie'. Niet alleen hypoglycemieën zijn immers een nevenwerking van een diabetestherapie. Er worden ook andere belangrijke neveneffecten gezien. Dr. Tits geeft een overzicht van de medische condities die zelf een contra-indicatie betekenen voor sommige anti-diabetesgeneesmiddelen.

Dr. Yves Kockaerts, endocrinoloog, zal in een korte nieuwsflash een stand van zaken voorstellen van de continue glucosemeting. Hij zal een toelichting geven over mogelijke alternatieven.

Maar het belangrijkste topic van de avond is de lezing van prof. dr. Greet Van den Berghe, anesthesiste-intensivist (KUL). Zij vertelt haar verbluffende resultaten over glycemieregeling op een heelkundige intensieve zorgeneenheid (IZ) met de impact ervan op de morbiditeit en mortaliteit van de patiënt tijdens zijn hospitalisatie.

Dr. Yves Kockaerts: "Prof. dr. Greet Van den Berghe heeft 1584 geïntubeerde, geventileerde volwassenen op de heelkundige IZ ingedeeld in twee groepen. Een groep kreeg intensieve insulinothérapie met een targetglycemie tussen 80-110 mg/dl. Een andere groep met glycemies tussen 180-200 mg/dl, zoals traditioneel nagestreefd wordt."

"Haar resultaten waren indrukwekkend. Ze zag de mortaliteit op de heelkundige IZ dalen van 8% naar 4,6%. De inziekenhuismortaliteit daalde met 34%, de sepsissen daalden met 46%, de acute nierinsuf-

ficiëntie met noodzaak tot dialyse daalde met 41%, de transfusienood met 50% en de polyneuropathie met 44%."

"De studie heeft een enorme invloed gehad op ons therapeutisch denken, niet alleen in België maar wereldwijd."

Het is niet alleen belangrijk een stricte glycemieregeling op de IZ-eenheid te hanteren maar ook in de rest van het ziekenhuis?

Dr. Yves Kockaerts: "Een goede opvolging heeft een enorme meerwaarde voor de patiënt."

Dit is belangrijker dan je denkt: het blijkt dat 1 op 3 patiënten – niet-diabetici meegerekend - in de VS een verhoogde glycemie hebben als ze in het ziekenhuis opgenomen worden. Het gaat om patiënten die een hoge suiker hebben door lichamelijke stress, omdat ze ziek zijn of een operatie moeten ondergaan. Dat is een onderschat probleem waar we ons vaak niet van bewust zijn. Als je geen diabeet bent, wordt je suiker niet altijd gemeten als je in het ziekenhuis komt."

"We weten dat patiënten met stressglycemie en diabetici die niet goed onder controle zijn, een enorm risico hebben op complicaties tijdens hun ziekenhuisverblijf. Er is een groter risico tot ontwikkelen van een keto-acidose, een groter infectiegevaar, minder snelle wondheling en een verhoogde coagulabiliteit. Er zijn dus allerlei redenen waarom deze patiënten een slechtere outcome kunnen hebben waardoor een langer verblijf in het ziekenhuis met meer verwikkelingen, een hoger risico om opgenomen te worden in een IZ-eenheid



Foto MD

en ten slotte een gestegen mortaliteit. Er zijn tal van studies die dit aantonen.”

“Dit gebiedt ons om ervoor te zorgen dat de glycemies beter zijn. Dat we problemen sneller opsporen en korter op de bal spelen. Dit geeft heel wat winst voor de patiënt en voor het ziekenhuis.”

Hoe glycemieregeling op het terrein kan verbeterd worden, is het onderwerp van de dagsessie op 21 oktober.

Dr. Yves Kockaerts: “Het dagprogramma zal dit jaar de acute complicaties van diabetes mellitus belichten via lezingen en workshops. Tijdens deze laatste zullen deelnemers in kleine groepjes verdeeld worden om zeer praktische en alledaagse situaties te bespreken en op te lossen aan de hand van patiëntencasussen. De nadruk zal hier heel duidelijk gelegd worden op evidence based medicine. Uiteraard wordt bij de toewijzing van de workshops rekening gehouden met de interesses.” “Er worden vijf uiteenlopende workshops aangeboden: het opvangen van hyperglycemieën (ketoacidose en hyperosmolair syndroom), het oplossen van hypoglycemieën, het voorbereiden van diabetes voor heelkunde/medische onderzoeken, het opvangen van acuut zieke patiënten thuis en ten slotte het geven van dieetadviezen bij diabetescomplicaties.”

Lezingen

Tijdens de lezingen zal Alex Bots, podoloog, de deelnemers wegwijs maken in de diagnostiek en behandeling van een acuut voetulcus. Hij zal toelichten hoe je het probleem moet benaderen, hoe je de bezenu-

wing en de bloedvaten kan controleren, welke onderzoeken moeten aangevraagd worden en wat je als behandeling gaat adviseren.

An Coenen, psychologe, zal gesprekstechnieken en interventies aanleren om de diabetespatiënt te motiveren tot goede zelfzorg. Chronische zieken maken soms perioden door dat ze minder gemotiveerd zijn om suikermetingen uit te voeren, hun insuline correct toe te dienen en de dieetvoorschriften te volgen. Soms durven ze acuut decompenseren en alles overboord gooien. Adviezen om deze patiënten te benaderen kunnen zeer nuttig zijn. Het is immers niet eenvoudig om patiënten die niet op dezelfde golflengte zitten, op de juiste manier te benaderen.

Dr. Yves Kockaerts, tot slot, zal meer vertellen over het belang van een strikte glycemiecontrole en opvolging van complicaties bij zwangere diabetes voor de bescherming van de toekomstige moeder en haar ongeboren kind. Welke voorbereidingen zijn nodig en wat zijn de aandachtspunten?

Om wat dynamiek in het gebeuren te brengen, werd er een quiz opgesteld voor de deelnemers. De antwoorden op de vragen leer je tijdens het congres. Er worden een aantal prijzen uitgereikt. •

Inschrijven voor de avond- en middagsessie van het congres kan via het congressecretariaat bij Claudine Van de Maele, Gerizol, Stalenstraat 2, B-3600 Genk, Tel 089-32 55 13 • Fax 089-32 79 43 of via e-mail: claudine.vandemaele@zol.be.

Zout in een ander daglicht

Natriumchloride of keukenzout heeft in de huidige medische wereld overwegend een negatieve bijklank en bovendien economisch weinig of geen waarde. De ontginning (ca. 200 miljoen ton zout/jaar) en distributie van zout verlopen vlot waardoor het bijzonder goedkoop is. Het is echter ooit anders geweest.

Dr. Luc Verresen, nefrologie

Medische gevaren van zout

Ongeveer 20% van de westerse bevolking heeft te hoge bloeddruk (14/9 cm Hg of meer); boven de leeftijd van 60 jaar loopt dit percentage zelfs op tot 60%.

Zoutarm dieet wordt in de behandeling van arteriële hypertensie steeds aanbevolen maar vaak verwaarloosd. Volgens de Europese vereniging voor arteriële hypertensie moet de inname van natriumchloride (of keukenzout) beperkt worden tot 4 à 6 gram per dag, hetgeen ongeveer de helft is van de inname van de gemiddelde Belg. Zoutbeperking levert echter niet altijd de verhoopte resultaten op omdat slechts 30 tot 50% van de hypertensiepatiënten duidelijk zoutgevoelig zijn en dus echt baat hebben bij zoutbeperking. Omdat patiënten met renale hypertensie verhoudingsgewijs nog meer zoutgevoelig zijn, besteedt een nefrologische afdeling extra aandacht aan zoutbeperking.

Vaak denken patiënten dat wanneer zij zelf geen zout aan de voeding toevoegen, zij automatisch voldoen aan de criteria van een zoutarm dieet. Dit is helaas niet het geval. Ongeveer 60% van het zout zit immers verborgen in de voeding. Dit is niet altijd te proeven. Zo smaakt gebak waar zowel zout als suiker zijn toegevoegd zoet in plaats van zout. Soms denken patiënten ook ten onrechte dat zeezout geen natriumchloride bevat.

Omdat een patiënt de graad van zijn zoutbeperking moeilijk kan inschatten, is het zinvol om de zoutinname te meten. Hoe kunnen we dit? In steady-state en wanneer een patiënt geen diarree heeft noch buitensporig zweet, plast hij ongeveer evenveel zout uit als hij inneemt. Door de zoutexcretie in een 24-uurs urinecollectie te meten, kan de dagelijkse zoutinname dan ook ingeschat worden. Vaak komen zo fouten tegen het voorgeschreven zoutarm dieet aan het

licht en wordt bijsturing mogelijk. Bij gemotiveerde patiënten kan bovendien het effect van een strenge zoutbeperking gedurende ca. 2 weken op de bloeddruk geëvalueerd worden waarbij een nieuwe meting van de urinaire zoutexcretie de gevraagde zoutrestrictie kan objectiveren.

Door deze manier van werken kan dan ook de zoutgevoeligheid van een welbepaalde hypertensiepatiënt ingeschat worden. Bij bewezen zoutgevoeligheid kost het relatief weinig moeite om een patiënt te overtuigen van het belang van zoutbeperking. Wanneer geen zoutgevoeligheid kan aangetoond worden, heeft zoutbeperking uiteraard minder zin.

Buitensporig zoutgebruik wordt niet alleen in verband gebracht met arteriële hypertensie maar ook met een hogere kans op maagkanker én botontkalking. Een hoge zoutinname prikkelt het maagslijmvlies, hetgeen een chronische ontsteking kan uitlokken met eventuele evolutie naar maagkanker. Een teveel aan zout moet ook uitgeplast waarbij noodgedwongen ook calcium meegaat. Hierdoor kan een negatieve calciumbalans en osteoporose ontstaan.

Dat een te hoge zoutinname ernstige gevolgen kan hebben, blijkt uit een persbericht van 4 maart 2005. Zout kan blijkbaar ook als moordwapen worden gebruikt. Een stiefmoeder vermoordde een 4-jarig kindje door verplichte consumptie van een pudding waaraan 2 soeplepels zout waren toegevoegd. Hierdoor verhoogt het aantal zoutpartikels in de vloeistof aanwezig rond de lichaams- en dus ook hersencellen. Door de overvloed aan zoutpartikels (normaal 9,274x10²² zoutdeeltjes per liter plasmawater) wordt water onttrokken aan de lichaamscellen waardoor de hoeveelheid zout rond de cellen verdund wordt tot een meer aanvaardbare concentratie. Dit heeft als nadeel dat de hersencellen schrumpelen. Als deze te veel



Zo smaakt gebak waar zowel zout als suiker zijn toegevoegd zoet in plaats van zout.



schrompelen treedt onomkeerbare hersenschade op met eventuele dood als gevolg.

Kunnen we zonder zout?

Patiënten spreken vaak ten onrechte over een zoutloos dieet. Een echt zoutloos dieet bestaat immers niet. Zonder zout zouden wij overigens niet kunnen overleven. De benodigde hoeveelheid (0,5-

gram per dag) is wel duidelijk minder dan wat de gemiddelde Belg inneemt.

Waarom is zout nodig?

De voorraad zout in het lichaam correleert doorgaans erg goed met de vullingsgraad van de bloedvaten, de bloeddruk en doorbloeding van de weefsels. Bij zoutgebrek (dit betekent dat de zoutinname kleiner dan is het zoutverlies via urine, stoelgang en zweet) treedt uitdroging en bloeddrukdaling op.

Het zout natriumchloride waarvan de concentratie in de lichaamsvloeistoffen rond de cellen veel hoger is, wil de lichaamscellen binnendringen maar wordt voortdurend terug naar buiten gepompt. De zoutconcentratie is zoals reeds vermeld niet willekeurig en wordt voortdurend door osmoreceptoren in de hersenen gemeten. Al naargelang de afwijking van de gewenste waarde wordt extra water vastgehouden (verdunding van het zout) of water via de nieren verwijderd (concentratie van het zout).

Zout is dus nodig om te overleven en ons gezond te voelen. Zout (in het Latijn 'sal') werd dan ook historisch geassocieerd met gezondheid. Het afgeleide Franse woord 'salut' verwijst naar deze associatie en is eigenlijk een gezondheidsgroet.

Zout werd in het verleden ook geassocieerd met seksualiteit en libido. Het schilderij 'Venus saligena' (van de bekende Italiaanse schilder Sandro Boticelli) verwijst hiernaar: Venus die geboren wordt vanuit de zoutzee. In Beieren is het ook lange tijd de gewoonte geweest om zout in het bed van het pas getrouwde paar te strooien.

Zout heeft bovendien een reinigend én bacteriedodend effect. De zoutpartikels zuigen water vanuit de bacteriën doorheen de celwand naar zich toe, waardoor de bacteriën verschrompelen.



Op het schilderij 'Het Laatste Avondmaal' van Leonardo da Vinci zien we hoe Judas (uiterst links) het zoutvatje omstoot, een symbool van zondigheid.

Bij blootstelling aan een voldoende hoge dosis zout schrompelen de bacteriën dermate dat zij afsterven. Zeker vóór het tijdperk van antibiotica en de huidige ontsmettingsmiddelen werd zout als ontsmettingsmiddel gebruikt. Tijdens de slag om Moskou in 1812 heeft Napoleon door zoutgebrek en dus gebrek aan ontsmettingsmiddel duizenden gekwetste soldaten verloren.

Historisch heeft zout dan ook steeds een zeer positieve bijklank gehad. Zout werd in allerlei rituelen gebruikt om boze geesten te verdrijven: bijvoorbeeld in de kerk bij het doopsel, of door de Sumoworstelaar bij het betreden van de gevechtscirkel. De Beierse boer heeft lange tijd de gewoonte gehad wat zout in zijn hoedrand te leggen om de boze geesten op afstand te houden.

Verspilling van zout werd ook als zondig aanzien. Op het schilderij 'Het Laatste Avondmaal' van Leonardo da Vinci zien we hoe Judas het zoutvatje omstoot, een symbool van zondigheid.

Zout doorheen de geschiedenis

In de prehistorie, toen de mens nog van de jacht leefde, werd de zoutbehoefte bevredigd door het eten van dieren (ca. 0.35% van het gewicht bestaat uit het zout natriumchloride). Bepaalde stammen zoals de Massai voldoen hun zoutbehoefte nog steeds door dierenbloed te drinken.

Volgens sommige historici zou de zoutbehoefte in bepaalde gevallen zelfs kannibalisme kunnen uitleggen.

De dieren zelf moesten uiteraard ook aan hun zoutbehoefte voldoen. De roofdieren konden dit deels oplossen door het eten van prooidieren. Dieren vinden blijkbaar ook instinctief zoutbronnen, bijvoorbeeld een oppervlakkige zoutlaag. Er is ook sterke evidentie dat huisdieren ontstaan zijn door de aantrekkingskracht van zout in de menselijke urine, dat om evidente redenen sterk aanwezig was aan de rand van de eerste menselijke nederzettingen.

Bij de introductie van agricultuur (ca. 10.000 jaar geleden) ontstond een probleem: planten bevatten te weinig zout. Bovendien werd zout meer en meer gebruikt als voedingsbewaarmiddel zodat de winterperiode kon overbrugd worden. Het was ook de gewoonte om al het overtollige vee (dat veel zout nodig had) te slachten

voor de winter begon. Het resterende vee verbleef binnen en werd gebruikt voor de productie van melk dat eveneens zout bevatte.

Extra zout was dus nodig maar de ontginning en de distributie verliepen vroeger moeizaam. Omdat de vraag naar zout groter was dan het aanbod werd zout dan ook een zeer kostbaar goed ('het witte goud'). Rond zout ontstond een hele wereldhandel. Sommige plaatsnamen verwijzen dan ook naar de vroegere zoutontginning; bijv. Salzburg, Halle ('Hal' is zout in het Grieks), Tuzla in Bosnië-Herzegovina ('Tuz' is zout in het Turks), ...

Tijdens de vroeg-Romeinse tijd werden soldaten deels in zout uitbetaald ('salarium argentum'). Het huidige woord salaris is hiervan afgeleid. Het woord soldaat is eigenlijk afkomstig van 'sal dare' (Latijn voor 'zout geven'). Bij bepaalde inlandse nomadenstammen in Ethiopië wordt zout nu nog als betaalmiddel gebruikt.

Later werden zouttaksen geheven die tot 20 maal en meer konden bedragen dan de productiekost. Kort voor de Franse revolutie spendeerde de gemiddelde Fransman ongeveer een achtste van zijn jaarloon aan zouttaksen ('gabelle'). In sommige gebieden werd men zelfs verplicht om een bepaalde hoeveelheid zout per jaar af te nemen ('sel de devoir'). Deze exuberante zouttaksen hebben mee de Franse revolutie uitgelokt. Bij het uitbreken van de revolutie werden de tolkantoren onmiddellijk vernietigd. Later heeft Napoleon de zouttaksen wel opnieuw ingevoerd ondermeer om zijn oorlogen te financieren. De zouttaksen hebben in Frankrijk tot 1945 bestaan.

De zouttaksen die de Britten aan de Indiërs oplegden, hebben ook geleid tot de 'Zoutmars' van Mahatma Gandhi in 1935. Gandhi trok te voet vanuit Ahmedabad naar de kust in Dandi. Het werd een tocht van 380 km die 24 dagen duurde. Tijdens de tocht nam het aantal volgelingen progressief toe. Aan de kust begon Gandhi zelf zout te ontginnen om aan te tonen dat India de Britten niet nodig had. Samen met de legendarische geweldloosheid van Gandhi werd dit feit in het wereldnieuws verspreid ... en werd een eerste stap in het onafhankelijkheidsproces van India gezet.

Zout heeft dus een belangrijke impact gehad in onze geschiedenis, cultuur, taal en gewoonten. •

Symposia

- **Working Group of Heart Failure and Cardiac Function, First annual symposium, 15 oktober 2005, Aula ZOL.**

Programma:

9u05: Celltherapy, facts and fiction - C. Verfaillie (BE-USA)
 9u35: The failing heart, replace or assist? - B. Meyns (BE)
 10u05: Evaluation of functional mitral regurgitation in ischemic heart disease. Live session from Liège - L. Piérard (BE)
 11u00: Break
 11u30: Right and left heart: not the same side, different treatments - JL Vachiéry (BE)
 12u00: An update on the medical treatment of heart failure - A. Cohen-Solal (FR)
 12u30: The clinical results and future of CRT - C. Linde (SE)
 13u00: Closing remarks - end of session

- **Workshop "Psychotherapeutische technieken bij Chronische Pijnrevalidatie: van planning naar actie", dinsdag 18 oktober 2005, Résidence Stiemerheide Wiemesmeerstraat 105 3600 Genk.**

Programma:

8u: Welkom en ontbijtbuffet
 9u: Introductie: 'Cognitief-gedragmatige groepstherapie in een Multidis-ciplinair Pijncentrum: wat nu?', dr. J. De Bie, liaisonpsychiater en G. Van Hamme, klinisch psycholoog (ZOL).
 9u20: 'Fear-avoidance and disuse', dr. J. Vlaeyen, klinisch psycholoog, (Universiteit Maastricht)
 9u50: 'Advances in Cognitive Behavioral Therapy', dr. L. McCracken, (University of Bath)
 10u20 Pauze
 10u45 Workshop I, Groep A: Dr. L. McCracken, Groep B: Dr. J. Vlaeyen
 12u45 Lunch
 13u45 Workshop II Groep A: Dr. J. Vlaeyen, Groep B: Dr. L. McCracken
 15u45 Discussie en slotbeschouwing
 16u15 Einde

- **Endocrino@zol**

Donderdag 20 oktober (Limburghal)

20u30: Glycemieregeling op een intensieve zorgeneenheid, dr. Greet Van den Berghe (KUL)

21u30: Medicamenteuze reacties op antidiabetestherapie, dr. Tits (ZOL)

22u00: Nieuwsflash, dr. Yves Kockaerts (ZOL)

22u15 : Receptie

Vrijdag 21 oktober (Limburghal)

Management van een nieuwe voetulcus, Alex Bots (ZOL)

Knowhow of impasse? An Coenen (ZOL)

Medische urgenties bij zwangere vrouwen, Dr. Yves Kockaerts (ZOL)

Workshop 1: Ketoacidose en hyperosmolair hyperglycemisch syndroom in het ziekenhuis

Workshop 2: Sick day management van de diabetes in de thuissituatie

Workshop 3: Voorbereiding van de diabetes voor heelkunde of medische onderzoeken

Workshop 4: Opvangen van een hypoglycemie zowel binnen als buiten het ziekenhuis

Workshop 5: Voedingsadviezen bij diabetes met een inter-currerende ziekte

Lezingen Wetenschappelijke Raad 2005-2006

- Donderdag 20 oktober 2005: Endocrino@zol: Acute complicaties van diabetes mellitus (20.30 uur)
 Zie bovenaan
 20 NE – rubriek 2
- Donderdag 24 november 2005: Aanpak van morbide obesitas (20.30 uur)
 Obesitas als maatschappelijk probleem en de multidisciplinaire aanpak van morbide obesitas, dr. Y. Kockaerts / endocrinologie ZOL
 Chirurgische behandelingsmogelijkheden van morbide obesitas, dr. H. Verhelst / abdominale heelkunde ZOL
 Moderator: Dr. K. Van der Speeten / abdominale heelkunde ZOL
 20 NE – rubriek 2
- Donderdag 19 januari 2006: Psychologische en ethische aspecten van gynaecologische en obstetrische zorg (20.30 uur)
 Postpartum depressie
 Psychologie van het infertiele paar
 Psychologie van diagnostische testen
 Inhoudelijk coördinator: prof. dr. E. De Jonge, gynaecologie en verloskunde ZOL
 Voorzitter ethisch comité ZOL
 20 NE – rubriek 6

- Donderdag 23 februari 2006: Psychogeriatric en ouderenspsychiatrie: multidisciplinaire samenwerking en netwerkvorming (20.30 uur)
De psychische aandoeningen bij bejaarden stijgen evenredig met de snelle toename van het aantal hoogbejaarden in onze maatschappij.
Om hierop een adequaat antwoord te bieden zijn nieuwe multidisciplinaire initiatieven zoals de geheugenraadpleging en het geriatrisch daghospitaal een noodzaak. Tevens probeert het ouderenspsychiatrisch netwerk een betere zorgcontinuïteit voor de patiënt te bieden.
Stafleden geheugencentrum dienst geriatrie ZOL
Stafleden ouderenspsychiatrie ZOL
20 NE – rubriek 2
- Donderdag 23 maart 2006: Niet-invasieve technieken in de cardiologie (20.30 uur)
MRI in de cardiologie, prof. dr. F. Rademakers / cardiologie UZ Leuven
Ultrafast CT in de cardiologie, prof. dr. B. Shivalkar / cardiologie UZ Antwerpen
Nieuwere technieken in de echocardiografie, dr. P. Vandervoort / cardiologie ZOL
Moderatoren: Dr. W. Van Mieghem – Dr. M. Vrolix / cardiologie ZOL
20 NE – rubriek 2
- Donderdag 20 april 2006: Nieuwe trends in de aanpak van chronische (rug)pijn: van symptoomcontrole naar pijnrevalidatie (20 uur)
1 jaar Multidisciplinair referentiecentrum voor chronische pijn, dr. J. Van Zundert / anesthesiologie - pijntherapie MPC ZOL
Het hoofd en de benen: psychologische aspecten binnen het pijnrevalidatiemodel, G. Vanhamme / klinische psychologie MPC ZOL
De benen en het hoofd: kinesitherapeutische aspecten binnen het pijnrevalidatiemodel, R. Maiori / kinesitherapie MPC ZOL
Het David Back Concept als praktisch voorbeeld van fysische pijnrevalidatie, staflid fysische geneeskunde - revalidatie ZOL
Moderatoren: Dr J. De Bie (Liaisonpsychiatrie / Epsoma / MPC ZOL) – Dr. M. Puylaert (anesthesiologie- pijntherapie MPC ZOL)
20 NE – rubriek 6
- Donderdag 18 mei 2006: Diabetische voet (20.30 uur)
Organisatie van de diabetische voetklinik van het ZOL, staf lid dienst endocrinologie ZOL
Hyperbare zuurstoftherapie bij diabetische voetletsels, dr. S. Van Poucke / anesthesiologie ZOL

De behandeling van distale arteriopathie, dr. W. Lansink / Long - en vaatheelkunde ZOL
20 NE – rubriek 2

- Donderdag 22 juni 2006: Minimale medische criteria inzake lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig (20.30 uur)
Het rijgeschiktheidsattest, G. Baten
Rijgeschiktheid en voertuig aanpassingen (CARA – BIVV)
Juridisch medische aspecten van het rijgeschiktheidsonderzoek en medische criteria betreffende het rijbewijs.
Aansprakelijkheid van de arts: toelichting van de vigerende rechtsspraak, dr. R. Heylen / anesthesiologie ZOL
20 NE – rubriek 6

ABSTRACTS

Title: *Obstetric and perinatal outcome of 1655 ICSI and 3974 IVF singleton and 1102 ICSI and 2901 IVF twin births: a comparative analysis*

Published in: Reproductive BioMedicine Online 2005 Vol. 11, No. 1. 76–85

Authors: W Ombelet, I Cadron, J Gerris, P De Sutter, E Bosmans, G Martens, G Ruysinck, P Defoort, G Molenberghs, W J A Gyselaers

Abstract:

The aim of this study was to compare the obstetric and perinatal outcome of singleton and twin pregnancies after IVF and ICSI. We used the data from the regional registry of all hospital deliveries in the Dutch-speaking part of Belgium during the period from January 1997 until December 2003. A total of 3,974 IVF and 1,655 ICSI singleton births and 2,901 IVF and 1,102 ICSI twin births were evaluated. Pregnancies after both fresh and frozen transfers were included. The main outcome measures were duration of pregnancy, induction of labour, operative delivery, birth weight, Apgar score < 5 after 5 minutes, neonatal complications, fetal death, neonatal death, perinatal death and congenital malformations.

IVF and ICSI singleton pregnancies were very similar for most obstetric and perinatal variables. The only significant difference was a higher risk for prematurity (< 37 weeks of amenorrhea) in IVF pregnancies compared to ICSI pregnancies (12.4 versus 9.2 %, OR = 1.39, 95 % CI = 1.15-1.70). For twin pregnancies, differences were not statistically different except for a higher incidence of stillbirths in the ICSI group (2.08 versus 1.03 %, OR = 2.04, 95 % CI = 1.14-3.64). Intrauterine growth retardation with or without pregnancy-induced hypertension (PIH) was observed more often in the

ICSI-group, supporting indirectly an immunological basis for this unexpected finding.

In conclusion, this large case-comparative retrospective analysis shows that after matching for singleton and twin gestation, the obstetric outcome and perinatal health of IVF and ICSI pregnancies seem to be very comparable.

Title: Review of surgical techniques to insert implants in urogynaecology.

Published in: International Congress Series: Gynaecology, Obstetrics and Reproductive Medicine in Daily Practice: No. 1279 (2005) 398-406, Elsevier Amsterdam

Author: Piet Hinoul

Abstract:

Midurethral needle suspensions were introduced in 1995 by Ulmsten and Petros. The tremendous success of the Tension Free Vaginal Sling can be attributed to its clinical effectiveness. However, its ease of use and low complication rate secondary to the used synthetic material has generated an explosion in the use of autologous grafts and needle suspension techniques in the treatment of incontinence and prolapse. Techniques to insert implants used for the treatment incontinence, prolapse of the anterior, middle and posterior vaginal compartment are the subject of this review.

Title: Intravenous contrast ultrasound in gynecology

Published in: International Congress Series: Gynaecology, Obstetrics and Reproductive Medicine in Daily Practice No. 1279 (2005) 174-178, Elsevier Amsterdam

Authors: Caroline Van Holsbeke, Dirk Timmerman

Abstract:

Contrast Tuned Imaging (CnTi), is a new contrast dedicated technology, applied on the transvaginal probe utilizing the second generation contrast agent SonoVue, which consists of sulphur hexafluoride microbubbles. We evaluated the efficacy of this technology as compared with the standard examination in different gynecological pathologies in order to detect and characterize ovarian and uterine lesions. Each patient underwent an unenhanced (baseline) and a contrast enhanced ultrasound evaluation. In patients with uncertain pelvic masses and tumors suspected to represent recurrence of malignancy, the application of CnTi-SonoVue was helpful to exclude malignancy; lesions that did not show any kind of vascularization proved to be benign. In the malignant cases where color

Doppler mode could not detect blood flow, CnTi-SonoVue usually detected vascularization or enhanced the blood vessels already seen with color Doppler. As far as endometrial cancer, endometrial hyperplasia and endometrial polyps are concerned, the CnTi-SonoVue technology did not show superiority over the B-mode evaluation in defining the margins of the lesion and in assessing the depth of myometrial invasion of endometrial cancer. In conclusion, the qualitative use of CnTi-SonoVue technology has improved our confidence in excluding pelvic malignancy. Furthermore, the quantitative assessment seems to be a promising tool for a better distinction between malignant and benign adnexal tumors.

Title: Fetal aneuploidy screening practice in Flanders and Belgium.

Published in: International Congress Series, Gynaecology, Obstetrics and Reproductive Medicine in Daily Practice: No. 1279 (2005) 228-233, Elsevier Amsterdam

Authors: W. Gyselaers, A. Vereecken, J. Nijhuis

Abstract

The current situation of antenatal fetal aneuploidy screening in Belgium is reviewed for the provision of screening service, the performance and results of different screening methods and the registration of perinatal data on congenital malformations. Some options are discussed towards improvement of future screening practice in the Belgian pregnant population.

Title: Survey on the future organisation of first-trimester ultrasound screening in Flanders, Belgium.

Published in: Prenatal Diagnosis 2005 Jun; 25(6):518-519.

Authors: W. Gyselaers, L. De Catte, I. Witters, E. de Jonge, W. Ombelet, J. Nijhuis.

Abstract:

Nuchal translucency (NT) and other ultrasound markers have become important parameters for fetal aneuploidy screening (Nicolaidis, 2003). Several difficulties are reported when ultrasound parameters are introduced in population screening for fetal aneuploidy, such as scheduling of scanning within relatively narrow gestational age intervals and the availability of appropriately trained ultrasonographers for NT measurement (Benn, 2002). Centralisation of ultrasound examinations in third-level expert centres has been proposed as a measure to guarantee high quality NT screening (Egan et al., 2002). In this system, however, pregnant woman may have poor access to appropriate

screening modalities (Welch and Malone, 2003; Whittle, 2001). Today in Flanders, North Belgium, there are no guidelines on screening for fetal aneuploidy. We asked the chief obstetricians of all 75 maternity clinics in Flanders about their opinion on the future organisation of first-trimester ultrasound screening (1USS).

A questionnaire was sent, addressing some key points of ultrasound screening in three questions:

1. Do you think in your own department 1USS should be available as a routine prenatal service for every pregnant woman requesting for screening?
2. Do you think training on methodology of 1USS is desirable in your department?
3. Do you agree to have an independent, external audit on the quality of 1USS in your department?

The response rate was 92.0% (69/75). Of the responders, all except two centers (67/69, 97.1%) considered 1USS a routine prenatal service that should be available in every obstetric clinic. Of these 82.6% (57/69) felt a need for training on 1USS methodology and 88.4% (61/69) agreed to have external quality control.

The results from this questionnaire clearly show that the majority of the Flemish chief obstetricians consider 1USS as an integral part of routine prenatal care. Today, the Belgian National Institute of Health Care Insurance (RIZIV) refunds one obstetric ultrasound scan per gestational trimester for every pregnant woman. In Flanders, North Belgium, over 95% of routine prenatal care is provided by obstetricians, who also perform most of the ultrasound scanning (Kind en Gezin, 2004). The provision of 1USS in every obstetric clinic in Flanders would offer pregnant women an easy access to fetal aneuploidy screening by ultrasound, without the need of increase the number of ultrasound scans.

The performance of NT-based screening has been reported to improve after appropriate training and adherence to a standard technique (Monni et al., 1997), but also by application of a centre- or performer-specific reference range for NT measurement (Wald et al., 2003). Even when performer-specific reference ranges are used, training on NT measurement is still needed to reduce as much as possible the inter- and intra-observer variation and deviations from the median (Pajkrt et al., 2000). In screening, a narrow deviation from the median in the affected and unaffected populations enhances the performance of the parameter used (Cuckle and Wald, 2000).

In order to guarantee high-quality screening, the Flemish obstetricians comply to further training in methodologic standardisation of ultrasound scanning and agree for quality control through a system of external audit. These data should encourage the leading centres for obstetric ultrasound in the country to organise training sessions on ultrasound screening for all prenatal clinics in Flanders and the Belgian Government of Health Care to stimulate this process of quality achievement and control.

Title: Perinatal outcome of ICSI pregnancies compared to a matched group of natural conception pregnancies in Flanders (Belgium): a cohort study.

Published in: *Reprod Biomed Online*. 2005 Aug;11(2):244-53

Authors: Willem Ombelet, Karen Peeraer, Petra De Sutter, Jan Gerris, Eugene Bosmans, Guy Martens, Gunther Ruysinck, Paul Defoort, Geert Molenberghs, Wilfried Gyselaers

Abstract

We conducted a retrospective cohort study with two exposure groups: an ICSI group and a naturally conceived comparison group. All deliveries in the Dutch-speaking part of Belgium from January 1997 until December 2003 were investigated to study differences in perinatal outcome between singleton or twin pregnancies after ICSI compared with naturally conceived pregnancies. A total of 1655 singleton and 1102 twin ICSI births were studied. Control subjects were selected from a regional registry and were matched for maternal age, parity, place of delivery, year of birth and fetal sex. The main outcome measures were duration of pregnancy, birth weight, incidence of Apgar score < 5 after 5 minutes, neonatal complications, perinatal death and congenital malformations.

Our overall results showed that twin births, when compared to singletons, carry a much higher risk of poor perinatal outcome. For both ICSI-singletons and ICSI-twins we found no significant difference between ICSI and naturally conceived pregnancies for all investigated parameters. After excluding like-sex twin pairs, ICSI twin pregnancies were at increased risk for perinatal mortality (OR = 2.74, CI = 1.26-5.98), prematurity (OR = 1.38, CI = 1.10-1.75) and low birth weight (OR = 1.34, CI = 1.06-1.69) compared to spontaneously conceived unlike-sex twin pairs.

In conclusion, the perinatal outcome of ICSI singleton and twin pregnancies was very similar to that of spontaneously conceived pregnancies in this large cohort study. After excluding like-sex twin pairs, ICSI-twins were at increased risk for prematurity, low birth weight and a higher perinatal mortality compared to the natural conception comparison group.

LEZINGEN

Title: Perinatal outcome of 11.938 single and 3108 twin births after non-IVF assisted reproduction: a case-control study.

Speaker: Dr. Willem Ombelet

Presented at: 21st Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, 19-22 June 2005. ESHRE 2005 – Copenhagen



dr. Stefan Delen,
gastro-enterologie



dr. Jo Dens,
cardiologie



dr. Gregg Van de Putte:
gynaecologie



dr. Sabine Fransis,
anatomopathologie

Nieuwe geneesheren



dr. Frank Jans,
anesthesiologie



dr. Lizelot Paulissen:
mond-, kaak- en
aangezichtschirurgie



dr. Diedrik Peuskens,
neurochirurg



dr. Pieter Viaene:
neurologie



dr. Hendrik Mertens,
medische beeldvorming



dr. Pascal Vanelderden:
anesthesiologie



dr. Sven Van Poucke,
anesthesiologie

Erkenning curatieve voetkliniek

Het ZOL kreeg als enige Limburgse ziekenhuis een erkenning voor een derdelijns curatieve voetkliniek. Eerder had het ZOL al een preventieve voetkliniek.

De multidisciplinaire curatieve voetkliniek is gericht op de diabetespatiënt met een zware voetpathologie. Naast de endocri-

nologen, de podoloog en de diabetesverpleegkundigen zijn ook de orthopedisten, de dermatologen en de vaatchirurgen betrokken.

Voor afspraken voor de preventieve en curatieve voetkliniek kan u terecht op tel. 089/32.55.32

ENDOCRINO@ZOL

Avondsessie
donderdag 20 oktober 2005

Glycemieregeling op een intensieve zorgeneenheid

Prof. Dr. Greet Van den Berghe / intensivist – anesthesioloog UZ Leuven

Medicamenteuze reacties op antidiabetestherapie

Dr. Jos Tits / endocrinoloog ZOL

Nieuwsflash

Dr. Yves Kockaerts / endocrinoloog ZOL

Dagsessie
Vrijdag 21 oktober 2005

Als deelnemer heeft u de mogelijkheid om aan 3 lezingen en 3 workshops deel te nemen. Volgende lezingen worden verstrekt :

Management van een nieuw voetulcus

Alex Bots – podoloog ZOL

Knowhow of impasse?

An Coenen – klinisch psychologe ZOL

Medische urgenties bij zwangere vrouwen

Dr. Yves Kockaerts – endocrinoloog ZOL

Volgende workshops worden aangeboden:

- Ketoacidose en hyperosmolair hyperglycemisch syndroom in het ziekenhuis
- Sick day management van de diabetes in de thuissituatie
- Voorbereiding van de diabetes voor heelkunde of medische onderzoeken
- Opvangen van een hypoglycemie zowel binnen als buiten het ziekenhuis
- Voedingsadviezen bij diabetes met een intercurrerende ziekte

Info en inschrijvingen:

Geriatrisch Initiatief Ziekenhuis Oost-Limburg
Stalenstraat 2, B-3600 Genk
Tel 089-32 55 13 • Fax 089-32 79 43
E-mail: claudine.vandemaele@zol.be
www.endocrino.be • www.zol.be
Congresplaats: Limburghal te Genk



GERIZOL

NUTRICIA



Ziekenhuis Oost-Limburg



 **NOVARTIS**

