

# W-CARE MAGAZINE

MEDISCH INFORMATIEF MAGAZINE - O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM

Wondzorg

Gastro-enterologie

Bouw MRI

Innovaties binnen  
diabeteszorg

#2

Feb. 2020

# Editoriaal

Na de eerste editie van W-care magazine mochten we enkel maar positieve reacties ontvangen. Dit triggert ons hiermee door te zetten en met de volgende edities minstens even goed te doen.

In dit magazine kunnen we u opnieuw vier jonge artsen voorstellen. Het zijn allen enthousiaste professionals die bewust voor ons ziekenhuis hebben gekozen. Ze kiezen om te werken in een ziekenhuis op mensenmaat, waar de communicatielijnen met collega's van eerste en tweede lijn kort zijn en waar de patiënten geen nummer zijn. Investeren in menselijk kapitaal is een belangrijke pijler voor de toekomst.

Daarnaast investeren we ook verder in technologie. De dienst medische beeldvorming wordt uitgebreid met een lokaal voor de MRI-scan. Deze moet nog dit semester operationeel zijn. In onze volgende editie wordt hier uitgebreid op ingegaan.

In tijden waarin de toekomst van ziekenhuizen en diensten in vraag wordt gesteld, kijken we steeds vooruit. Het kenniscentrum legde de lat voor efficiënte materniteiten op 557 bevallingen per jaar. Met meer dan 700 bevallingen per jaar overschrijden we deze grens ruimschoots. We zijn benieuwd wanneer onze nieuwe federale regering het levenslicht zal zien en hoe gezond de pasgeborene zal zijn. We wachten in spanning af wanneer de Vlaamse regering de netwerken en vooral het onze zal erkennen.

Het is voor ons in ieder geval essentieel dat we verder "net werk" kunnen blijven leveren voor alle mensen van Waregem en omgeving.

Noël Cierkens  
Algemeen directeur



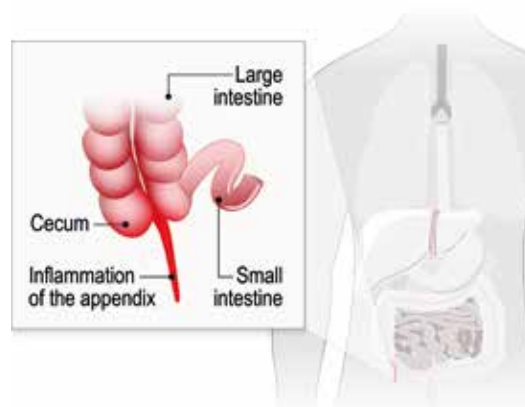
## 5.



Hoofdartikel

### Wondzorg en haar vasculaire setting

## 20.



Voor u gelezen

### Acute appendicitis: antibiotica of operatie?

## 10.



Techniek in de kijker

### Nieuwe technologieën in de behandeling van type 1 diabetes

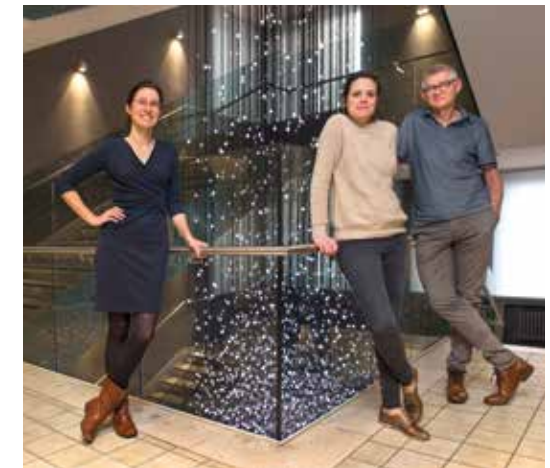
## 22.



Update

### W-tjes/ Nieuwe artsen

## 16.



Dienst in de kijker

### Gastro - enterologie

#### Colofon

**W-Care.** Dit tijdschrift verschijnt driemaal per jaar en wil een overzicht geven van de medische en organisatorische activiteiten binnen het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem.

**Redactiecomité:** Dr. Jasper Decoene, Dr. Christopher Lange, An-Sofie Neiryck, Fien De Smet, Delphine Dutoit

**Opmaak:** dienst communicatie O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem

**Fotografie:** an-sofie.neiryck@ziekenhuiswaregem.be

**Verantwoordelijke uitgever:** O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem vzw, Vijfseweg 150, 8790 Waregem





HOOFDARTIKEL

# Wondzorg en haar vasculaire setting

Dr. Loes Helsloot

We kennen ze allemaal, de chronische wonden die maar niet willen helen. Ze zijn niet alleen voor de patiënt erg vervelend, maar ook voor u, de huisarts. Maar wat is nu de beste benadering en aanpak?

## Wat is een chronische wonde?

Chronische wonden zijn wonden die moeilijk helen, niet binnen de normale herstelperiode van 4 tot 6 weken genezen en aangepaste zorg vragen. Deze zorg kan omschreven worden als de behandeling van een huiddefect dat ontstond als gevolg van een onderliggende pathologie of een externe factor. De onderliggende pathologie is vaak de onderhoudende factor waardoor de wonde er niet in slaagt om in een geordend en in tijd bepaald proces de anatomische en functionele resultaten te bereiken. Deze onderliggende pathologie zorgt er dus voor dat de natuurlijke wondheling vertraagt of stopt. In tegenstelling tot acute wonden, die genezen binnen enkele dagen of weken, blijven chronische wonden, door onaangepaste zorg, maanden tot zelfs jaren aanwezig. Daarbij treden mogelijk ook complicaties op zoals infecties, pijn en functieverlies tot zelfs amputaties en overlijden.

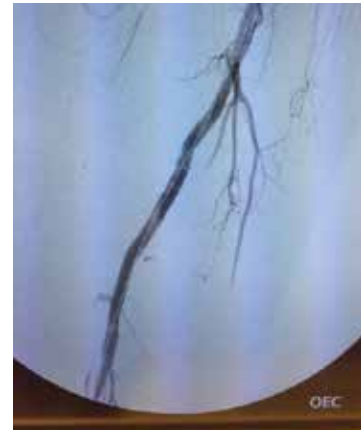
Momenteel wordt geschat dat 1 à 2% van de Belgische bevolking een chronische wonde heeft. Vermoedelijk zal dit aantal verder oplopen door veroudering van de bevolking en door de toename van het aantal chronische ziekten zoals diabetes mellitus en vaatlijden. Daarbij mag niet onderschat worden wat de kostprijs van chronische wonden is. Dit kan al snel oplopen tot een gemiddelde kost per episode van €6650 voor ulcera ter hoogte van de benen tot €10 000 voor wonden van de voeten, hierdoor verantwoordelijk voor 2 tot 4% van het totaal budget voor gezondheidszorg.

## Aanpak van chronische wonden

Bij de patiëntengroep met een onderliggende pathologie zorgt deze chronische aandoening voor een complex medisch maar ook sociaal probleem dat een aangepaste behandeling en zorg vergt. Chronische wondzorg vraagt dan ook een multidisciplinaire aanpak, zowel in



pre-rekanalisatie Arteria Femoralis Superficialis (AFS) rechts.



post-rekanalisatie AFS



varices

de thuiszorg, de ambulante specialistische zorg als in kader van hospitalisatie. Dit multidisciplinair team bestaat doorgaans enerzijds uit de huisarts en thuisverpleegkundige binnen de ambulante setting en anderzijds uit de vaatchirurg, endocrinoloog, infectioloog, orthopedist, podoloog, diëtiste en wondzorgspecialist binnen de gespecialiseerde setting.

## Arterieel vaatlijden

Vasculaire oppuntstelling bij chronische wonden is van primordiaal belang. Wanneer er arteriële vernauwingen of verstoppingen aanwezig zijn als gevolg van arteriosclerose of calcificaties, dan kan de bloedvoorziening in die mate tekort schieten dat er onvoldoende zuurstof naar de weefsels komt met afsterven van de huid en het onderhuids vetweefsel tot gevolg. Hierdoor kan een wonde of ulcus ontstaan. Dergelijke wonden kunnen oppervlakkig zijn maar ook heel diep, soms in contact met onderliggend bot of tot in een gewricht. Arteriële wonden ontstaan voornamelijk ten gevolge van een beperkt trauma of op drukplaatsen (bijvoorbeeld op tenen en voeten bij niet aangepast schoeisel). Drukwonden in de tenen ontstaan typisch bij patiënten met diabetes mellitus gecompliceerd met polyneuropathie. Decubituswonden aan de hielen treden op door een combinatie van verschillende factoren: een slechte bloedvoorziening, langdurige druk op dezelfde plaats en een verminderde pijnsensatie.

Controle op de dienst vaatheelkunde bestaat uit een uitgebreide anamnese met navragen van de cardiovasculaire risicofactoren (zoals diabetes mellitus, roken, arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, sedentaire levensstijl en familiale belasting), claudicatio en rustpijn. Ook een uitvoerig klinisch onderzoek zoals controle

van temperatuur en kleur van de onderste ledematen, palperen van de perifere pulsaties met meten van de enkel-armindex en nagaan van de sensibiliteit in het kader van neuropathie komen er aan te pas. Verdere oppuntstelling gebeurt met een echografie van de ledematen. Via doppler/duplexsignalen kunnen eventuele verstoppingen of vernauwingen opgespoord worden. Bij afwezige of afgezwakte signalen dient een CT angiografie of MR angiografie (bij slechte nierfunctie of contra-indicatie voor contrast) te gebeuren. Met de resultaten van al deze analyses kunnen de behandelingsopties bekeken worden.

In geval van arterieel lijden, trachten wij waar mogelijk om minimaal invasief te werk te gaan via endovasculaire technieken. Hierbij wordt een ballondilatatie van de stenose al dan niet met stenting uitgevoerd. De dag na een dergelijke ingreep kan de patiënt in principe ons ziekenhuis reeds verlaten. Wanneer endovasculaire behandeling niet mogelijk is, zal een endarterectomie en/of bypass ingreep uitgevoerd moeten worden. Bij deze laatste wordt de aangetaste zone niet gedilateerd maar overbrugd. Bij een dergelijke ingreep wordt een hospitalisatieperiode van een vijftal dagen voorzien. Via bovenstaande technieken wordt de bevloeiing en dus ook de zuurstofvoorziening naar de wonde snel hersteld.

## Veneus vaatlijden

In andere situaties zijn chronische wonden ter hoogte van de benen het gevolg van langdurig veneuze insufficiëntie. Dit kan optreden in zowel het oppervlakkige, perforerend als het diep veneus systeem. In normale omstandigheden stroomt het bloed van de benen naar het hart toe door éénrichtingskleppen in de hoofdadern. Door overdruk (zoals bij langdurig staan, zwangerschap, abdominale obesitas of doorgemaakte tromboflebitis)

kunnen deze kleppen stuk gaan en ontstaat er reflux in deze aders. Hierdoor zal de druk in de oppervlakkige aders toenemen, zullen deze uitzetten en spataders worden. Tekenen van insufficiëntie van het oppervlakkige systeem zijn varicosis en tromboflebitis. Door deze chronische veneuze insufficiëntie neemt de druk in de venen en de capillairen toe, wat leidt tot afwijkingen in het capillaire vaatbed en veranderingen in de cutis en subcutis. Hierbij ontstaat er onvoldoende aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen en worden vocht en eiwitten in de subcutis geperst. Eerst wordt de huid in de aangetaste delen gevoelig, minder elastisch en harder. Uiteindelijk sterft de huid af en kan zelfs het kleinste, nauwelijks zichtbare wondje zich ontwikkelen tot een open wonde die vocht afscheidt. Oppuntstelling bij de vaatchirurg bestaat opnieuw uit een uitgebreide anamnese met aandacht voor voorbeschikkende factoren als langdurig staan, overgewicht, zwangerschap, jeuk, vermoeidheid in de benen en dergelijke meer. Bij klinisch onderzoek kijken we naar perifeer oedeem, variceuze convoluten, hyperpigmentatie, atrofie blanche, dermato- en liposclerose en ulcera. Veneuze insufficiëntie wordt verder in beeld gebracht door middel van echografie gecombineerd met duplex/doppler.

Insufficiëntie van de VSM en/of VSP behandelen we met endoveneuze ablatie door middel van laser of radiofrequentieablatie. Deze minimaal invasieve behandelingen worden uitgevoerd in ons dagziekenhuis. Nieuwere technieken zoals dichtlijmen van de VSM met Venaseal kan eveneens toegepast worden, hiervoor is zelfs geen hospitalisatie noodzakelijk. Wanneer de patiënt niet in aanmerking komt voor ablatie of dichtlijmen van de ader, door te oppervlakkig verloop of te grote diameter, kan een klassieke stripping uitgevoerd worden. Aanvullend bij bovenstaande technieken zullen flebectomieën worden uitgevoerd, waarbij de oppervlakkige variceuze

convoluten via kleine incisies verwijderd worden. Behandeling van dieper gelegen insufficiënte takken bestaat uit foamsclerotherapie. Hierbij wordt tot schuim vermaakte aethoxysclerol geïnjecteerd in de veneuze tak wat verlittekening tot gevolg heeft. Deze behandeling voeren we echogeleid uit op de raadpleging. Bij patiënten die niet op één van deze manieren behandeld kunnen worden, is compressietherapie onontbeerlijk. Bij mobiele patiënten met beperkt oedeem verkiezen we een steunkous klasse II. Wanneer oedeem meer uitgesproken is, wordt geopteerd voor korterekwindels, die in 2 lagen in omgekeerde slag van de tenen tot aan de knie aangelegd worden. Wanneer de patiënten weinig mobiel zijn, zullen langerekwindels in een enkele laag van de tenen tot aan de knie aangelegd worden.

## Lokale wondzorg

Eens onderliggende chronische aandoeningen opgespoord en aangepakt zijn, kan de lokale wondzorg verder geoptimaliseerd worden. Hiervoor werken we volgens het TIME-principe:

### Tissue management

Door middel van tissue management wordt getracht een granulerende wondbodem te creëren en dit door storende factoren weg te nemen die als voedingsbodem voor bacteriën kunnen functioneren. Voorbeelden hiervan zijn fibrine, etter, necrose, vreemd materiaal en biofilm.

Hiervoor gaan we op twee manieren te werk. Ten eerste zorgen we voor een goede wondreiniging zodat verdere behandeling optimaal kan inwerken. Hierbij wordt losliggend materiaal verwijderd. Dit kan door gebruik van fysiologische oplossing, woundcleansers en mechanische reiniging in de vorm van een douche. Ten

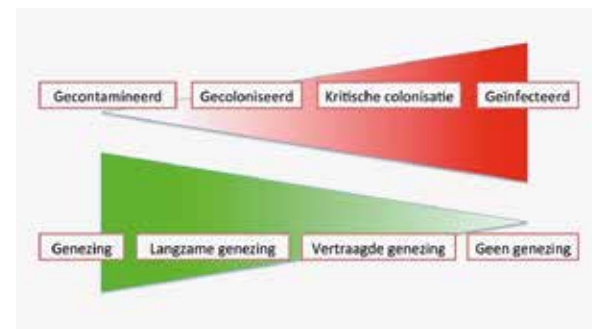


tweede dient voor materiaal dat nog vast zit een wonddebridement uitgevoerd te worden. Hierna kan de diepte van de wonden geëvalueerd worden. Bij uitgesproken vervuiling dient dit debridement chirurgisch uitgevoerd te worden. Andere technieken zijn osmotisch (honing, suiker en alginaten), autolytisch (hydrogels en hydrocoloiden), enzymatisch of biologisch (larven).

### Infection control

Elke wonde bevat bacteriën, echter wanneer substantiële kolonisatie optreedt, zorgt dit voor een vertraagde wondheling en complicaties zoals infectie. Infectie wordt in de hand gewerkt door de aanwezigheid van een biofilm. Deze biofilm kunnen we omschrijven als een laag van micro-organismen, omgeven door een zelf geproduceerd slijm dat zich vasthecht aan het oppervlak. We herkennen een biofilm op een wonde door het gelatineus voorkomen van het wondbed. Hoe gaan we nu te werk bij infectiecontrole? Bij gecontamineerde of gekoloniseerde wonden volstaat het om deze uitvoerig te reinigen. Wanneer er echter kolonisatie optreedt bij risicopatiënten (zoals bij diabetes mellitus, patiënten met gevoelsstoornissen, immuungecompromiteerde patiënten, onhygiënische patiënten, wonden in plooiën, bij geriatrisch profiel e.d.) volstaat het niet om de wonde alleen te reinigen. Hier dienen we de wonde tevens te ontsmetten met een antisepticum. Bij stinkende, vochtige wonden met verweekte randen en stagnatie van de heling, is er vaak sprake van een kritische kolonisatie. Bij deze wonden zullen we na het reinigen een wondkweek afnemen, vervolgens ontsmetten en hier antibacteriële verbanden gebruiken. Wanneer de bacteriën echter het wondbed en de omliggende huid penetreren, ontstaat een uitbreidende infectie. Deze presenteert zich door rubor, color, dolor en tumor. Daarnaast kunnen systemische klachten zoals koorts optreden. In deze gevallen dient gestart te worden met orale antibiotica, die in tweede tijd aangepast wordt op geleide van de

wondkweken. Lokale antibiotische zalven zijn verlaten. Geïnfecteerde wonden worden hetzelfde benaderd als de kritisch gekoloniseerde wonden, dus reinigen, ontsmetten en antibacteriële verbanden gebruiken. Echter worden bij geïnfecteerde wonden de verbandwissels opgedreven naar meerdere malen per dag.



### Moisture balance

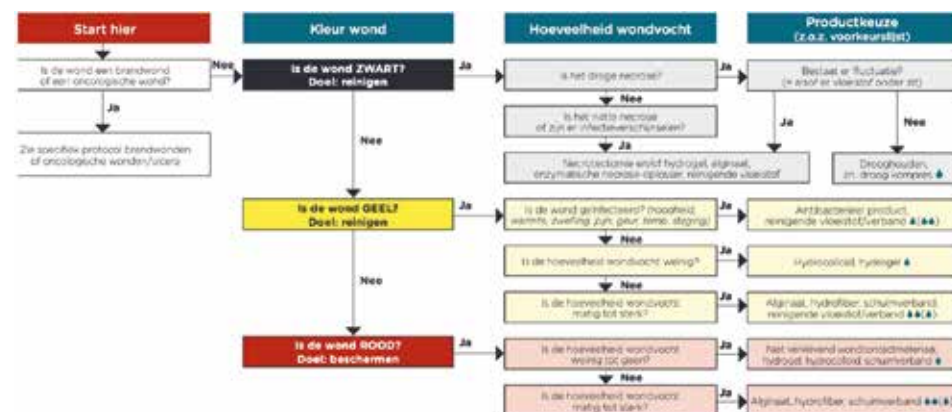
Met moisture balance wordt bedoeld het nastreven van een vochtige wondbodem. Dit doen we door droge wonden vochtig te houden aangezien droogte de epitheelmigratie vertraagt. Bij nattende wonden zal het exsudaat geabsorbeerd moeten worden aangezien overmatig vocht de wondranden macereert.

### Epithelialisation/Edge

Wondheling komt vanuit de wondranden. De wondranden worden daarom enerzijds beschermd tegen verweking, terwijl we anderzijds uitdrogen moeten voorkomen door het verwijderen van de korsten en de omgeving te hydrateren.

### Wondzorgproducten

Wanneer we nu wonden gaan verzorgen, zien we dat er ontzettend veel verbanden op de markt zijn. In dit artikel zal ik niet verder ingaan op deze materie maar ik geef u graag toch onderstaande tabel mee als leidraad.



Oclusieve verbanden worden beter niet gebruikt bij chronische wonden. Deze verbanden ademen te weinig waardoor de proliferatie van bacteriën kan toenemen. Daarnaast wordt de wonde vaak te vochtig waardoor maceratie van de wondranden optreedt. Belangrijk is dat er geen insnoerende verbanden of zwachtels gebruikt worden. Hierbij ontstaat distaal oedeem en wordt de bloedvoorziening ter hoogte van de wonde zelf gehinderd. Kies steeds voor zwachtels die kunnen meekken.

### Werking van onze wondkliniek

Hoe gaat de opvolging van chronische wonden in onze wondkliniek nu in zijn werk?

Bij moeizame en vertraagde wondheling wordt de patiënt naar onze dienst verwezen. Hij wordt opgevangen door de vaatchirurgen Dr. Loes Helsloot of Dr. Francis Goudsmedt en Greta Ranson, onze gespecialiseerde wondverpleegkundige.

Op donderdag worden de diabetische voetwonden gezien. Tijdens deze consultatie is Dr. Katia Mekeirele, endocrinoloog, eveneens aanwezig, net als onze orthopedisten en bandagisten die op maat gemaakte schoeisel voorzien voor deze patiënten. Zo voorzien we de multidisciplinaire aanpak die nodig is voor diabetische wonden.

Op woensdag worden de wonden gezien die niet onder de diabetische voetkliniek vallen. Tijdens een eerste consultatie wordt de wonde geëvalueerd en de vasculaire status van de patiënt geanalyseerd. Indien geen vaatchirurgische interventie noodzakelijk is, dan wordt verder toegespitst op de specifieke wondzorg. Zo nodig worden wondkweken genomen en wordt het reeds ingestelde wondbeleid aangepast. Steeds wordt een attest met de juiste verzorgingsmethode aan de patiënt meegegeven zodat deze aan de thuisverpleegkundige kan worden bezorgd. Bij nieuwe wonden of kritische wonden zien we de patiënte initieel frequent op onze polikliniek terug, dit om tijdig te kunnen anticiperen op achteruitgang of veranderingen. De verwijzend arts wordt schriftelijk op de hoogte gesteld van onze bevindingen en ons behandeladvies.

Wanneer de wonde voor een geplande raadpleging achteruit gaat, dan kunnen wij steeds telefonisch of per email gecontacteerd worden (contactgegevens: zie onder). Ook kunnen foto's van de wonden naar onze afdeling verzonden worden. Hierbij hebben wij als arts

een beter zicht op de evolutie van de wonde en kunnen we vaak advies uitbrengen zonder dat de patiënt genoodzaakt is zich op onze polikliniek aan te melden. Voor ouderen en mindervalide patiënten kan dit namelijk een hele belasting zijn.

Bij sommige kritische of geïnfecteerde wonden kan een opname in ons ziekenhuis noodzakelijk zijn. Tijdens deze opname kunnen de wonden intensief verzorgd worden (wat in de thuissituatie niet steeds mogelijk is), kan een chirurgisch debridement uitgevoerd worden en kan eventueel intraveneuze antibiotica toegediend worden bij uitgesproken infectie. Bij ontslag krijgt de patiënt de nodige attesten voor de thuisverpleging mee. Bij complexe wondzorg wordt de thuisverpleegkundige in ons ziekenhuis uitgenodigd om de wondzorg met onze wondverpleegkundige door te nemen en de haalbaarheid van thuisbehandeling af te toetsen.

Zoals u heeft kunnen lezen, komt er heel wat kijken bij de analyse en behandeling van chronische wonden. Samen met u willen we dan ook onze schouders zetten onder een specialistische aanpak van deze wonden in ons ziekenhuis, met het oog op een snelle wondheling en optimaal comfort voor onze patiënten.



## HEELKUNDE

Telefoon secretariaat Heelkunde:  
056/62.35.01

E-mail wondteam:  
sw-consulente@ziekenhuiswaregem.be

# Nieuwe technologieën in de behandeling van **type 1 diabetes**

Dr. Katia Mekeirele

**312** type 1 diabetespatiënten

**256** meten de suikerspiegel  
met behulp van sensoren

**56** met capillaire vingerprik

## 1. Prevalentie en definitie van diabetes type 1

Type 1 diabetes komt voor bij ongeveer 0.4% van de totale Belgische bevolking, of zo'n 40.000 mensen, dit gaat over minder dan 10% van alle personen met diabetes.

De diagnose wordt meestal onder de leeftijd van 40 jaar gesteld, maar een opvallende trend de laatste jaren is dat diabetes type 1 op steeds jongere leeftijd voorkomt. Jaarlijks krijgen ongeveer 300 kinderen jonger dan 15 jaar diabetes type 1.

Patiënten met diabetes type 1 maken onvoldoende of geen insuline meer aan. Deze aandoening kan echter niet worden behandeld met perorale medicatie, maar de behandeling bestaat uit subcutane toediening van insuline door middel van pennen of insulinepomp. Kenmerkend voor type 1 is een enorme variabiliteit van de bloedsuikerspiegel daar tal van factoren, die men al dan niet in de hand heeft, deze waarden beïnvloeden (voeding, beweging, stress, snelheid van maaglediging.....). We prijzen hierin de vooruitgang van de technologie die het mogelijk maakt deze variabiliteit te kunnen reduceren.

Wij volgen in ons conventiecentrum 312 type 1 diabetespatiënten, waarvan 256 de suikerspiegel meten met behulp van sensoren en 56 met capillaire vingerprik. De meerderheid dient zichzelf insuline toe door middel van insulinepennen, 40 patiënten worden behandeld met een subcutane insulinepomp.





## 2. Meten van de suikerspiegel

Om de diabetesbehandeling te optimaliseren en de glycemiewaarden zoveel mogelijk in de doelzone te brengen, is frequent controleren en aanpassen van de behandeling door te anticiperen op de bloedsuikerspiegel noodzakelijk. Voor 1978 kon dit enkel door het meten van **suiker in de urine**, vanaf 1978 was er de vingerprik ter bepaling van de capillaire **bloedglucose**. Sinds 2006 bestaan er sensoren die continu **de glucose opmeten in het onderhuidse weefselvocht**. De introductie van deze continue glucosemonitoring (CGM) alsook intermittente scanning of flash glucosemonitoring (FGM) heeft ons toegelaten om een beter zicht te krijgen op het glycemieverloop daar men continu de suikerspiegel kan waarnemen en hierop vlotter kan anticiperen. Dit resulteert in betere HbA1c-waarden en reductie van de schommelingen en ernstige hypoglycemies.

Een klein deel van onze patiënten met diabetes type 1 houden vast aan vingerprikken, maar het grootste deel van onze type 1 populatie gebruikt reeds **FGM** of **CGM**.

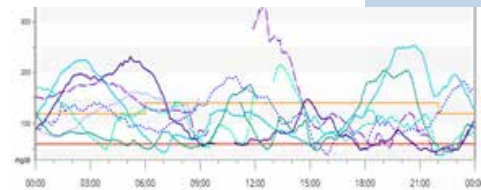
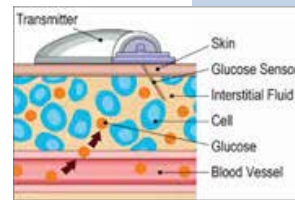
Het verschil is dat de vingerprikmethode de suikerspiegel meet in het bloed en de sensormethode in het weefselvocht tussen het onderhuidse vetweefsel. Dit vraagt toch enig interpretatievermogen en een andere manier van denken. De sensorwaarde wijkt af van de bloedglucosewaarde als deze aan het stijgen of dalen is (vb na eten, na sport, na injectie....) maar de trendpijlen zijn indicatief in welke richting de glucose gaat.

### Flash Glucose Monitoring

Met deze techniek meet je de waarden door te flashen, dus door de sensor te scannen met een scanner en/of app op een gsm via NFC (Near Field Communication).

De sensor meet automatisch je glucosewaarde in je onderhuidse weefselvocht en slaat die waarde voortdurend op. Je kunt je actuele waarde dus zien door de sensor te **scannen**. Op de scanner of gsm-app kan je bovendien de waarden van de afgelopen acht uur zien in een grafiek, samen met een trendpijl die aangeeft of je glucosewaarde stijgt of daalt. De waarden kun je via de app ook delen met anderen. Momenteel bestaat hier nog niet de mogelijkheid van instelbare alarmen.

De enige speler op de markt is de FreeStyle Libre sensor van de firma Abbott. De sensor wordt steeds geplaatst op de arm. Een vernieuwde versie met instelbare alarmen wordt verwacht.



## Continue Glucose Monitoring

De sensor meet **continu** je glucosewaarde in je onderhuidse weefselvocht en stuurt de waarden automatisch elke 5 minuten naar een weergaveapparaat via bluetooth, in de meeste gevallen een gsm. Dat leidt tot een grafiek met trendpijlen. Men kan zien of de waarde stijgt of daalt. Bovendien kunnen gepersonaliseerde alarmen ingesteld worden die automatisch informatie over kritische situaties versturen, zoals een (dreigende) hypoglycemie of hyperglycemie. Deze alarmen kunnen ook weergegeven worden op de GSM van de ouders/partner.

Uit research blijkt dat met CGM 4x vaker ernstige glucosegebeurtenissen vastgesteld worden in vergelijking met vingerprikmetingen.

Door het ontvangen van alarmen wordt er geruststelling en veiligheid gecreëerd, ook bij familieleden als de gegevens gedeeld worden. Ouders kunnen beter slapen omdat ze niet meer moeten opstaan om hun kind nachtelijk te gaan controleren met een vingerprik. Sportfanaten en studenten kunnen zich focussen op het leveren van prestaties of het afleggen van examens zonder zich zorgen te moeten maken om de suikerspiegel. De suikerspiegel van vrouwen die zwanger zijn of met zwangerschapswens kunnen veel beter geregeld worden. De levenskwaliteit verhoogt dermate hiermee.

Er zijn 3 systemen van continue glucosemonitoring op de Belgische markt:

- Dexcom G5 -sensor van Zkope Healthcare



- Guardian Enlite sensoren van Medtronic



- Eversense-sensor van Roche (implanteerbare sensor)



In onze diabetesconventie kunnen wij de FreeStyle Libre sensor aanbieden en de eerste 2 systemen van CGM, nl. Dexcom G5 en de Guardian Enlite sensoren. De Eversense-sensor wordt enkel terugbetaald indien aangeboden vanuit gespecialiseerde CGM-diabetesconventies.



### 3. Behandeling van diabetes type 1

Patiënten met diabetes type 1 maken geen of nog zeer weinig insuline aan waardoor zij enkel met insuline kunnen worden behandeld. Dit kan via een multiple-injectiesysteem ofwel via een insulinepomp, waarbij er continu subcutaan insuline gegeven wordt met extra bolussen bij maaltijden.

Met een insulinepomp kan de diabetes veel preciezer en meer op maat van de patiënt geregeld worden. Patiënten op pomptherapie hebben in vergelijking met patiënten op insulinepen duidelijk minder hypoglycemie, een beter HbA1C en een vermindering van de suikerschommelingen.

Een insulinepomp bootst de functie van een gezonde pancreas zo goed mogelijk na. Er is een voor-programmeerde basale insulineafgifte en er kan bij inname van een maaltijd of een glucosepiek extra insuline toegediend worden, een "bolus". Bovendien helpt de pomp berekenen hoeveel extra insuline er moet toegediend worden rekening houdend met de gemeten suikerspiegel en de ingebrachte koolhydraten.

In ons centrum bieden wij de insulinepompen aan van de firma Roche (Insight pomp) en Medtronic (MiniMed™ 640G en nu ook recent MiniMed™ 670G)

### 4. De ideale combinatie: insulinepomp met sensor

#### MiniMed™ 640 G, insulinepomp met SmartGuard™functie

SmartGuard™ bootst de werking van sommige functies van een gezonde alvleesklier na voor geavanceerde bescherming tegen hypoglycemie.

Hoe SmartGuard™ werkt:

- De SmartGuard™ gebruikt de sensorglucosewaarden om te voorspellen wanneer de glucosewaarden te laag worden. Het systeem waarschuwt 30 minuten van tevoren en stopt automatisch de toediening van insuline.
- Zodra de glucosewaarden zich herstellen, zal SmartGuard™ automatisch de toediening van insuline hervatten.
- Er kunnen voor verschillende momenten gedurende de dag meerdere ondergrenzen ingesteld worden, met het oog op extra bescherming.

#### MiniMed™ 670 G, nog dichterbij de "closed loop"

Wat maakt deze 670G-insulinepomp zo bijzonder? Deze pomp gaat nog een stapje verder dan de 640G (die de basale insuline stopt om een hypo te vermijden) door de basaal te verhogen om hoge glucosewaarden te corrigeren.

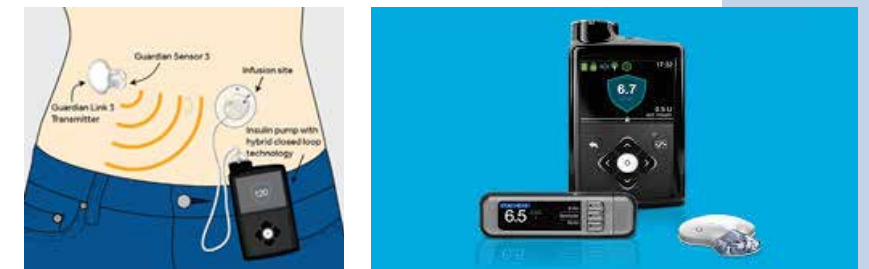
De insulinebehoefte variëren in de loop van de dag en het is een hele uitdaging om de unieke basale behoefte te voorspellen en de toediening daarop af te stemmen.

Terwijl de traditionele pomptherapie voorgeprogrammeerde vaste basale snelheden voorziet, automatiseert en personaliseert het MiniMed™ 670G-systeem de toediening van basale insuline gedurende 24 uur op basis van de behoeften van de patiënt.

De SmartGuard™-technologie die dit systeem van gegevens voorziet past automatisch elke 5 minuten de toediening van basale insuline aan volgens de bloedglucosewaarden opgemeten door de sensor. Dit systeem past zich voortdurend aan de glucosebehoefte aan en kan dag en nacht zeer verschillende basale snelheden hanteren zodat de patiënt zich steeds in een gezond glucosebereik kan bevinden en het risico op hypoglycemie en hyperglycemie wordt beperkt.

Waarom is het geen volledig "loop"systeem? Je moet nog steeds zelf je koolhydraten afwegen en berekenen (in grammen koolhydraten) en hiervoor bolussen!

In ons centrum is recent onze eerste patiënt op dit systeem gestart.



### Tot slot

De nieuwe technologieën zoals CGM, FGM en hybride artificiële pancreas zijn nieuwe mijlpalen in de strijd tegen diabetes. Ze kunnen bijdragen tot een betere diabetesregeling en vermindering van langetermijnscomplicaties. Ze bevorderen voor de meeste type 1 diabetespatiënten de levenskwaliteit door verhoogd gevoel van flexibiliteit en zekerheid met verminderde vrees voor hypo's.

Technologie kan echter ook falen en frustraties teweegbrengen door de overload van gegevens en alarmen en niet halen van te hoge vooropgestelde verwachtingen. Intensieve educatie en goede begeleiding door een gespecialiseerd diabetesteam is van cruciaal belang om de patiënten hierin individueel te ondersteunen en te coachen. Daarom versterkt ons diabetesteam zich ook continu door het volgen van specifieke bijscholingen om deze nieuwe technologieën te beheersen en kwalitatieve gespecialiseerde zorg te kunnen verlenen.







DIENST IN DE KIJKER

# Gastro - enterologie

Dr. Sofie Vanooteghem

## Endoscopie

Een belangrijk diagnostisch en therapeutisch werk-instrument van de gastro-enteroloog is de endoscoop. In onze dienst bieden wij alle standaard endoscopische onderzoeken aan, namelijk gastroscopie, coloscopie en sigmoidoscopie/linkercoloscopie.

**Gastroscopie** kan zowel uitgevoerd worden met

lokale anesthesie van de keel (op de consultatie) als onder sedatie (via dagopname). Dit onderzoek wordt vooral aangewend voor verdere diagnostische uitwerking van klachten van dysfagie, anorexie of epigastrische pijn en bij investigatie van melena of ferriprievie anemie. Ook in de investigatie van diarree is dit soms aangewezen ter uitsluiting van coeliakie of andere meer zeldzame oorzaken van diarree. Therapeutische handelingen zoals vb. slokdarmdilatatatie zijn mogelijk wanneer geïndiceerd.

Op de dienst gastro-enterologie kunnen patiënten terecht met problemen van het maag-darmstelsel, de lever, de pancreas en proctologische problemen.

Op de dienst gastro-enterologie zijn 3 artsen werkzaam, namelijk Dr. Andrew Crapé, Dr. Kerlijne De Groote en Dr. Sofie Vanooteghem.

Bij **linkercoloscopie** wordt het laatste stuk van het colon bekeken tot aan de milthoek. Dit onderzoek gebeurt op de consultatie na voorbereiding met een lavement. Indicaties voor linkercoloscopie zijn hoofdzakelijk een eerste investigatie van diarree en bloedverlies en in de follow-up van colitis ulcerosa.

**(Ileo-)coloscopie** is het onderzoek van de volledige dikke darm en het laatste deel van het ileum. Dit onderzoek gebeurt steeds onder sedatie via dagopname. De voornaamste indicaties voor coloscopie zijn +iFOB-test (ikv bevolkingsonderzoek dikke darmkanker), screening naar coloncarinoma bij familiaal risico, diarree, constipatie, gewijzigd stoelgangspatroon, bloedverlies (rbpa of melena) of ferriprievie anemie. Poliepectomie wordt onmiddellijk tijdens de procedure uitgevoerd.

Patiënten worden preferentieel vooraf op de consultatie gezien, zodat de nodige uitleg gegeven kan worden over het onderzoek en mogelijke complicaties. Verder wordt ook nagekeken of eventuele anti-aggregantia/anti-coagulantia al dan niet vooraf gestaakt moeten worden. Tot slot wordt tijdens dit consult aandacht gegeven aan het belang van een goede darmvoorbereiding. De voorbereiding voor coloscopie gebeurt bij de meerderheid van de patiënten thuis, aangezien uit studies gebleken is dat een gesplitst schema beter getolereerd wordt door de patiënten en een betere darmvoorbereiding geeft. Patiënten kunnen hierbij kiezen tussen verschillende producten. Bij een minderheid van de patiënten wordt de volledige darmvoorbereiding in het ziekenhuis uitgevoerd, dit vaak om praktische redenen zoals vb. beperkte mobiliteit.

Om de wachttijden voor coloscopie tot een minimum te beperken werd vorig jaar door het ziekenhuis de beschikbare tijd voor endoscopie onder sedatie uitgebreid.

Om aan de patiënten hoogstaande kwalitatieve zorg aan te bieden werden de voorbije jaren meerdere investeringen gedaan:

- Aankoop van het nieuwste endoscoopmateriaal (high-definition endoscopen).
- Aan de assisterende verpleging werd de mogelijkheid geboden bijkomende vorming te volgen zoals de postgraduaatopleiding endoscopieverpleegkundige.
- Begin 2020 wordt een gloednieuwe endoscopieruimte in gebruik genomen die voldoet aan alle nieuwe normen.
- Tot slot werd er enkele jaren geleden door het ziekenhuis geïnvesteerd in een aparte afdeling voor sterilisatie van de endoscopen (ESA) die voldoet aan alle strenge internationale normen.

## Proctologie en bekkenbodemp-problemen/anale manometrie

Patiënten met klachten aan de aars zoals bloedverlies, pijn, jeuk of peri-anale zwelling kunnen hiervoor op onze consultatie terecht. Voor de behandeling van hemorroiden (metinfraroodcoagulatie of barronligaturen) wordt preferentieel een afspraak in de voormiddag geboekt. Voor de chirurgische behandeling van

hemorroiden wordt nauw samengewerkt met onze collega's van de dienst heelkunde, Dr. Lange en Dr. Vindevoghel.

Ook voor verdere uitwerking van problemen van faecale incontinentie of obstructieve defecatie kunnen patiënten bij ons terecht. Bij verdere diagnostiek wordt vooral gebruik gemaakt van het proctologisch onderzoek, een klassieke defecografie of NMR defecografie en anale manometrie. Dr. Vanooteghem volgde bijkomende opleidingen in bekkenbodemp Problemen en voert zelf anale manometrieën uit in AZ Groeninge op donderdag namiddag (1x/2w).

## Ademtesten

Bepaalde gastro-intestinale aandoeningen worden preferentieel opgespoord via ademtesten. In het ziekenhuis beschikken wij over de meest courante ademtesten:

**Lactose-ademtest:** Diagnose van lactose-intolerantie. Bij bepaalde afwijkingen kan ook bacteriële overgroei van de dunne darm vermoed worden. Deze test wordt uitgevoerd op het labo en neemt zo'n 3 uur in beslag. De patiënten dienen hiervoor nuchter te zijn.

**Ureumademtest:** Deze test wordt hoofdzakelijk gebruikt om na te gaan of een eradicator therapie voor helicobacter pylori succesvol was. Deze test wordt zo'n 8-12 weken na eradicator therapie uitgevoerd. PPI's dienen 2 weken vooraf gestaakt te worden.

**Galzuurademtest:** Diagnose van bacteriële overgroei van de dunne darm.

**Mengtriglyceridenademtest:** Deze test wordt gebruikt voor de diagnose van exocriene pancreasinsufficiëntie. De laatste 3 testen worden door de patiënt thuis uitgevoerd na de nodige uitleg vooraf via de consultatie.

## ERCP

ERCP of endoscopische retrograde cholangiopancreatografie is het endoscopisch onderzoek van de galwegen. Dit onderzoek wordt vooral aangewend voor behandeling van choledocholithiase en voor stenting van stenosen van de galwegen. Vooraf wordt meestal reeds op een niet-invasieve manier beeldvorming van de galwegen

uitgevoerd door middel van echo, CT, NMR of echo-endoscopie. Omdat ERCP een onderzoek is die de nodige expertise vereist, werd enkele jaren geleden beslist hiervoor samen te werken met het netwerkziekenhuis Maria Middelaars te Gent. Dr. De Grootte volgde de voorbije jaren reeds een bijkomende ERCP-opleiding te Maria Middelaars Gent elke vrijdagmiddag. Hierdoor kunnen onze patiënten steeds in optimale omstandigheden en met het beste ERCP-materiaal hun onderzoek ondergaan. Na de procedure worden zij van zodra medisch mogelijk terug getransfereerd naar ons ziekenhuis voor verdere verzorging.

## IBD

Voor de diagnose en behandeling van chronische inflammatoire darmziekten, namelijk M. Crohn en colitis ulcerosa, kunnen patiënten bij ons terecht. Wij volgen deze vaak jonge patiënten van nabij op en zijn beschikbaar voor uitleg en begeleiding op elk moment van het ziekteverloop. Wij bieden aan onze patiënten alle beschikbare terugbetaalde therapieën aan. Dit zijn zowel intraveneuze (vedolizumab, infliximab), subcutane (adalimumab, golimumab en ustekinumab) als perorale (o.a. mesalazine, tofacitinib en azathioprine) behandelingen. Het gebruik van corticoiden wordt zoveel als mogelijk beperkt. Na opstart van de behandeling worden patiënten van nabij opgevolgd op het dagziekenhuis of via de raadpleging, afhankelijk van de gekozen therapie. Bij de follow-up van IBD wordt de laatste jaren geregeld een bepaling van het faecaal calprotectine en/of van de trough levels (bij infliximab en adalimumab) uitgevoerd om de therapie verder te kunnen optimaliseren. Een langdurige remissie met zo weinig mogelijk impact op het dagelijks leven wordt nagestreefd. Om aan onze patiënten de bestezorgenbehandeling te kunnen blijven aanbieden, volgen wij geregeld specifieke bijscholingen over IBD. Dr. De Grootte deed na haar opleiding gastro-enterologie nog een residentschap gedurende 6 maanden op de afdeling IBD in UZ Leuven.

## Digestieve oncologie

De diagnose van tumoren van het gastro-intestinaal stelsel gebeurt hoofdzakelijk op onze dienst. Na staging wordt het dossier van de patiënt steeds multidisciplinair besproken op de wekelijkse MOC-



vergadering. Afhankelijk van de voorziene behandeling wordt nauw samen gewerkt met de oncologen en de abdominaal chirurgen. Voor heelkunde van slokdarm- en pancreastumoren wordt vooral samengewerkt met respectievelijk UZ Gent en AZ Groeninge.

## Besluit

Op de dienst gastro-enterologie kunnen patiënten terecht voor de diagnose en behandeling van

aandoeningen van het maag-darmstelsel, lever, pancreas en aars. Wij bieden de patiënten hoogstaande kwalitatieve warme zorg aan. Indien een zeldzame aandoening wordt vastgesteld, begeleiden wij de patiënt graag verder naar de collega die de beste zorg kan bieden hiervoor. De artsen hebben bijkomende expertise verworven in de behandeling van IBD, bekkenbodemp Problemen en voor ERCP. Voor deze laatste 2 wordt hiervoor nauw samengewerkt met de grote netwerkziekenhuizen.

## Praktisch

Een afspraak maken op de consultatie kan via het secretariaat inwendige geneeskunde : 056 / 62 35 16 of via het direct nummer voor huisartsen 056 / 62 30 00.

Sinds kort kunnen patiënten online een afspraak boeken via [portaal.ziekenhuiswaregem.be](http://portaal.ziekenhuiswaregem.be) (enkel voor consultatie in de namiddag). Voor een afspraak voor een technisch onderzoek op de consultatie (vb gastroscopie zonder sedatie) dient steeds telefonisch een afspraak gemaakt te worden.

Indien u rechtstreeks een arts wenst te spreken, kan u ons steeds via de directe lijn voor artsen bereiken op 056 / 62 30 00.



# Acute appendicitis: antibiotica of operatie?

Dr. Christopher Lange

Acute appendicitis is een van de meest voorkomende oorzaken van het acute abdomen met een incidentie van 100 per 100.000 personen-jaren.<sup>1</sup> De eerste appendectomie werd verricht door Claudius Amyand in 1735 in St. George's Hospital te Londen.<sup>2</sup> Sindsdien is chirurgische interventie de aangewezen behandeling voor appendicitis waarbij de laatste decennia met name de laparoscopische appendectomie wordt uitgevoerd.

In ons ziekenhuis werden de afgelopen twee jaar, 203 ingrepen verricht wegens appendicitis bij kinderen en volwassen tussen drie en 92 jaar. Bij het overgrote deel (n=163; 80,2%) was sprake van een beginnende of fibrinopurulente appendicitis met maximaal een lokale peritonitis. In de resterende gevallen was sprake van een gecompliceerde appendicitis (abces / perforatie). In twee gevallen werd een afgekoelde appendix geresecteerd. In 96% van de gevallen werd de appendix laparoscopisch verwijderd, de resterende 4% betroffen gecompliceerde gevallen waarbij laparoscopie niet mogelijk was.

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor eventuele antibiotische therapie ter behandeling van appendicitis. Sinds 2006 werden meerdere studies gepubliceerd die het gebruik van antibiotica onderzochten als eerste behandeling van een ongecompliceerde appendicitis.

Recentelijk werd door een Italiaanse groep een fraaie meta-analyse gepubliceerd in het chirurgische tijdschrift 'Annals of Surgery'.<sup>3</sup> Er werden twintig relevante studies geïdentificeerd en geanalyseerd. Zowel kinderen als volwassenen werden meegenomen in de analyse. Gedefinieerde uitkomsten waren complicatie-vrij behandelingsucces, behandel effectiviteit, postbehandeling complicaties en peroperatieve bevindingen van gecompliceerde appendicitis (in de antibioticagroep werd deze uitkomst bepaald bij degenen waarbij antibiotische therapie faalde en alsnog een appendectomie werd verricht). Secundaire uitkomsten zoals opnameduur, pijn, QOL, etc. werden ook meegenomen in de analyse.

Twintig artikelen werden geïnccludeerd in de studie. Zeven hiervan waren gerandomiseerde onderzoeken. In totaal werden 3618 kinderen en volwassenen behandeld wegens een ongecompliceerde appendicitis: 1743 met antibiotica en 1875 middels (laparoscopische) appendectomie.

De auteurs concluderen dat kinderen en volwassen die antibiotica kregen ter behandeling van een ongecompliceerde appendicitis in 27.7% van de gevallen alsnog geopereerd worden binnen een jaar. Van deze groep werd 8.5% geopereerd wegens progressieve ziekte onder antibiotische therapie. De resterende 19.2% onderging binnen een jaar na antibiotische therapie een appendectomie.

"IN DE ANTIBIOTICAGROEP ONDERGINGEN  
27.7% VAN DE PATIËNTEN ALSNOG EEN  
APPENDECTOMIE."

Antibiotische therapie resulteerde in een lagere complicatie-vrije behandeling dan directe chirurgische behandeling. Ook was er een trend (maar geen significant verschil) van meer gecompliceerde appendicitis in de groep die in tweede instantie werd geopereerd (21.7% versus 12.8%, P=0.07).

We zien in ons ziekenhuis vaak kinderen en volwassen met een appendicitis. In 80.2% gaat het om een ongecompliceerde appendicitis. Gezien de huidige literatuur zijn wij van mening dat de primaire behandeling van een ongecompliceerde appendicitis een laparoscopische appendectomie blijft. Wij opereerden 100% van de ongecompliceerde appendicitiden via laparoscopie. Juist bij een beginnende appendicitis is

een chirurgische ingreep een zeer vlotte operatie waarbij de patiënt vaak de volgende dag naar huis gaat, zonder de onzekerheid van een appendicitis in de nabije toekomst.

Het is echter wel mogelijk om antibiotische therapie te overwegen indien de patiënt niet operabel is, bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit of het gebruik van anticoagulantia.



#### REFERENTIES:

1. Gwynn LK. The diagnosis of acute appendicitis: clinical assesment versus computed tomography evaluation. J Emerg Med. 2001; 21:119-123
2. Ferris M, Quan S, Kaplan BS, et al. The global incidence of appendicitis: a systematic review of population-based studies. Ann Surg. 2017; 266:237-241.
3. Podda M, Gerarde C, Cillara N, et al. Antibiotic treatment and Appendectomy for uncomplicated acute appendicitis in adults and children. Ann Surg. 2019; 270:1028-1040



UPDATE

# W-tjes



## INFRASTRUCTUUR

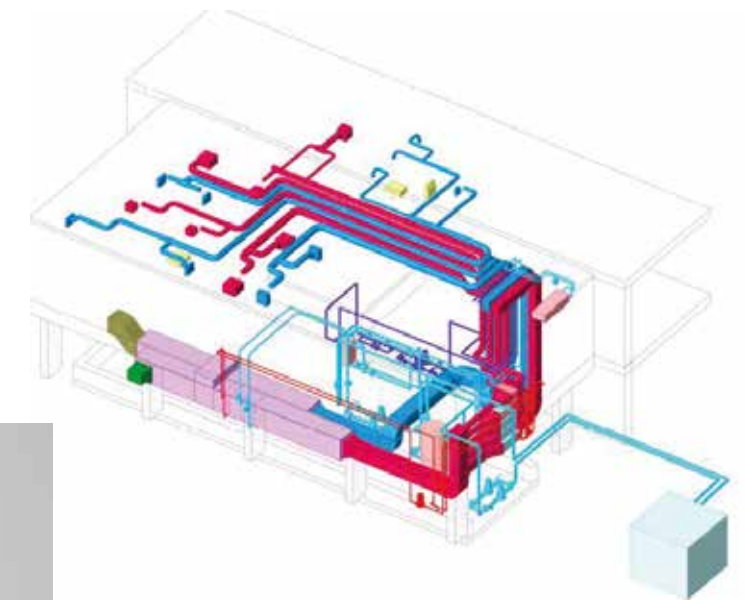
### Verbouwing operatiekwartier: bijkomende zaal (endoscopie en multipurpose) en voorbereidingsruimte

Binnen het OK werden grote verbouwingen uitgevoerd. Een bijkomende endoscopie- en multipurpose zaal werd er gebouwd, alsook een ruimere voorbereidingsruimte. Een ingewikkelde klus, aangezien deze omvangrijke en technisch moeilijke werken werden uitgevoerd in een OK/recovery in volle activiteit.

De bijkomende nieuwe zaal werd conform alle bestaande normen uitgerust met aangepaste luchtbehandeling, zwevende elektrische kringen,

de benodigde medische gassen inclusief CO<sub>2</sub>, digitale uitrusting conform de andere zalen, led-operatielampen, anesthesiependel e.d.

Daarnaast werd ook een aangepaste voorbereidingsruimte met 5 bedden en de nodige infrastructuur voor medische gassen en monitoring voorzien.



3-d technische uitrusting mri

## MRI

Onze dienst medische beeldvorming zal in 2020 eindelijk beschikken over de lang verwachte MRI-scanner, na een moeilijk en tijdrovend voortraject inclusief juridische procedure bij de Raad van State.

Binnen de bestaande dienst medische beeldvorming was er geen geschikte ruimte vrij om een MRI-toestel met aanhorige lokalen zoals technische ruimte, kleedkamers, bedieningsruimte... te voorzien. Enkel een nieuwbouw op het binnenplein tussen de dienst medische beeldvorming en de achtervleugel met aansluiting op de dienst medische beeldvorming kon een oplossing bieden. Sinds het voorjaar 2019 wordt hard gewerkt samen met architecten, stabiliteitsingenieurs en studie bureau technieken om een MRI-toestel in het nieuwe gebouw operationeel te krijgen tegen midden 2020.

Gezien het grote gewicht van dergelijk toestel (tot 13 ton!) moet bij het ontwerp veel aandacht besteed worden aan de stabiliteit van het gebouw. Gezien de locatie en de samenstelling van de achtergrond moet het gebouw voor de nodige draagkracht op palen gefundeerd zijn. Om op hetzelfde niveau van de dienst medische beeldvorming aan te sluiten moet bovendien het gebouw op betonkolommen gebouwd zijn.

Onder het bouwwerk is er zo ook voldoende ruimte voor de benodigde technische installaties voor koelwaterbereiding en voor de vereiste luchtbehandelingsgroepen en pompsystemen, om de werking van het MRI-toestel te garanderen.





# W-tjes

## SACRALE NEUROMODULATIE

Sinds december 2019 is Dr. Barbara Hermans van de dienst Urologie geaccrediteerd om sacrale neuromodulatie uit te voeren. Dit is een behandeling voor functionele blaasproblemen zoals aandrang (al dan niet met incontinentie) of retentie die niet meer goed reageert op medicamenteuze behandeling.

Hierbij wordt een elektrode percutaan geplaatst ter hoogte van de zenuwbanen van de blaas en verbonden met een batterij die ter hoogte van de heupkam zit. De ingreep verloopt in 2 fasen, beide in dagziekenhuis. De proeffase gebeurt in het AZ Groeninge, door Dr. Hermans, de definitieve implantatie 2 weken later gaat door in Waregem. Over de procedure zal uitgebreider gesproken worden op ons najaarscongres 'MIMI' in oktober.



## NAJAARSCONGRES 'MIMI' IN OKTOBER

De snijdende disciplines en de dienst anesthesie van het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem willen u graag attent maken op de 2e editie van het symposium "Minimaal Invasief, Maximaal Innovatief", kortweg MIMI 2. Dit gaat door op donderdag 22 oktober 2020 in zaal W-box, Waregem Expo. Verschillende artsen geven u een heldere blik op de operatieve/anesthesiologische technieken binnen hun discipline.

Verdere informatie hieromtrent volgt later dit jaar.

## SYMPOSIUM Nieuwe Ontwikkelingen in de kindergeneeskunde



Ter gelegenheid van het afscheid van kinderarts Dr. Fred Van den Mooter organiseren de kinderartsen van ons ziekenhuis een symposium in Studio Essevee in het Waregemse regenboogstadion. Op dinsdag 28 april 2020 bent u van harte welkom vanaf 19.30 voor een gevarieerd programma over de ontwikkelingen in de kindergeneeskunde.

Inschrijven kan door te mailen naar [symposium@ziekenhuiswaregem.be](mailto:symposium@ziekenhuiswaregem.be) met vermelding van naam en riziv-nummer. Het aantal plaatsen is beperkt. Accreditatie werd aangevraagd.



## NIEUW SCOPIETOESTEL

In januari werd ons nieuw gerobotiseerd radioscopietoestel in gebruik genomen. Hiermee kunnen verstoppingen in de kleinste bloedvaten van de voet behandeld worden, waardoor we onze vaat- en diabetespatiënten in de toekomst een nog betere zorg zullen bieden.



## ARTSEN OP RUST



**Dr. Fred Van den Mooter**

- KINDERARTS -



**Dr. Marc D'hoedt**

- UROLOOG -

# Nieuwe artsen



**Dr. Loes Helsloot**

Dr. Loes Helsloot behaalde haar diploma van arts aan de Universiteit Antwerpen en voltooide er in 2016 haar opleiding tot algemeen chirurg. In 2018 behaalde zij haar getuigschrift van bijzondere bekwaamheid in de vaatheelkunde. Tijdens de eerste maanden van 2019 doorliep zij een fellowship cardiochirurgie in het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen. Aansluitend was zij er werkzaam als toegevoegd specialist op de dienst vaatheelkunde.

Sinds november 2019 werkt Dr. Helsloot als toegelaten thoracovasculair chirurg binnen de dienst heekunde.



Dr. Tom D'Hoore behaalde in 2014 zijn diploma van arts aan de KU Leuven waarna hij zijn opleiding tot arts-specialist in de radiologie volgde. In maart 2019 behaalde hij het Europees diploma in radiologie en eind juli 2019 behaalde hij zijn erkenning als radioloog. Daarna volgde hij een bijkomend residentschap in Leuven om zich verder te bekwamen in musculoskeletale radiologie en borstradiologie.



**Dr. Tom D'Hoore**

Dr. Karel De Roo behaalde zijn diploma van arts aan de Universiteit Gent in 2013 waarna hij zijn opleiding orthopedische heekunde volgde onder supervisie van Prof. Dr. Jan Victor van het UZ Gent. Nadat hij in juni 2019 zijn erkenning behaalde als orthopedisch chirurg, doorliep hij verschillende fellowships om zich verder te specialiseren in de knie, voet- en enkelpathologie. Tijdens zijn fellowship in Antwerpen bij Prof. Dr. Peter Verdonk, Dr. Koen Lagae en Dr. Geert Declercq bekwaamde hij zich verder in sportletsels, ligamentaire reconstructie, osteotomieën en prothesechirurgie ter hoogte van de knie.

Hij volgde eveneens een visiting fellowship in het Hospital for Special Surgery en het Lenox Hill Hospital in New York en hij werd geselecteerd voor het travelling fellowship van de Belgian Knee Society, wat doorging in Nijmegen, Alkmaar, Breda en Groningen.

Daarnaast specialiseerde Dr. De Roo zich in de behandeling van de voet- en enkelpathologie bij Dr Devos-Bevernage (UZ Gent – Foot and Ankle Institute Brussel).



**Dr. Karel De Roo**



**Dr. Hanne Rigolle**

Dr. Hanne Rigolle behaalde haar diploma van arts aan de Universiteit Gent, waarna zij haar opleiding tot arts-specialist in de pediatrie volgde. In september 2018 behaalde ze haar erkenning als kinderarts. Aansluitend volgde ze aan de Universiteit Gent tot september 2019 een subspecialisatie kinderpneumologie/immunologie.







O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem - Vijfseweg 150 - 8790 Waregem  
T. 056/ 62 31 11 - F. 056/ 62 30 20 - E. [info@ziekenhuiswaregem.be](mailto:info@ziekenhuiswaregem.be)

Lid van  **E17  
ziekenhuis  
netwerk**

[www.ziekenhuiswaregem.be](http://www.ziekenhuiswaregem.be)

volg ons op

