

W-CARE MAGAZINE

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

NMR bij baby's en jonge kinderen zonder anesthesie

Oncologie

Obesitas chirurgie in Waregem

#5

Maart 2021

Complimentendag

Op 1 maart vierden we de nationale complimentendag. Precies één jaar geleden had in het ziekenhuis ook het eerste crisisonderzoek plaats omdat het weleens zou gekund hebben dat ook wij met het Coronavirus zouden worden geconfronteerd. We hebben die eerste verjaardag niet gevierd. De coronacijfers bleven de voorbij dagen immers stijgen maar lijken nu een plateau te bereiken. We hopen een derde golf te kunnen vermijden. In sommige ziekenhuizen is het nog altijd alle hens aan dek en het Overlegcomité bezint zich deze namiddag over het al dan niet uitbreiden van de "buitenbubbel".

Het applaus om 20 uur is reeds lang verstomd. De witte lakens en dankbetuigingen aan ramen, deuren en afsluitingen zijn al lang verdwenen. Wij van W-Care vergeten jullie echter niet. Oprechte dank en waardering voor één jaar strijd in de frontlinie. Complimenten voor iedereen : huisartsen, andere eerstelijnszorgverstrekkers en allen die in ziekenhuizen en alle andere, al dan niet residentiële, instellingen nog steeds het beste van zichzelf geven. Gelukkig zijn de meesten intussen gevaccineerd en hebben velen intussen ook een afspraak bij de kapper kunnen regelen. We kijken allen vol verwachting uit naar het "rijk van de vrijheid" dat volgens Minister F. Vandenbroucke reeds een tijdje in zicht is.

Complimenten ook voor hen die aan deze vijfde editie hebben meegewerkt, inhoudelijk maar ook qua vorm. Dank hiervoor. Dit geldt in het bijzonder ook voor hen die door hun dagelijks bezig zijn inhoud geven aan ons wetenschappelijk tijdschrift. Zij zijn het ook die dagdagelijks onze collectieve ambitie tastbaar maken en de eigenschappen "passie voor de job, ondernemerschap, professionalisme en aandacht voor innovatie" handen en voeten geven.

Veel leesgenot!

Noël Cierkens
algemeen directeur



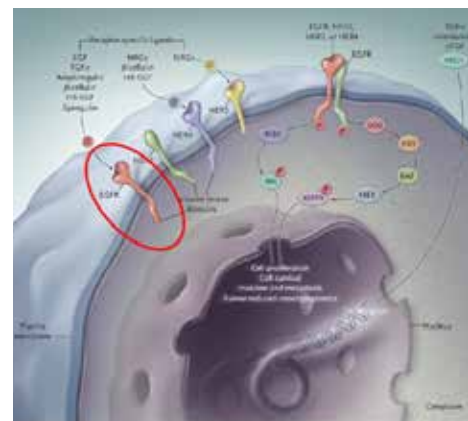
4



Hoofdartikel

NMR bij baby's en jonge kinderen zonder anesthesie

6



Dienst in de kijker

Oncologie

10/12



Techniek in de kijker

De hybride hyrax-mentoplate

De hybride artificiële pancreas

14



Obesitas chirurgie in Waregem

22



Voor u gelezen

Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice

22/26



Update

W-tjes / Nieuwe artsen

NMR bij baby's en jonge kinderen zonder anesthesie

De kinderartsen

Jonge kinderen die voor een NMR-scan naar het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem komen, worden niet onder volledige narcose gebracht. Met vernieuwende methodieken, aangepast aan de leeftijd van het kind, kan het onderzoek zonder anesthesie plaats vinden. De eerste ervaringen met de nieuwe aanpak zijn zonder uitzondering positief verlopen.

Als kinderartsen van het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem werken we al twee jaar intensief aan een pijnbeleid op kindermaat en een aangepaste comforttherapie bij procedures. De aanzet daartoe werd gegeven door professor Piet Leroy op het PROSA-congres te Maastricht. Dat resulteerde bij ons in een nieuwe aanpak bij pijnlijke procedures bij kinderen zoals bloedafnames, lumbale puncties en plaatsen van infusen en sondes. Geen fixatie meer door volwassen handen, gedaan met doodoeners als 'daar word je groot van' en 'bijt eens even op de tanden', waaraan heel wat oudere kinderen en volwassenen nog nare herinneringen overhouden. Ook van het idee dat een narcose noodzakelijk is voor het uitvoeren van een geslaagde NMR bij kinderen zijn we afgestapt. Het was tijd om het anders te doen.

Zonder pijn

Sinds twee jaar wordt in ons ziekenhuis babycalmine (30% steriele glucoseoplossing) gebruikt voor de allerkleinsten. De 'Buzzy' of het 'bijtje' is de helper bij vaccinaties, Emla of Rapydan zorgt voor plaatselijke verdoving bij pijnlijke prikken. Ook Kalinox, beter bekend als lachgas, de iPad en de VR-bril zijn succesvol ingeburgerd op de dienst pediatrie. In communicatie

gaan met het kind, zijn/haar vertrouwen winnen en verdienen, aantonen dat het ook zonder pijn kan, dat zijn onze doelstellingen. Het is een filosofie die ziekenhuisbreed wordt ondersteund en uitgedragen.



Het bijtje, een troost bij de prik



Louise, 7jaar oud, kreeg een vaccin met behulp van het bijtje. Nadien maakte ze deze prachtige tekening. Soms zegt een beeld meer dan woorden.



Je lievelingsprogramma op de iPad, samen met lokale verdoving en lachgas, een ideale match



Lachgas, ook voor de groten geen overbodige luxe

Kindvriendelijk NMR-protocol

Met de komst van de NMR diende zich een uitgelezen kans aan om ook hier de vernieuwende aanpak toe te passen. De vlotte samenwerking tussen de directie, de diensten pediatrie, radiologie en anesthesie heeft geresulteerd in een kindvriendelijk NMR-protocol, van baby tot jong kind. Het protocol, in een keurig jasje gegoten door onze geduldige secretaresse, legt vast hoe een NMR bij kinderen wordt uitgevoerd zonder het gebruik van anesthesie. Het bepaalt ook dat gedurende de hele procedure steeds een van de ouders aanwezig mag zijn in de NMR-ruimte.

Natuurlijke diepe slaap

De aanpak hangt af van de leeftijd van het kind. Bij de allerkleinsten, tot een leeftijd van een zestal maanden, gebeurt de NMR tijdens de natuurlijke diepe slaap. Dit vraagt wel wat inspanningen van de ouders, die de dagen voorafgaand aan het onderzoek het eet- en slaappatroon van hun kind in kaart brengen. We stemmen het tijdstip van het NMR-onderzoek af op dat patroon. Op de dag van de scan krijgt de baby in het ziekenhuis zijn/haar voeding. Moe maar voldaan krijgt het kindje een koptelefoon op en wordt in een 'nestje' gelegd. Eenmaal in diepe slaap gaat de baby naar de NMR.



Mama Mattiz : 'Ondanks dat hij zo klein was heeft hij toch zonder verdoving onder de MRI kunnen gaan. Dit was een pak van ons hart. Hartelijk dank aan de dokters en het ganse team voor de goede samenwerking want zonder jullie ging dit niet gelukt zijn. Super dankbare ouders.'

Lichte sedatie

Voor peuters en kleuters is stil liggen een hele opgave. Een lichte sedatie, via een neusspray, is voor hen de oplossing. Zo wordt de natuurlijke slaap nagebootst. We zetten het kind een koptelefoon op en schuiven het in een verduisterd lokaal heel voorzichtig in de NMR. Tijdens het onderzoek wordt de peuter of kleuter voortdurend gemonitord. Na afloop van het onderzoek wekken we het kind en kan het vrolijk terug naar huis, een welverdiend diploma in de hand.

Mama van Elias: 'We zijn blij dat we konden deel uitmaken van een mooi project waarbij het grootste voordeel was dat Elias niet nogmaals volledig moest verdoofd worden.'



Fantasierijk avontuur

De oudere kinderen nemen we mee in een fantasierijke onderwaterwereld. Ze krijgen de opdracht een verloren gezwommen visje terug naar zijn vriendjes te brengen. Eerst kunnen ze even oefenen met een simulatieduikboot op de afdeling pediatrie, daarna mogen ze de 'echte' duikboot besturen op de NMR. Met een koptelefoon vol leuke muziek en het visje in de hand, maken ze de twintig minuten durende onderwatertocht en brengen het visje terug naar huis. Ook zij krijgen een mooi diploma als beloning voor het welslagen van het avontuur.



Eerst op bezoek bij de echte 'duikboot' en oefenen met het masker.



Vervolgens al spelenderwijs wennen aan 'het masker' en de duikboot.



Mama Matteo: 'Matteo vond het een super leuke en spannende ervaring om op reis te mogen gaan met Nemo naar de speciale onderwaterwereld met de duikboot, op zoek naar de andere vriendjes van Nemo.'

Om dan uiteindelijk over te gaan tot het echte werk!

Op maat

Het pijnbeleid, het NMR-onderzoek en meer algemeen geneeskunde op maat van het kind, is de drijfveer van de pediatrie van het Waregemse ziekenhuis. Het is een proces in volle ontwikkeling, met vele uitdagingen.

Graag bedanken we prof. Piet Leroy en Koen Vanhonsbrouck voor hun niet aflatende steun bij dit project! Wil je meer te weten komen over dit boeiende onderwerp, bekijk dan zeker de webinar op onderstaande site.

Missed our PROSA2020 Webinar series? No Panic! Just register for free to rewatch and learn more about Procedural Comfort in Children! Go to www.PROSA2021.com/webinar-series/.



Oncologie

Dr. Chloë Haverbeke & Dr. Veronique Buyse

Ondanks toenemende screeningsmaatregelen (voor onder andere borst-, darm-, cervixkanker, ...) blijft kanker nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in Vlaanderen en België. Jaarlijks zien we in België ca. 70.000 nieuwe diagnoses. Eén op drie mannen wordt voor het 75e levensjaar getroffen door kanker. Bij vrouwen is dat één op vier. De meest voorkomende vormen bij mannen zijn nog steeds prostaatkanker, longkanker en colonkanker. Bij vrouwen is dat borstkanker, colonkanker en longkanker. In ons ziekenhuis zien we gemiddeld 600 nieuwe kankerdiagnoses per jaar.

Sinds de screening voor darmcarcinooma via de FOB-test merken we een duidelijke afname van het aantal nieuwe diagnoses van darmcarcinooma in verder gevorderde stadia en is de kans op genezing gevoelig verbeterd. Daardoor is ook het aantal patiënten dat adjuvante chemotherapie moet krijgen de voorbije twee jaar spectaculair gedaald. Helaas merken we de voorbije maanden door de coronacrisis opnieuw een opvallende stijging van reeds vergevorderde tumoren bij diagnose. Dit geldt voor alle types tumoren. Soms zijn deze tumoren in die mate gevorderd dat patiënten reeds te verzwakt zijn om nog een systemische therapie te kunnen opstarten. Het blijft dan ook enorm belangrijk om de diagnose zo vroeg mogelijk te kunnen stellen.

We verwachten dat het aantal kankerdiagnosen in de toekomst nog verder zal toenemen door nog uitgebreidere en adequatere screeningsmethoden en door de vergrijzing van de bevolking. Wel verwachten we ook dat er veel langduriger zal behandeld kunnen worden door toenemende behandelopties met een betere controle van de nevenwerkingen. De laatste 10 jaar zagen we een revolutie in de behandel mogelijkheden met systeemtherapie. Naast chemotherapie behoren ondertussen immunotherapie en targeted therapie tot de routinebehandelingen. Ook op het vlak van ondersteunende medicatie blijft er heel wat veranderen.

Overzicht van de grote groepen systeemtherapie

Chemotherapie

De meeste soorten hiervan zijn reeds decennia lang gekend en nog steeds de basis van vele behandelingen, zowel bij gemetastaseerde tumoren als in de adjuvante setting. Er komen gelukkig nog steeds nieuwe en innovatieve producten bij zoals Onyvide®, Lonsurf®, Jevtana®, Halaven®, ... Chemotherapie heeft helaas dikwijls bijwerkingen. Een veel voorkomende nevenwerking van chemotherapie is neutropenie. Deze ontstaat meestal in de tweede week na de toediening. Om de tijdsduur van de neutropenie zo kort mogelijk te houden, wordt meer en meer gebruik gemaakt van groeifactoren in primaire preventie. Neutropenie op zich is geen indicatie voor toedienen van antibiotica of hospitalisatie. Indien de patiënt zich tijdens de periode van de neutropenie algemeen infectieus voelt of koorts maakt, kan altijd contact opgenomen worden met onze dienst of met de spoedopname.

Ook voor de symptomen van nausea en braken bestaat ondertussen een uitgebreid gamma aan anti-emetica. Deze dienen best preventief te worden toegediend.

Targeted therapie

Meer en meer wordt gekozen voor doelgerichte therapie (targeted therapie). Meestal gaat het hier om tyrosine kinase inhibitoren (TKI's) en monoklonale antilichamen (MAB's) die specifiek bepaalde signalen in de tumorcellen tegengaan en zo de tumorgroei gaan afremmen. De nevenwerkingen hiervan kunnen heel uiteenlopend zijn en dienen goed opgevolgd te worden.

Figuur 1: verschillende receptoren waarop targeted therapie kan werken.

Immunotherapie

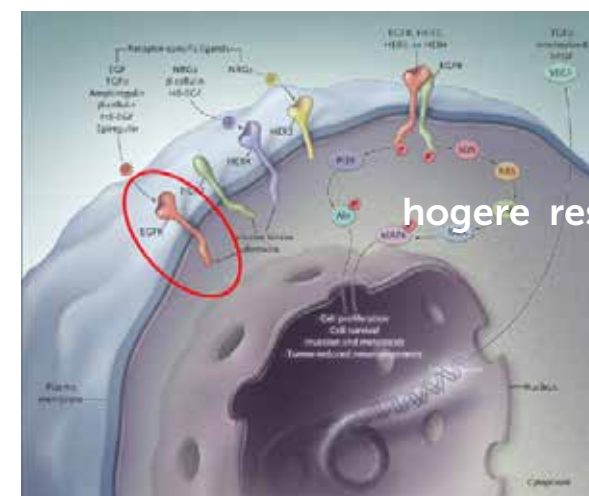
Immunotherapie is op dit moment snel aan het evolueren en komt op de voorgrond met meer en meer terugbetaalde indicaties (o.a. voor melanoom, nier, blaas, long, hoofd-hals, ...). Deze behandelingen worden intraveneus toegediend. Ondanks de soms mooie langdurige resultaten zien we gemiddeld slechts een goede respons bij 20 tot 25% van de patiënten. De nevenwerkingen zijn vooral immuun gemedieerd en

ontstaan soms pas na langdurige behandeling. Ondanks de globaal goede tolerantie, zeker bij monotherapie, zien we soms zeer ernstige toxiciteit die moeilijk onder controle te krijgen is. Meer en meer wordt gebruik gemaakt van combinatie immunotherapie of combinatie met andere types behandelingen. Hierdoor wordt het echter ook nog meer een uitdaging om de nevenwerkingen te blijven controleren.

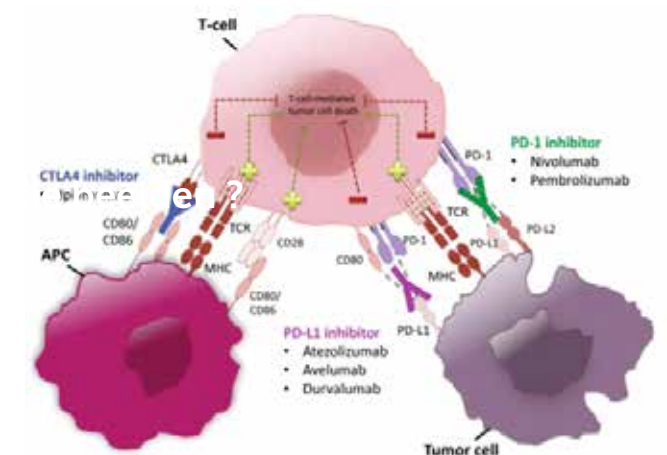
Het toedienen van corticoïden is meestal gecontra-indiceerd tijdens een behandeling met immunotherapie.

Figuur 2: het werkingsmechanisme van immunotherapie

Alle erkende systemische behandelingen kunnen in ons ziekenhuis worden toegediend. Voor studies wordt nauw samengewerkt met andere ziekenhuizen en wordt de patiënt zo nodig tijdelijk doorgestuurd naar de desbetreffende centra. Na stopzetten van studiemedicatie of bij tussentijdse problemen kan de patiënt uiteraard steeds opnieuw bij ons terecht.



Figuur 1



Figuur 2



Werking van de dienst medische oncologie

Op de dienst medische oncologie zijn er twee medisch oncologen werkzaam: dokter Veronique Buyse en dokter Chloë Haverbeke. Alle types tumoren, behalve de longtumoren, worden op onze dienst behandeld. Voor longtumoren wordt de patiënt, na onderling overleg, verwezen naar de collega's van de dienst pneumologie.

Dokter Buyse is bijkomend gespecialiseerd in dermatologische tumoren. Zij is als consulent verbonden aan het AZ Groeninge te Kortrijk waar zij op dinsdag haar consultatie heeft. Ook patiënten die gecombineerde radiotherapie en chemotherapie moeten krijgen, worden tijdens deze behandeling naar Kortrijk verwezen, waar ze voor het chemotherapeutische deel opgevolgd worden door dokter Buyse. Op die manier kan de continuïteit van de behandeling verzekerd worden.

Dokter Haverbeke volgde na haar oorspronkelijke opleiding tot radiotherapeut een bijkomende specialisatie tot medisch oncoloog. Naast algemene oncologie is zij voornamelijk gespecialiseerd in urologische tumoren (nier, blaas, prostaat).

Voor hematologische tumoren is dokter Hilde Demuynck als consulent verbonden aan het ziekenhuis. Zij is hier aanwezig op dinsdag. In de voormiddag ziet zij haar patiënten op de dagkliniek. In de namiddag doet ze consultaties.

Werking van de dagkliniek

De meeste systeemtherapieën kunnen via dagopname worden toegediend. Jaarlijks hebben we gemiddeld een 3500 oncologische dagopnames. Zelden dient de patiënt te worden gehospitaliseerd voor toediening van de therapie. Dit is vooral noodzakelijk bij bv. cisplatinum-bevattende therapieën, gezien de nefrotoxiciteit hiervan en bijgevolg de noodzaak voor uitgebreide hydratatie. De patiënten worden hiervoor gehospitaliseerd op afdeling D1. Op deze afdeling zijn dan ook verschillende verpleegkundigen aanwezig met een specifieke beroepstitel in de oncologie zodat de continuïteit van dergelijke

behandelingen kan gegarandeerd worden. Meestal worden de patiënten op de dagkliniek 's morgens vroeg of rond de middag verwacht. Er zal altijd eerst een bloedafname gebeuren, zodat we een zo nauwkeurig mogelijke status hebben van de bloedwaarden. Zodra de resultaten gekend zijn, wordt aansluitend de chemotherapie klaar gemaakt in onze apotheek. Op deze manier kan een dagopname gemiddeld tot een halve dag beperkt worden.

Soms is het zinvol om bij hematotoxische therapieën een tussentijdse bloedafname te laten uitvoeren na een week. Dit kan best gebeuren via de huisarts. Een nauwe samenwerking met de huisarts voor opvolging in de thuissituatie is daarom ook van groot belang.

Er wordt bij start van een nieuwe therapie een agenda meegegeven met de patiënt waarin alle noodzakelijke informatie kan worden genoteerd.

Multidisciplinair

Gezien de vroegere ervaring als radiotherapeut van dokter Haverbeke kan de indicatiestelling voor bestraling gebeuren te Waregem. Voor de effectieve radiotherapeutische behandeling wordt hoofdzakelijk verwezen naar de collega's radiotherapeuten te AZ Groeninge Kortrijk.

Oncologische heelkundige ingrepen gebeuren ook hoofdzakelijk te Waregem. Gezien de toenemende centralisering van de heelkunde dient voor bepaalde zeldzamere tumoren verwezen te worden naar gespecialiseerde centra. Voor pancreaschirurgie werken we samen met AZ Groeninge in Kortrijk. Voor slokdarmchirurgie wordt verwezen naar het UZ Gent.

Elke nieuwe diagnose of verandering in de oncologische situatie van de patiënt wordt multidisciplinair besproken tijdens het MOC. De huisarts van de patiënt wordt zo mogelijk de dag voordien hiervan op de hoogte gebracht en is uiteraard welkom bij het overleg.

De MOC gynaecologische tumoren gaat door op maandag om 12u45. De algemene MOC gaat door op vrijdag om 12u15.



Dr. Chloë Haverbeke & Dr. Veronique Buyse



Oncorevalidatie

Sinds februari 2020 zijn we binnen het ziekenhuis gestart met oncorevalidatie. Deze is vooral bedoeld om patiënten na het beëindigen van hun intensieve, soms toch belastende therapie, zo snel mogelijk conditioneel, maar ook psychisch een duwtje in de rug te geven. Maar ook bij chronische behandelingen kan dit bijdragen aan een verbetering van de algemene fysieke toestand en het welbevinden. Patiënten kunnen zo 24 sessies volgen verspreid over 12 weken.

Palliatief team

Verder wordt er grote aandacht besteed aan maximale zorgen tijdens een palliatieve of terminale situatie. Indien de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, wordt die van nabij opgevolgd via het palliatief support team dat bestaat uit de oncologen, psychologen, sociale dienst, een pijnverpleegkundige en een pastorale medewerker. In de thuissituatie gebeurt verdere ondersteuning via de huisarts en het palliatief netwerk. Dit alles gebeurt uiteraard zo veel mogelijk in nauw contact met alle betrokken diensten en volgens de wensen van de patiënt en diens familie.

Tot slot

We streven in Waregem naar een persoonlijke en warme zorg op maat met een team dat de patiënt en zijn noden zo goed mogelijk leert kennen. We benadrukken hierbij het belang van een goede wisselwerking zowel tussen alle betrokken disciplines binnen het ziekenhuis als via de huisarts in de thuissituatie.

PRAKTISCH

Voor afspraken kan contact opgenomen worden op het nummer 056 / 62 33 38.

Ook kunnen patiënten via hetzelfde nummer tijdens de werkuren de oncocoach contacteren. In het weekend en 's avonds is de spoedopname bereikbaar voor dringende problemen.

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

Behandeling van klasse III kaakrelatie bij jonge kinderen: de hybride hyrax – mentoplate

Dr. Isabel Miclotte

Een ongunstige kaakrelatie bij jonge kinderen is een veel voorkomend probleem binnen het domein van de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA). In een deel van de gevallen lijkt de onderkaak te ver naar voor te staan. We spreken dan van een klasse III malocclusie. Meestal liggen genetische factoren aan de basis van deze afwijking. Ongunstige kaakrelatie kan ook veroorzaakt worden door een terugliggende bovenkaak of een combinatie van beide.

Nieuwe gecombineerde chirurgisch-orthodontische behandelingen trachten deze kaakstand reeds op jonge leeftijd te corrigeren op een weinig invasieve manier, om zo een meer ingrijpende kaakoperatie op jongvolwassen leeftijd te vermijden.

Klachten

Een klasse III malocclusie kan zowel bij kinderen als volwassenen verschillende klachten veroorzaken. Patiënten kunnen hinder ondervinden bij het afbijten van voedsel of er kan traumatogeen tandcontact zijn. Bovendien kan een ongunstige belasting van het kaakgewricht op termijn pijnklachten veroorzaken. Om deze problemen te voorkomen, is het soms nodig om een klasse III malocclusie te behandelen.

Nieuwe behandeltechnieken

De behandeling van een klasse III malocclusie is afhankelijk van het onderliggend mechanisme en van de leeftijd van de patiënt. Bij jonge kinderen, waarbij er vooral een probleem is van een terugliggende bovenkaak, tracht men voor het beëindigen van de kaakgroei

de kaakrelatie positief te beïnvloeden door verdere groei van de bovenkaak te bevorderen. Dit is voor de leeftijd van 16-18 jaar.

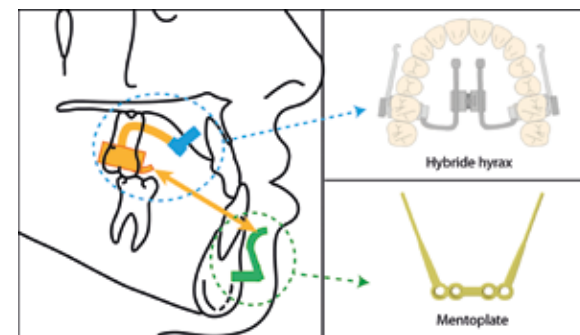
Traditioneel werd hiervoor een facemask gebruikt: een buitenbeugel die door de orthodontist op de tanden, het voorhoofd en de kin van het kind gefixeerd wordt. Het grote nadeel van deze techniek is dat de aangewende krachten enkel op de tanden worden uitgeoefend. Hierdoor kan een ongunstige tandstand ontstaan, een veel voorkomende complicatie.

Daarom werd gezocht naar technieken waarbij de krachten niet alleen op de tanden maar ook rechtstreeks op het bot worden aangewend. Eén van de nieuwste technieken is de combinatie van een hybride hyrax met een mentoplate. Hierbij wordt een transversale verbreding van de bovenkaak gecombineerd met een voorwaartse kracht op de bovenkaak. Dergelijk behandelplan gebeurt altijd in samenspraak met de orthodontist.

De chirurgische ingreep

Een hybride hyrax is een orthodontisch apparaat dat t.h.v. het verhemelte van het kind geplaatst wordt. Het is deels op de tanden gefixeerd maar ook deels in het bot verankerd door middel van 2 mini-implantaten (figuur 1). De MKA chirurg plaatst 2 mini-implantaten in het verhemelte waarop de orthodontist een hybride hyrax kan bevestigen.

Tijdens dezelfde ingreep plaatst de MKA chirurg ook een mentoplate t.h.v. de onderkaak, onder de snijtanden. Het grote voordeel van het ontwerp van deze titanium plaat is dat ze reeds op heel jonge leeftijd (8-10 jaar) kan



Figuur 1



Figuur 2

worden geplaatst: nog voor de definitieve hoektanden doorkomen. Dit was met vroegere technieken niet mogelijk. Via elastiektractie worden de hybride hyrax en de mentoplate met elkaar verbonden en wordt een voorwaartse tractie op de bovenkaak uitgeoefend.

Het plaatsen van 2 mini-implantaten in de bovenkaak en een mentoplate in de onderkaak wordt in ons ziekenhuis meestal onder algemene narcose uitgevoerd met een dagopname, gezien de jonge leeftijd van de patiënten.

De orthodontische fase

Een behandeling met hybride hyrax – mentoplate gebeurt steeds in nauwe samenwerking met de behandelende orthodontist. Enkele dagen na de operatie wordt een afspraak gemaakt bij de orthodontist die de hybride hyrax plaatst. De patiënt dient vervolgens 2 maal per dag de expansieschroef in het apparaat te activeren. Tevens zal de orthodontist de hybride hyrax met de mentoplate verbinden d.m.v. elastiekjes die dan voor een voorwaartse tractie op de bovenkaak zorgen.

Besluit

Een ongunstige kaakrelatie kan op termijn leiden tot functionele klachten. In geval van een klasse III malocclusie met terugliggende bovenkaak kan op jonge leeftijd gekozen worden voor een hybride hyrax-mentoplate behandeling waarbij een beperkte chirurgische ingreep wordt gecombineerd met een orthodontische behandeling. De voorwaartse groei van de bovenkaak wordt hierbij gestimuleerd.

Het grote voordeel van deze nieuwe techniek is dat reeds op jonge leeftijd, voor beëindigen van de kaakgroei, de ongunstige kaakrelatie kan worden beïnvloed. Op die manier wordt een corrigerende kaakoperatie op jongvolwassen leeftijd vermeden.



LEGENDES

Figuur 1: Werkingsmechanisme van een hybride hyrax-mentoplate. De MKA-arts plaatst 2 mini-implantaten t.h.v. de bovenkaak (blauw) en een mentoplate t.h.v. de onderkaak (groen). De orthodontist plaatst nadien een hybride hyrax (oranje) die dan met elastieken verbonden wordt met de mentoplate (oranje pijl).

Figuur 2: Klinisch beeld na plaatsen van een mentoplate. Links onder en rechts onder zijn de haakjes van de mentoplate zichtbaar. Deze worden dan later door middel van elastieken verbonden met de hybride hyrax in de bovenkaak.

De hybride artificiële pancreas als innovatief diabetesstelsel nu beschikbaar in België en in het O.L.V. van Lourdes ziekenhuis Waregem.

Dr. Katia Mekeirele

In ons diabetescentrum kunnen patiënten met diabetes en aanverwante metabole stoornissen terecht voor diagnose en opvolging. Door een doelgerichte behandeling op maat en onze persoonlijke betrokkenheid tijdens de educaties en opvolging, pogen we samen met onze patiënt de bloedglucose onder controle te krijgen om de kans op korte- en langetermijn complicaties ten gevolge van diabetes te voorkomen of te reduceren. We zetten dan ook de beste hulpmiddelen in om hen hierbij te helpen.

We streven naar hoogstaande kwalitatieve zorg door het continue nupdaten van onze kennis in verband met alle laatste ontwikkelingen in diabetes en het implementeren van de nieuwste technologieën ter behandeling van diabetes. Ons diabetesteam met als verantwoordelijke arts-diabetoloog Dr. Katia Mekeirele is dan ook bijzonder verheugd te mogen aankondigen dat we recent van start gingen met een sterk **innoverend insulinepompstelsel, de Minimed 780G van de firma Medtronic**, dat pas begin oktober beschikbaar werd in België ter behandeling van type 1 diabetes. Onze type 1 patiënten krijgen vanaf nu bij ons de kans om met dit stelsel behandeld te worden zodoende een betere diabetescontrole te bereiken.

Het MiniMed 780G-systeem is een zogenaamde **hybride kunstmatige alveesklier** en past automatisch elke 5 minuten de insulinetoevoer aan op basis van de ontvangen waarden van de continue glucosemonitoring of sensormeting. Het systeem hanteert hierbij gedurende 24 u per dag een variabele insulinesnelheid om de glucosewaarden te stabiliseren, corrigeert hoge waarden met kleine insulinedosissen terwijl het ook beschermt tegen hypo's. Door zijn SmartGuard-technologie monitort en voorspelt het systeem de insulinebehoefte door real-time gegevens te koppelen aan de persoonlijke trends, gebaseerd op de insulinehistorie van de voorbije dagen.



De MiniMed™ 780G is ontwikkeld en bedoeld om als systeem gebruikt te worden d.w.z. dat een continue glucosemonitoring (CGM) door middel van een sensor moet geconnecteerd zijn met de insulinepomp om de beste resultaten te behalen, deels automatisch en met minder moeite. Bij het gebruik van de MiniMed™ 780G zonder CGM is dit niet haalbaar. De insulinebehoefte stijgt of daalt doorheen de dag onder invloed van het activiteitsniveau, hormonale schommelingen, emoties en stress.... Het insulinepompstelsel met sensor past zich aan deze wisselende insulinebehoefte aan, met als resultaat een veel lagere variabiliteit in de glucosewaarden en een beter diabetesmanagement met hoger levenscomfort voor de patiënt gedurende de dag.

Deze nieuwe techniek met vergaande automatische glucoseregeling maakt dat mensen op zeer veilige wijze, een tot nu toe ongekend goede controle over hun glucosewaarde kunnen bereiken. Tot op heden moesten mensen met diabetes type 1, dag in dag uit behoorlijk veel doen om een goede controle te bereiken en te houden. Hun inzet werd dan ook nog niet altijd beloond en leidde vaak tot frustraties en angsten.

De therapeutische voordelen op een rij :

- Het MiniMed 780G-systeem is geautomatiseerd en helpt bij het behalen van een tijd binnen streefbereik (Time in Range) van > 70% tussen de 70-180 mg en een HbA1c-doelstelling van < 7,0%, dit ter preventie van de langetermijn complicaties t.g.v. diabetes.
- Het MiniMed™ 780G -systeem maakt maatwerk mogelijk bij het instellen van streefwaarden van bloedglucose, en kan als enige systeem ter wereld nu op de laagste streefwaarde van bloedglucose worden ingesteld (100 mg/dl).
- Verbetering in de mentale gezondheid, minder angsten en twijfels, een verhoogd gevoel van veiligheid, minder frustraties om niet behaalde doelen ondanks grote inzet.
- Sterke verbetering in het levenscomfort en grotere bewegingsvrijheid.

- Minder hypo's en hypers, door de autobasale aanpassingen en auto-correcties van de pomp.
- Het MiniMed 780G-systeem is gebruiksvriendelijk en discreet. Men kan via een app op een smartphone de sensorglucosewaarden en trends inzien en alarmen ontvangen.
- Zorgverleners en patiënten kunnen gemakkelijk via de Carelink software hun gegevens bekijken om inzicht te krijgen in de effecten van de toegediende insulinedosissen, eetgewoonten, lichaamsbeweging, emoties, Men ziet de verhouding tussen oorzaak en effect en door het opsporen van patronen kan men gericht de pompinstellingen aanpassen ter verbetering van de glycemies.
- Software-update mogelijk in de toekomst waardoor er niet moet worden gewacht tot einde garantietijd van de huidige pomp om toegang te krijgen tot een doorontwikkeling van het systeem.

BESLUIT

We kunnen besluiten dat het MiniMed 780G-systeem aan onze patiënten de opportuniteit biedt naar een vrijwel normale glucosecontrole toe te werken. Een belangrijke stap om op een kwalitatieve manier bij zoveel mogelijk type 1 diabetespatiënten de ADA-richtlijnen te behalen, wat inhoudt te streven naar een HbA1c-waarde lager dan 7 % en dat de tijd dat de glucosewaarde binnen de normaalwaarde blijft hoger is dan 70 %. Dit alles heeft als therapeutisch doel te streven naar een comfortabeler leven zonder complicaties door diabetes type 1.

MEER INFO

Voor meer info kan u terecht bij :
Het diabetesteam O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem Tel : 056/623522
Email : diabetescentrum@ziekenhuiswaregem.be

Obesitas chirurgie in Waregem

Dr. Christopher Lange

Inleiding

Obesitas is wereldwijd een significant probleem. Jaarlijks overlijden ongeveer 5 miljoen mensen aan de gevolgen van overgewicht en obesitas.¹ In België heeft 55% van de volwassen bevolking overgewicht (BMI>25kg/m²) en 21% obesitas (BMI>30kg/m²). Boven de 45 jaar zien we dat tweederde van de bevolking te zwaar is. Obesitas resulteert in toegenomen mortaliteit en morbiditeit en afgenomen kwaliteit van leven. Ook bij kinderen neemt de prevalentie van overgewicht toe, met nu ongeveer 1 op 6 kinderen in België dat te zwaar is.² Afgelopen jaar werd het gezondheidsrisico van obesitas nog eens duidelijk door het ongunstige beloop van COVID-19 in deze groep.³

Helaas bestaat er nog altijd een taboe op overgewicht en obesitas. Zwaarlijvige mensen krijgen vaak het verwijt dat het allemaal wel aan henzelf zal liggen. Veel patiënten vinden het daarom lastig om hier openlijk over te praten. Het actief bespreekbaar maken van dit probleem is dus belangrijk.

In ons ziekenhuis

In ons ziekenhuis wordt sinds medio 2015 obesitas chirurgie verricht. Er werd een multidisciplinair team opgericht om patiënten te screenen en selecteren voor een eventuele operatieve ingreep. Het team bestaat uit endocrinoloog Dr. Katia Mekeirele, chirurg Dr. Christopher Lange, diëtisten Lesley Deruddere en Annelies Walgraeve en medisch psycholoog Sibylle Vuchelen.

Sinds de opstart van het obesitascentrum is het aantal patiënten dat in ons ziekenhuis wordt geopereerd sterk toegenomen. Van een 7-tal patiënten in 2015 steeg het aantal naar 128 patiënten in 2020. Sinds 2018 ontvangen wij ook patiënten uit het buitenland; ook deze aantallen

nemen toe. In de afgelopen 2 jaar werd 96% (214/223) van de patiënten na 1 nacht in het ziekenhuis ontslagen. We hadden hierbij 0% naadlekkages en 0% mortaliteit.

In de naaststaande figuur ziet u het aantal patiënten dat in 2019 en 2020 naar ons ziekenhuis kwam voor een obesitas operatie. Buiten Belgen, hebben Nederlanders, Engelsen, Ieren en zelfs een Amerikaan en Qatarees de weg naar Waregem gevonden. We bieden goede zorg en opvolging voor al onze patiënten, nationaal of internationaal. Ook worden onze patiënten digitaal begeleid door middel van informatieve presentaties die zij perioperatief online volgen.

Preventie

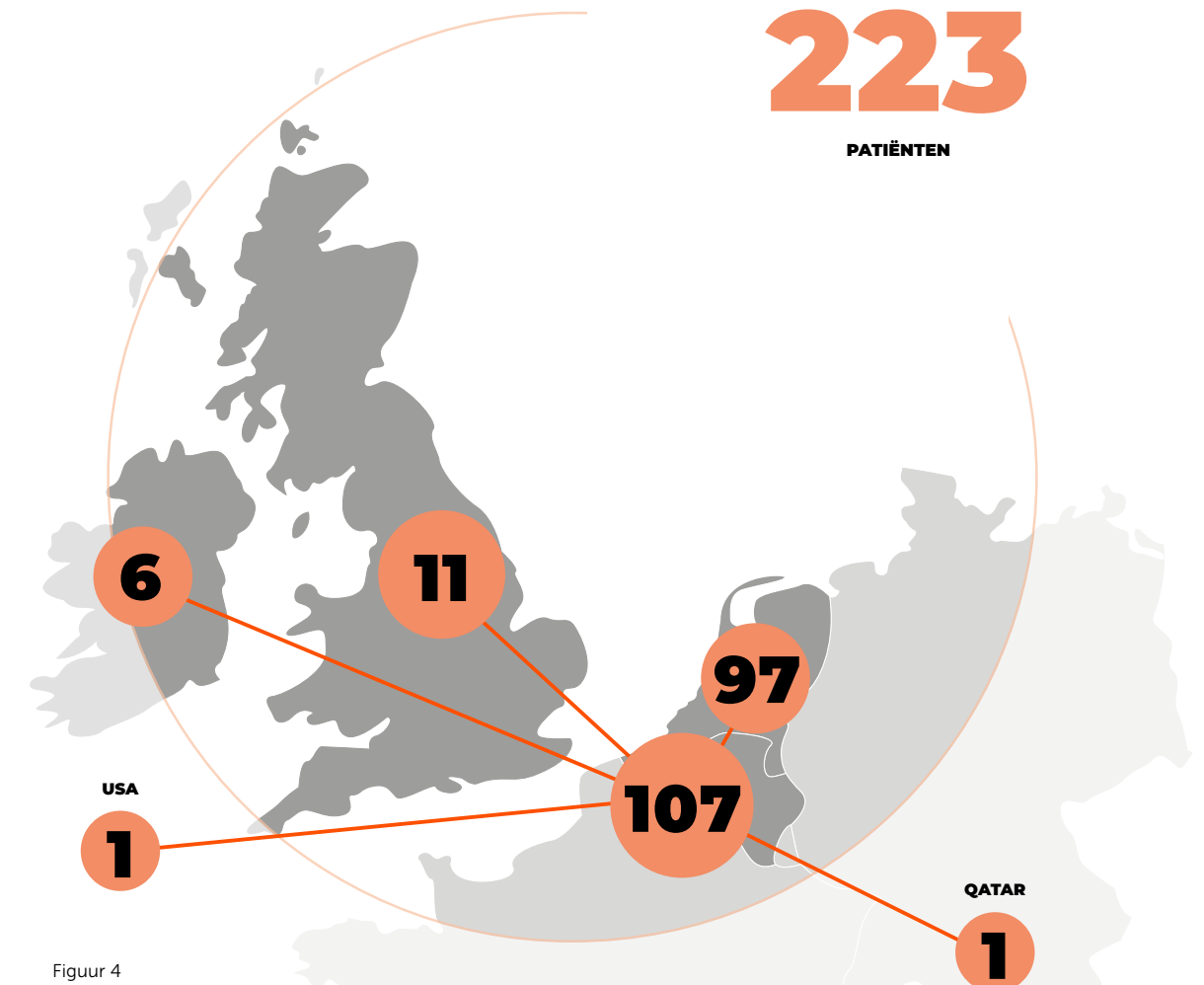
Preventie is de beste behandeling van het gewichtsprobleem op populatieniveau. Eenmaal obees, dan is vermageren niet evident. Uit evolutionair oogpunt is het goed te verklaren dat ons lichaam bijgekomen kilo's liever vasthoudt voor tijden van eventuele schaarste. Als een van de belangrijkste spelers op het gebied van obesitaspreventie, heeft onze overheid nog maar weinig concrete initiatieven genomen om haar bevolking te tonen dat het voor hen zelf en hun omgeving de moeite loont om gezonder te gaan leven.⁴

Leefstijl

De behandeling van een gewichtsprobleem op individueel niveau moet in eerste instantie worden gezocht in leefstijlaanpassingen: dieet en sport. Uiteraard dienen medische oorzaken van obesitas (endocrien/hormonaal, medicamenteus, depressie...) ook te worden onderzocht. Hiervoor kunt u uw patiënt ten alle tijden verwijzen naar onze obesitas raadpleging.

223 obesitas operaties in 2019-2020 door Dr. Christopher Lange

223
PATIËNTEN



Figuur 4

2019-2020	
Land	Aantal
BELGIË	107
IERLAND	6
NEDERLAND	97
UNITED KINGDOM	11
USA	1
QATAR	1
TOTAAL	223

Begeleiding door een diëtiste en eventuele coaching voor sport worden ook in ons ziekenhuis aangeboden.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling van obesitas is niet standaard. Toch groeit de aandacht voor GLP-1-

analogen (glucagon-like peptide-1 analogen, incretinemimetica). Deze medicatie is gebaseerd op gastrointestinale peptiden die glucose-afhankelijke insuline secretie stimuleren en worden derhalve gebruikt in de behandeling van diabetes. Ze inhiberen ook de maaglediging waardoor er een afname van eetlust ontstaat. Als bijwerking treden nausea en vomitus relatief vaak op. Studies tonen een gewichtsverlies

tussen 5% en 15% bij het gebruik van deze medicatie op korte termijn.⁵ Ze worden wekelijks toegediend per injectie. Voor diabeten bestaat er een terugbetaling.

Chirurgische behandeling

Ook al is leefstijlaanpassing de hoeksteen van gewicht reducerende therapie, we weten dat slechts een beperkt deel van patiënten met obesitas langdurig gewicht verliest door middel van dieet alleen. Een uitvoerige analyse van meer dan 170.000 patiënten die in het Verenigd Koninkrijk conservatief werden behandeld voor overgewicht en obesitas toonde aan dat slechts 1 op 1290 mannen en 1 op 677 vrouwen met een BMI van meer dan 40kg/m² een normaal gewicht bereiken met een behandeling in de eerste lijn. Voor graad 1 obesitas was dit 1 op 210 voor mannen en 1 op 124 voor vrouwen over een periode van 9 jaar.⁶

Er is dus een significante groep patiënten die niet in staat is om langdurig een gezond gewicht te bereiken met

conservatieve middelen. In dat geval kan en moet worden overwogen om een chirurgische ingreep te verrichten als hulpmiddel om te vermageren. Uitgebreid wetenschappelijk onderzoek toont aan dat na een obesitas ingreep zowel morbiditeit als mortaliteit verminderen op lange termijn en de kwaliteit van leven verbetert. Bariatrische chirurgie is veilig en effectief, maar vergt wel veel inspanning en motivatie van de patiënt. Het is niet meer van deze tijd om te denken dat het ondergaan van dergelijke chirurgie 'de makkelijke weg is'. Zowel voor als na een ingreep is het cruciaal om de patiënt goed op te volgen en te begeleiden in zijn of haar gezonde leefstijl.

De meest verrichte obesitas operaties in België zijn de gastric bypass en sleeve gastrectomie. Beide operaties worden laparoscopisch uitgevoerd, hebben een gunstig risicoprofiel en zijn bewezen effectief op lange termijn. Sommige chirurgen experimenteren met robot geassisteerde bariatrische chirurgie; vooralsnog is hiervan de meerwaarde niet bewezen en is robot

chirurgie met name duurder. Daarnaast bestaat de ESG (endoscopische sleeve gastroplastie), deze voeren wij ook uit op strikte indicatie. Deze ingreep is een minder ingrijpende variant van de twee genoemde operaties en met name geschikt voor patiënten met een milde vorm van obesitas.

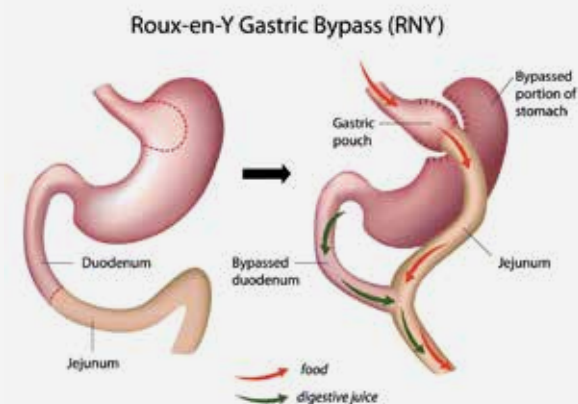
Andere ingrepen, zoals de Scopinaro ingreep en maagband worden tegenwoordig minder uitgevoerd vanwege de verhoogde kans op complicaties. De 'mini-bypass' wordt door enkele centra uitgevoerd. Bij deze ingreep is er echter minder bekend over het effect op lange termijn en zijn er belangrijke problemen met gallige reflux.

Besluit

Obesitas leidt tot ziekte, lagere kwaliteit van leven en hogere mortaliteit. Door de COVID-pandemie zijn we ons pijnlijk bewust geworden van de kwetsbaarheid van de obese patiënt. Als arts is het daarom belangrijk om het gewicht van uw patiënt actief bespreekbaar te maken. Patiënten met een

gewichtprobleem verdienen een analyse en behandeling. Bij therapieresistente obesitas is bariatrische chirurgie een veilige behandeloptie die overwogen moet worden als hulpmiddel om te vermageren. Wij zorgen met ons hele team voor een correcte behandeling en goede opvolging van uw en onze patiënt.

Resultaten bariatrische chirurgie
DM type 2 verbetering of genezing in 82-98%
NASH 90% verminderd
Hypertensie 69% genezen
OSAS 74-98% genezen
Mortaliteit 89% afname in periode van 5 jaar
QOL bij 95% verbetering



Figuur 1

GASTRIC BYPASS

Gemiddeld gewichtsverlies:
70-80% van het overgewicht mits leefstijl aanpassing

Operatief risico:
Laag (vergelijk met galblaasoperatie)

Bijwerkingen:
Dumping (meestal mild), tijdelijk haarverlies, vitaminedeficiëntie, galstenen, obstipatie, interne hernatie



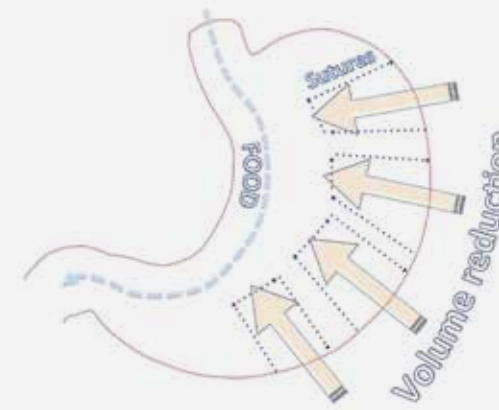
Figuur 2

SLEEVE GASTRECTOMIE

Gemiddeld gewichtsverlies:
60-70% van het overgewicht mits leefstijl aanpassing

Operatief risico:
Laag (vergelijk met galblaasoperatie)

Bijwerkingen:
Pyrosis, vitaminedeficiëntie, tijdelijk haarverlies, vitaminedeficiëntie, obstipatie, galstenen



Figuur 3

ENDOSCOPISCHE SLEEVE GASTROPLASTIE (maagverkleining door gastroscopische hechtingen)

Gemiddeld gewichtsverlies:
50% van het overgewicht mits leefstijl aanpassing

Operatief risico:
Zeer laag

Bijwerkingen:
Mogelijke dilatatie van de sleeve na verloop van tijd

REFERENTIES:

- Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, et al. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med.* 2020 Jul 28;17(7):e1003198
- www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gewichtstoestand.
- Tartof, S. Y., Qian, L., Hong, V., et al. 2020. Obesity and mortality among patients diagnosed with COVID-19: results from an integrated health care organization. *Annals of Internal Medicine.*
- De impact van overheidsinterventies in de strijd tegen obesitas onderzocht in België en Engeland. Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van Master of Science in de Bedrijfseconomie. 2015 Sara Van Herreweghe onder leiding van Professor Anneleen Van Kerckhove en Katrien Cooremans.
- Leigh Perreault, MD. Obesity in adults: Drug therapy. *UptoDate*
- Alison Fildes, PhD, Judith Charlton, MSc, Caroline Rudisill, et al. Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight: Cohort Study Using Electronic Health Records. *Am J Public Health.* 2015 September; 105(9): e54-e59.

Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice.

SNNOOP10 list. *Neurology* 92 (3), 2019

Dr. Elien Lecomte

Hoofdpijn is een zeer frequente klacht in de huisartsenpraktijk, op spoedgevallen en bij de specialist. Het uitsluiten van een secundaire hoofdpijn is vaak reden voor verder onderzoek. In epidemiologische studies wordt bij 12 tot 18% van de patiënten de hoofdpijn als secundair beschouwd. Medication overuse headache (hoofdpijn door medicatie overgebuik) is de meest frequente oorzaak.

In dit artikel beschrijven we rode en oranje vlaggen bij hoofdpijn. Rode vlaggen zijn symptomen die verdere onderzoeken noodzakelijk maken. Oranje vlaggen worden als alarmtekens beschouwd indien ze samen met andere oranje (of rode) vlaggen aanwezig zijn.

Systemische klachten inclusief koorts

Hoofdpijn met koorts is een oranje vlag. Koorts is vooral alarmerend indien dit gepaard gaat met andere relevante tekenen zoals nekstijfheid, verminderd bewustzijn en/of neurologische uitval.

Opgelet, de triade van koorts, nekstijfheid en verminderd bewustzijn komt niet bij elke patiënt met een neuro-infectie voor!

Voorgeschiedenis van neoplasie

Een hersentumor als oorzaak van hoofdpijn is zeldzaam (<0.1%) en komt voornamelijk voor op oudere leeftijd (>50 jaar). Longkanker, borstkanker en melanoom hebben het hoogste risico op hersenmetastasen.

Bij een nieuwe hoofdpijn bij een oncologische patiënt moet een intracranieële metastase uitgesloten worden (rode vlag). Relevante symptomen die gepaard gaan met hoofdpijn zijn: braken, hoofdpijnduur van minder dan 10 weken, atypische hoofdpijnpatroon, pulsatiele pijn,

ernstig tot hevige pijn, ganginstabiliteit, voetzoolreflex in extensie.

Neurologische uitval (inclusief verminderd bewustzijn)

Twee derde van de hemorragische CVA's, 1/3 van de ischemische CVA's en 100% van de subarachnoidale bloedingen gaan gepaard met hoofdpijn. Andere oorzaken van hoofdpijn met neurologische uitval zijn o.a. hersenabces, centraal zenuwstelsel infectie, tumor. Hoofdpijn gepaard gaande met neurologische uitval is dus steeds een alarmteken (rode vlag)!

Plotse hevige hoofdpijn ("thunderclapheadache")

Volgens de ICHD III criteria wordt een thunderclapheadache gedefinieerd als plotse hevige hoofdpijn die zijn maximale intensiteit bereikt binnen 1 minuut. In verschillende andere studies varieert de grens echter tussen 1 minuut



en 1 uur. Oorzaken van een plotse hevige hoofdpijn zijn o.a. subarachnoidale bloeding, reversibel cerebraal vasoconstrictiesyndroom (= RCVS, gepaard gaande met herhaalde thunderclapheadaches), veneuze sinustrombose, dissectie van de halsbloedvaten. Thunderclapheadache in combinatie met leeftijd boven 40 jaar, nekpijn of nekstijfheid, verlies van bewustzijn en/of aanvang tijdens fysieke activiteit verhoogt de sensitiviteit voor subarachnoidale bloeding.

Een plotse hevige hoofdpijn is een rode vlag.

Oudere leeftijd (begin >50 jaar)

Hoofdpijn die ontstaat op oudere leeftijd kan veroorzaakt worden door infectie, arteritis temporalis, CVA, neoplasie... Dit is een rode vlag.

Verandering van patroon, recent begonnen of nieuw soort hoofdpijn

Een recente verandering in het hoofdpijnpatroon of een nieuw ontwikkelde hoofdpijn (< 3 maand) kan soms het enige tekenen zijn van een onderliggende ziekte (rode vlag).

Positionele hoofdpijn (posturale hoofdpijn)

Hoofdpijn die ontstaat onmiddellijk of binnen enkele seconden na het rechtkomen en snel verdwijnt bij neerliggen is suggestief voor intracranieële hypotensie bij liquorlek. Liquorhypotensiesyndroom kan ontstaan na

een lumbale punctie (postpunctie hoofdpijn), na chirurgie of spontaan. Bij een patiënt met een lang bestaande liquorhypotensie, kan de positionele hoofdpijn uiteindelijk verdwijnen en gemaskeerd worden door een ander soort hoofdpijn (bv migraineus, spanningstype hoofdpijn). Positionele hoofdpijn is een rode vlag.

Hoofdpijn die toeneemt door niezen, hoesten (Valsalva) of inspanning

'Cough headache' (= hoofdpijn uitgelokt door hoesten) is een rode vlag. Secundaire oorzaken zijn onder meer Arnold Chiari malformatie en andere fossa posterior afwijkingen, hydrocefalie, infecties,...

Papiloedeem

Patiënten met hoofdpijn en papiloedeem moeten altijd verder onderzocht worden voor secundaire hoofdpijn! (rode vlag). Er is een hoge prevalentie van onderliggende etiologieën (idiopathische intracranieële hypertensie, intracranieële tumor...).

Progressieve hoofdpijn en atypische presentatie

Nieuwe hoofdpijn, recent ontstane hoofdpijn die onmiddellijk dagelijks voorkomt, is een alarmsignaal, vooral als de pijn progressief erger wordt. Ook een atypisch hoofdpijnpatroon kan een teken zijn van een onderliggende aandoening.

Zwangerschap en puerperium

De kans op een secundaire hoofdpijn tijdens zwangerschap en puerperium is hoger door o.a. hypercoagulabiliteit, hormonale veranderingen en interventies zoals epidurale verdoving. Meestal presenteert deze zich in het derde trimester. Bijkomende factoren zoals de afwezigheid van een hoofdpijngeschiedenis, epileptisch insult, arteriële hypertensie en koorts, moeten onmiddellijk leiden tot bijkomende investigaties. De meest frequente oorzaak van hoofdpijn tijdens de zwangerschap is een hypertensieve stoornis zoals pre-eclampsie. Andere mogelijke oorzaken zijn hypofysair adenoma of apoplexie, CVA, veneuze sinustrombose.

Ook niet-neurologische aandoeningen moeten nagekeken worden zoals anemie, schildklierlijden, elektrolytenstoornissen en diabetes.

Pijnlijk oog met autonome klachten

Orbitale pijn met ipsilaterale autonome klachten (roodheid van het oog, ptose, miose, verstopte neus of loopneus) moet doen denken aan TAC (trigeminaal autonome cefalgie) waaronder clusterhoofdpijn. Een deel van de TAC syndromen zijn secundair aan bv. afwijkingen in de fossa posterior, hypofyse of sinus cavernosus. Patiënten met orbitale pijn en autonome klachten dienen dus steeds beeldvorming te krijgen om een secundaire etiologie uit te sluiten!

Posttraumatische hoofdpijn

De definitie van posttraumatische hoofdpijn volgens de ICDH-III criteria is hoofdpijn die ontstaat binnen de zeven dagen na een trauma capitis. Risicofactoren zijn onder meer vrouwelijk geslacht, jongere leeftijd, afwijkingen op CT hersenen en hoofdpijn aanwezig op de spoedgevallen.

Als de hoofdpijn onmiddellijk in relatie van het trauma ontstaat, is dit een rode vlag. Als de hoofdpijn chronisch blijft bestaan, is dit een oranje vlag.

Posttraumatische hoofdpijn wordt meestal behandeld volgens het fenotype (bv. migraine of spanningstype hoofdpijn) wegens het ontbreken van gerandomiseerde studies.

Pathologie van het immuunsysteem zoals HIV

Hoofdpijn is de een van de meest frequente pijnklachten bij HIV-patiënten. Het risico op opportunistische infecties stijgt indien de CD4-cellen <200/μL bedragen. Mogelijke oorzaken bij HIV-patiënten zijn: toxoplasmose, CNS lymfoom en PML.

Hoofdpijn bij een immuungecompromitteerde persoon is dus een rode vlag.

Pijnstillers overgebruik of opstart van nieuwe medicatie

MOH (medication overuse headache) is de meest frequente oorzaak van secundaire hoofdpijn! Stoppen van pijnstillers zorgt bij meer dan 70% van de patiënten voor een verbetering van de pijn en kan een chronische pijn naar een episodische doen herleiden. Deze hoofdpijn komt meest frequent voor bij vrouwen tussen 40 en 50 jaar.

Een aantal medicijnen en toxische stoffen kunnen hoofdpijn doen ontstaan zoals phosphodiësterase-inhibitoren, cocaïne, CO intoxicatie,...

Conclusie

Hoofdpijnpatiënten zouden moeten gescreend worden gebruik makend van de SNNOP10 lijst om het ontdekken van een secundaire hoofdpijn te verhogen. Een combinatie van verschillende rode vlaggen verhoogt de kans om de onderliggende oorzaak te voorspellen. Verdere prospectieve epidemiologische studies zijn nodig om de sensitiviteit en specificiteit van rode vlaggen verder na te gaan.

Symptoom	Gerelateerde secundaire hoofdpijn	Vlag
1. Systemic symptoms including fever	CNS infectie, niet-vasculaire intracraniale afwijkingen, feochromocytoma	Rood (of oranje indien enkel koorts)
2. Neoplasm in history	Hersenmetastasen, primaire hersentumor	Rood
3. Neurologic deficit or dysfunction including decreased consciousness	CNS infecties/abces, vasculaire (CVA) en niet-vasculaire intracraniale aandoeningen	Rood
4. Onset of headache is sudden or abrupt	Subarachnoidale bloeding, dissectie van de halsbloedvaten, veneuze sinustrombose, hypofysaire apoplexie	Rood
5. Older age (after 50 years)	Arteritis temporalis, vasculaire en niet-vasculaire aandoeningen, tumoren	Rood
6. Pattern change or recent onset of headache	Tumoren, vasculaire en niet-vasculaire aandoeningen	Rood
7. Positional headache	Intracraniale hypertensie of hypotensie	Rood
8. Precipitated by sneezing, coughing or exercise	Chiari malformatie, fossa posterior afwijkingen	Rood
9. Papilledema	Tumoren, intracraniale hypertensie	Rood
10. Progressive headache and atypical presentation	Tumoren, vasculaire en niet-vasculaire aandoeningen	Rood
11. Pregnancy and puerperium	(pre)eclampsie, veneuze sinustrombose, dissectie van de halsbloedvaten, postpunctiehoofdpijn, hypothyroïdie, anemie, diabetes	Rood
12. Painful eye with autonomic features	Fossa posterior afwijkingen, hypofyse of sinus cavernosus afwijkingen, Tolosa Hunt, oftalmologische oorzaken	Rood
13. Posttraumatic headache	Acute en chronische posttraumatische hoofdpijn, subduraal hematoom, vasculaire afwijkingen	Rood (of oranje indien chronisch)
14. Pathology of the Immune System such as HIV	Opportunistische infecties, PML	Rood
15. Painkiller overuse or new drug at onset of headache	Medication overuse headache (MOH), bijwerkingen van medicatie/toxische stof	Rood

W-tjes



Innovatie in handhygiëne: OLVW installeert als eerste Belgische ziekenhuis Sani Nudge

Ook in coronatijden is innovatie belangrijk in ons ziekenhuis. Om de handhygiëne nog beter te ondersteunen installeert het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem als eerste ziekenhuis in België de Sani Nudge draadloos hygiëne monitoringstechnologie op de ICU/Covid-19 units, en dat in samenwerking met Stöpler Belgium.

Het Sani Nudge systeem monitort de correcte toepassing bij de 5 indicaties voor handhygiëne. Er worden sensoren geplaatst op de ontsmettingspunten, in de omgeving van de patiënt aan het bed, en op de badge van de medewerkers. Op die manier kunnen heel snel en gericht verbeteracties geïmplementeerd worden, waardoor de verspreiding van infecties sneller

gestopt kan worden. Meer info over het systeem vindt u hier: <https://saninudge.com>

Het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem gaat zo samen met Stöpler Belgium verder de strijd aan tegen Covid-19 en andere overdraagbare infecties.



Covidcare@Home

CovidCare@Home is een project van de firma Byteflies, een Belgisch medisch technologiebedrijf (ISO13485-gecertificeerd, GDPR-conform).

Het project laat toe bevestigde COVID-19 positieve patiënten te monitoren vanop afstand. Deelname aan CovidCare@Home betekent dat de patiënt thuis herstelt met een telemonitoring oplossing en dat zijn zorgverlener contact met hem kan opnemen op basis van de verzamelde vitale functies. Recent keurde het RIZIV een pilootproject goed voor telemonitoring. Ook het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem neemt hieraan deel.

CovidCare@Home kan ingezet worden:

- om opgenomen covid-positieve patiënten die voldoende hersteld zijn, na het akkoord van de pneumoloog/intensivist, vroegtijdig te ontslaan uit het ziekenhuis en verder op te volgen via telemonitoring
- om patiënten die zich aanmelden op de dienst spoedgevallen van ons ziekenhuis, maar waarvan de symptomen niet ernstig genoeg zijn voor een ziekenhuisopname, na het akkoord van de pneumoloog/intensivist, naar huis te sturen en hun toestand van dichtbij op te volgen via telemonitoring

In beide gevallen gebeurt dit uiteraard uitsluitend na de goedkeuring van de pneumoloog/intensivist en het akkoord van de patiënt.

Patiënten die slechts milde symptomen hebben of die beterschap vertonen, kunnen dankzij het telemonitoringsysteem van Byteflies in het comfort van hun thuisomgeving verder herstellen onder medisch

toezicht. Hun vitale waarden (zijnde temperatuur, hartslag, zuurstofsaturatie en ademhalingsfrequentie) worden opgevolgd met behulp van de thermometer en de zuurstofsaturatiemeter die ze samen met een handleiding voor de registratie van de waarden in de CovidCare@Home app ontvingen.

Dankzij deze oplossing worden de ziekenhuisbedden gereserveerd voor de patiënten die er erger aan toe zijn. Dit verlicht de druk op de dagelijkse werking van het ziekenhuis én het personeel.

De waarden die de patiënt 3x/dag registreert, worden door een team binnen het ziekenhuis dagelijks opgevolgd. In geval van verontrustende waarden, wordt de patiënt door ons opgebeld en geadviseerd om de huisarts te contacteren zodat hij een inschatting kan maken van de ernst van de situatie en een eventuele opname in het ziekenhuis kan faciliteren.



W-tjes



Center of Excellence

Onlangs kregen Dr. Peter Van Daele en het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem een "Center of Excellence" erkenning in de full-endoscopische rug- en nekchirurgie. Hiermee wordt het streven naar de best mogelijke zorg voor onze patiënten met uitstralingspijnen uit rug of nek bekroond en erkend. Als enig centrum in België en voortrekker wereldwijd bieden we onze patiënten de zachtst mogelijke rug- en nekoperaties aan. Deze nieuwe techniek biedt heel wat voordelen tegenover de klassieke microscopische rugchirurgie. De troeven van rug-endoscopie zijn zeer korte ziekenhuisopname, vrijwel onmiddellijk verdwijnen van de pijnklachten en niet onbelangrijk ook betere langetermijnresultaten. Dit alles zet ons ziekenhuis op de kaart als een Centre of Excellence voor de behandeling van discushernia en kanaalvernauwing. Dr. Van Daele is een pionier in de rugendoscopie en werd hiervoor internationaal nogmaals erkend. Ons ziekenhuis wordt binnenkort ook een opleidingscentrum voor rugchirurgen.

OLVW neemt deel aan de Europese Magnet4Europe Studie

De Magnet-erkenning voor verpleegkundige zorg in ziekenhuizen ontstond in de VS in 1990. Men wilden investeren in het aantrekken en behouden van verpleegkundig talent, op een moment dat er in de VS een groot tekort aan verpleegkundigen was. Het opzet was om wetenschappelijk onderbouwd te achterhalen hoe zorginstellingen een werkomgeving kunnen uitbouwen die bijdraagt tot de grotere waardering van het verpleegkundige beroep. Intussen is de Magnet-erkenning uitgegroeid tot een internationaal gerenommeerd ontwikkelingstraject. Het doel van Magnet4Europe is om het Magnet® model in Europa te evalueren. Enerzijds op vlak van verbetering van het welzijn van artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen, en anderzijds op vlak van het effect op de kwaliteit van de patiëntenzorg. De doelstelling is het verbeteren van de mentale gezondheid en het welzijn van medewerkers in de gezondheidszorg, door de klinische werkomgeving in meer dan 60 Europese ziekenhuizen te herontwerpen.

Concreet: het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem werd gekoppeld aan het Northbay Medical Center in Californië. Samen met dit ziekenhuis identificeren we onze gaps en delen we best practices. Ook met de andere deelnemende Europese ziekenhuizen worden goede voorbeelden uitgewisseld.

Meer informatie vindt u op www.magnet4europe.eu



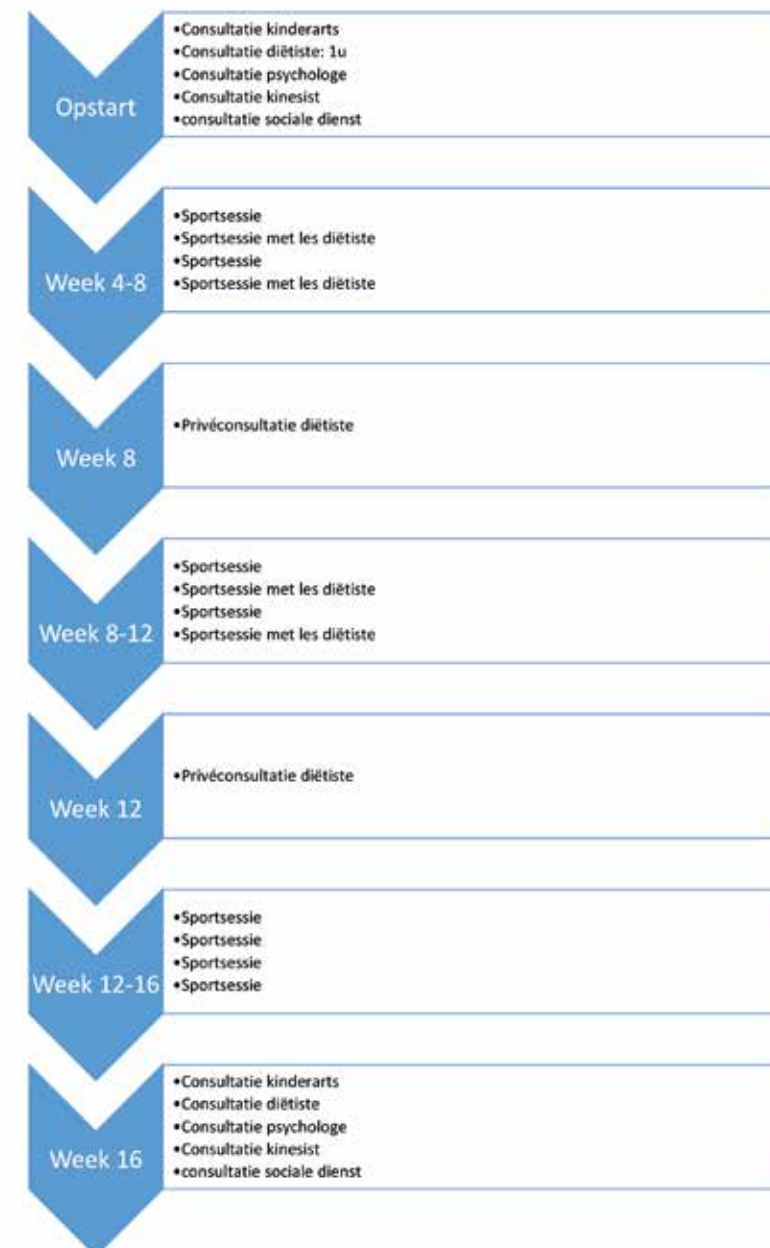
Pediatrisch multidisciplinair obesitascentrum in Waregem: start eind 2021

De prevalentie van obesitas stijgt jaar na jaar, ook bij kinderen. Obesitas is een complex probleem waarbij metabole, mechanische, mentale en omgevingsaspecten een rol (kunnen) spelen. Om dat grondig te kunnen aanpakken, willen de kinderartsen van het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem een multidisciplinair centrum oprichten dat kinderen en jongeren met obesitas (en hun ouders) helpt en ondersteunt op hun weg naar een nieuwe, gezondere levensstijl.

psychologen en de maatschappelijk werkers van het ziekenhuis betrokken bij de oprichting van het centrum, geruggensteund door de directie. Ook de Stad Waregem en de schepenen Kristof Chanterrie (sport) en Joost Kerkhove (preventie en gezondheid) denken en werken enthousiast mee. Het doel is om het centrum operationeel te hebben in het vierde kwartaal van 2021.

Uiteraard is de samenwerking tussen eerste-, tweede- en zo nodig derdelijnszorg cruciaal voor een succesvolle diagnose en therapie. We houden u op de hoogte.

Naast de kinderartsen zijn diëtisten, kinesisten,



PRAKTISCH

Sinds kort zijn de kinderartsen telefonisch direct bereikbaar voor huisartsen, elke werkdag tussen 9.00 en 18.00 op het nummer 056/62.37.00

Nieuwe artsen



Dr. Elien Lecomte
neurologie



Dr. Elien Lecomte behaalde in 2015 haar diploma van arts aan de Universiteit Gent waarna ze haar opleiding tot arts-specialist in de neurologie volgde in het UZ Gent en in het AZ Sint-Jan Brugge. Op 31 oktober 2020 behaalde ze haar erkenning als neuroloog.



Dr. Michiel Mylle vervoegde de dienst orthopedie vanaf 1 januari 2021. Hij zal zich binnen de afdeling toeleggen op de schouder en arthroscopische kniechirurgie.

Dr. Myle behaalde zijn diploma van arts aan de KU Leuven in 2013 waarna hij zijn opleiding orthopedische heelkunde volgde. Na zijn erkenning tot orthopedisch chirurg specialiseerde hij zich verder in de schouder- en kniechirurgie te Antwerpen, onder leiding van Prof. Dr. O. Verborgt, Dr. G. Declercq, Prof. Dr. P. Verdonk en Dr. K. Lagae.



Dr. Michiel Mylle
orthopedie



Dr. Elisabeth Vandendriessche volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent. Zij behaalde haar diploma van arts in 2010 en verkreeg haar erkenning als arts-specialist in de gynaecologie en verloskunde in 2015. Dr. Vandendriessche is sinds 2016 als gynaecoloog-echoscopist werkzaam in het Universitair Ziekenhuis van Maastricht op de dienst prenatale diagnostiek. Sinds 2019 neemt zij iedere donderdag in het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem de expertise prenatale echografie voor haar rekening.



Dr. Elisabeth Vandendriessche
gynaecologie

ARTSEN OP RUST



Dr. Luc Ceuterick
- radiologie -



Dr. Antoon Lenaert
- orthopedie -

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, Dr. Barbara Hermans, An-Sofie Neiryck

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



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

Lid van  **E17
ziekenhuis
netwerk**

www.ziekenhuiswaregem.be

volg ons op

