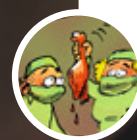


M
U
Z
T

N° 1 Mei 2018 • Must reads voor de huisarts over medische innovatie



Slaaplabo richt zich op kinderen van **alle leeftijden**

Nieuwe technieken bij atriumfibrilleren: huisarts speelt centrale rol in selectie patiënten

Hidradenitis suppurativa treft 1% van volwassenen

Robotgeassisteerde lymfekliertransplantatie verlaagt risico's

mUZe heet

voortaan mUZt

Zowel inhoudelijk als qua vormgeving ziet uw vertrouwde blad er anders uit. U krijgt een meer digitale leeservaring met kortere, to-the-point teksten. Zo haalt u er moeiteloos úw must reads uit. mUZt verschijnt 2 keer per jaar.

BELGIË HEEFT HUIDKANKER-PROBLEEM

Uit cijfers van Euromelanoma blijkt dat met jaarlijks 37.000 nieuwe gevallen, huidkanker de meest voorkomende én snelst stijgende vorm van kanker in België is en dat het aantal huidkankerpatiënten in ons land blijft toenemen.

Tijdens de jaarlijkse preventieweek kan wie dat wil bij de deelnemende dermatologen terecht voor een gratis huidonderzoek. Indien u uw patiënt zou adviseren om een gratis huidonderzoek te laten doen, dan kan dit in het UZ Brussel op dinsdag 15 mei of donderdag 17 mei.

Zij dienen zich echter vooraf in te schrijven via www.euromelanoma.be

START MENOPAUSE-CONSULTATIES

Ziet u in uw praktijk ook vrouwen die kampen met talrijke vragen over de menopauze? Zij kunnen voortaan **elke donderdag tussen 9u en 16u** terecht bij **menopauzeconsulente Cindy Dunon op de dienst Gynaecologie** van het UZ Brussel voor een uitgebreid informatief gesprek waar ze alleen of samen met hun partner naartoe kunnen komen.

Een afspraak maken kan telefonisch via het secretariaat Gynaecologie: 02 477 60 20.



KINDERWENS VERVULLEN DANKZIJ EICELDONATIE

1 op de 6 koppels geraakt niet binnen het jaar zwanger. Soms komt dat door problemen met de eicellen. De hoeveelheid eicellen en hun kwaliteit wordt aangetast door o.a. vervoegde menopauze, medische behandelingen, genetische aandoeningen, leeftijd. Voor vrouwen die geen of weinig eigen eicellen produceren, of eicellen hebben die om genetische redenen niet gebruikt kunnen worden, is eiceldonatie de enige kans op zwangerschap.

Er is echter een tekort aan eiceldonoren. Heeft u patiënten die zich als eiceldonor wensen aan te bieden of die gebruik wensen te maken van een eiceldonatie?

Dan kan u hen voortaan doorverwijzen naar de nieuwe website www.ikgeefgeluk.be waarop ze terecht kunnen voor meer informatie over dit traject en de behandeling.

MUZZT READS

voor de huisarts over medische innovatie

Tubereuze Sclerose Complex	5
Immunotherapie : Blijven investeren in levensreddend onderzoek	6
Nieuwe technieken bij atriumfibrilleren	10
Begeleiding diabetespatiënten tijdens de ramadan	14
Hogeprecisiebestraling van oligometastasen in 1 tot 10 sessies	15
Plugger herstel voorste kruisband door nieuwe behandelingen	17
UZ Brussel op kruissnelheid met ambitieuze ruimteplan	18



PRIMEUR
Robotgeassisteerde
lymfekliertrans-
plantatie **veiliger**
voor patiënt
4



FACTS
Screening
kindermishandeling
Ook u kunt helpen
7



TREND
Slaaplabo niet
enkel meer
voor jonge
kinderen
8



FOCUS
Hidradenitis
suppurativa
**treft 1% van
volwassenen**
12

Colofon

Redactionele coördinatie: Edgard Eeckman en Gina Volckaert. **Redactieraad:** Johan Braeckman, Toon De Backer, Wim Distelmans, Edgard Eeckman, Martine Huybrechts, Patrick Lacoer, Marc Noppen, Denis Piérard, Jan Schots, Ria Vanschoenwinkel, Brigitte Velkeniers. **Redactionele bijdragen in dit nummer:** Daan Aeyels, Samira Baharlou, Mark De Ridder, Elisabeth De Waele, Thierry Gevaert, Moustapha Hamdi, Anna Jansen, Aan Kharagjitsing, Bart Neyns, Gerlant van Berlaer, Viki Vanderstraeten, Johan Vanlauwe, Assaf Zeltzer. **Fotografie:** Sam De Backer, UZ Brussel en Adobe Stock. **Illustraties:** Gudrun Makelberge & Arnout Fierens. **Vormgeving & eindredactie:** Comith.be
Druk: Leleu Printing. Gedrukt op milieuvriendelijk papier.

Vragen of suggesties? Adverteren in mUZt? Abonnement aanvragen of adreswijziging melden?
Mail naar muzt@uzbrussel.be of bel naar de dienst Communicatie van het UZ Brussel op 02 477 80 80.



XPERT TALK
Hoeveel voeding
heeft úw
patiënt nodig?
16

Robotgeassisteerde

lymfekliertransplantatie veiliger

voor patiënt

- **Eerste robotgeassisteerde behandeling van lymfoedeem in Europa**
- **Laat toe om veiliger donorregio te kiezen**
- **Minder postoperatieve pijn, sneller herstel door minimale incisies**

Lymfoedeem is een opstapeling van lymfevocht, meestal na een kankerbehandeling en voornamelijk na een klieruitruiming. Doorgaans start een patiënt met lymfoedeem met de klassieke behandeling: een manuele lymfedrainage, al dan niet gecombineerd met bandagering en een compressie. Is het oedeem na 6 maanden niet onder controle, dan komt hij of zij in aanmerking voor een chirurgische ingreep.

TIJDIG DOORVERWIJZEN BIJ CHIRURGISCHE INDICATIES

Er zijn verschillende chirurgische mogelijkheden. De voornaamste zijn een lymfoveneuze bypass, een lymfekliertransplantatie en de verlichtende operaties, zoals een liposuctie.

Belangrijk is wel dat, als er chirurgische indicaties zijn, de patiënt tijdig wordt doorverwezen. Hoe vroeger de behandeling kan plaatsvinden, hoe beter de resultaten en hoe beter het lymfoedeem kan worden gestabiliseerd.



PROF. DR. MOUSTAPHA HAMDI

- > Diensthoofd Plastische Heelkunde
- > Verantwoordelijke Lymfeliniek
- > Voorzitter van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische Heelkunde

CONSULTATIES

Dienst Plastische Heelkunde UZ Brussel
T 02 801 25 30
info@european-lymphaticsurgery.com

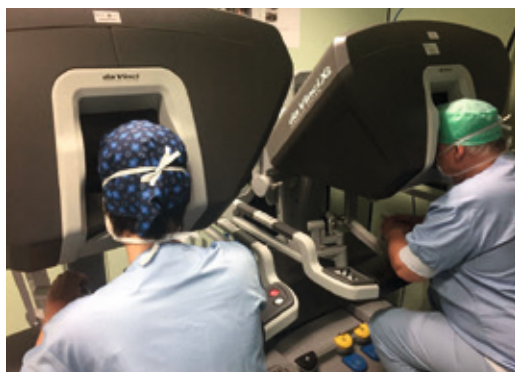
VERMINDERDE RISICO'S BIJ LYMFEKLIERTRANSPLANTATIE

Voor een lymfekliertransplantatie zijn de risico's en de gevolgen voor de patiënt recent sterk gereduceerd. Begin 2018 voerde een multidisciplinair team onder leiding van prof. Hamdi en dr. Zeltzer (Plastische Heelkunde), samen met prof. Simoens en dr. Van Eetvelde (Abdominale Heelkunde), voor het eerst in Europa een robotgeassisteerde lymfekliertransplantatie uit. Daardoor konden intra-abdominale lymfekliertjes worden gepreleveerd, wat in deze casus een veiligere donorregio was. Dat gebeurde via 2 à 3 kleine incisies, wat als bijkomend voordeel heeft dat de patiënt sneller herstelt en minder postoperatieve pijn heeft.

Eén van de risico's van een klassieke kliertransplantatie is net het creëren van lymfoedeem, op de plaats waar klieren worden genomen. Met intra-abdominale klieren is dat risico minder groot, omdat het chirurgisch team daar heel gericht kan te werk gaan en er ook meer klierweefsel aanwezig is.

Door de positieve resultaten van de ingreep zijn er nog meer operaties gepland met dezelfde robotgeassisteerde techniek. Omdat lymfoedeem heel invaliderend kan zijn voor patiënten, is dit een belangrijke innovatie, die de drempel naar een lymfekliertransplantatie een stuk kan verlagen. 🍷

Precisiewerk aan de robot door prof. Simoens en dr. Van Eetvelde



Prof. Hamdi en dr. Zeltzer na de ingreep



Tubereuze Sclerose Complex

Verscheidenheid in ernst en uitingsvormen is grote uitdaging voor de zorg



PROF. ANNA JANSEN

> Kliniekhoofd Pedatrie en Kinderneurologie
> Verbonden aan de Neurogenetics Research Group en de Mental Health and Wellbeing Research Group van de Vrije Universiteit Brussel

CONSULTATIES TSC-KLINIEK

Freddy Raymackers
T 02 801 27 01 of
tsc@uzbrussel.be

Meer info over het Referentiecentrum Zeldzame Ziekten op www.uzbrussel.be.

Meer info over TSC: lymphaticsurgery.com

TSC is een zeldzame ziekte die zich kenmerkt door de ontwikkeling van goedaardige tumoren in verschillende organen, zoals de hersenen, de nieren, de longen, de huid en het hart.

Dat vormt een belangrijke uitdaging voor de zorg, omdat samenwerking tussen diverse specialisten vereist is. Sinds enkele jaren heeft het UZ Brussel een multidisciplinair team, onder leiding van prof. Anna Jansen en dr. Peter Janssens, voor diagnose en opvolging van kinderen en volwassenen met TSC.

ALLE ONDERZOEKEN OP DEZELFDE DAG

Prof. Jansen: "Mensen met TSC spenderen vaak veel tijd aan afspraken regelen bij diverse specialisten, omdat meestal verschillende organen tegelijk aangetast zijn.

Daarom proberen onze planningscoördinatoren alle onderzoeken op één dag te organiseren in hun plaats, zowel voor de pedatrie als de volwassenen."

TWEE SCANS IN ÉÉN

Om de impact van die onderzoeken te verminderen, hebben drie radiologen van het UZ Brussel - dr. Vanderhasselt, dr. Van Binst en dr. Brussaard - een MRI-protocol ontwikkeld, waarbij de hersenen en het abdomen in één keer worden gescand.

Prof. Jansen: "De helft van de patiënten heeft een verstandelijke beperking en moet voor zo'n MRI-scan onder verdoving. Voor hen is het een belangrijk voordeel als dat in één keer kan."

NIEUWE THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN

Tot recent was de behandeling van TSC voornamelijk symptomatisch, o.a. met anti-epileptica, door embolisatie van hamartomen, door chirurgische behandeling van de tumoren en/of door dermatologische lasertherapie.

Ondertussen hebben studies aangetoond dat een behandeling met mTOR-inhibitoren een meerwaarde kan vormen. TSC wordt nl. veroorzaakt door een mutatie in de genen TSC1 of TSC2. Deze genen zetten een rem op een heel centrale signaal-cascade in de cel: de mTOR pathway. Bij een defect in één van die genen werkt de mTOR pathway te snel. mTOR-inhibitoren zijn al inzetbaar voor hersentumoren en nierletsels. Als zelf worden ze met succes toegepast bij de behandeling van angiofibromen in het gezicht. 🍀

➤ **Zeldzame ziekte die expertise vereist in diverse domeinen**

➤ **Goede organisatie van de zorg is belangrijk**

➤ **Behandeling met mTOR-inhibitoren biedt nieuwe perspectieven**

➤ HUISARTS HOE HERKENT U TSC?

TSC komt meestal al op **heel jonge leeftijd** tot uiting. Kenmerkend zijn de **hamartomen** die zich in diverse organen ontwikkelen. Deze goedaardige tumoren leiden vaak tot **epilepsie, een verstandelijke beperking, gedragsproblemen, afwijkingen van de huid en/of mondholte, nier-, long-, hart- en/of oogproblemen**.

De ziekte kent een variabele uitdrukking over de levensloop heen. Epilepsie manifesteert zich vaak al bij heel jonge kinderen, nierletsels zorgen meestal pas op volwassen leeftijd voor problemen. Er is ook een grote interindividuele verscheidenheid in de klinische presentatie, de ernst van de klachten en het verstandelijk functioneren.



Immunotherapie

Gespecialiseerd

materiaal onmisbaar

voor verdere ontwikkeling

Immunotherapie boekt bij steeds meer kankers positieve resultaten. Deze behandeling redt zelfs vandaag al levens. Patiënten die ooit ten dode waren opgeschreven, krijgen nu weer een toekomstperspectief, dankzij het onderzoekswerk en de klinische studies op onder meer de Brussels Health Campus. Maar de strijd tegen kanker is nog niet gewonnen. In de eerste helft van 2018 gaan in het UZ Brussel twee nieuwe klinische studies van start.

KANKERCELLEN AANVALLEN MET EIGEN CELLEN

Het UZ Brussel blijft investeren in wetenschappelijk onderzoek en daar horen ook nieuwe toestellen bij. Gespecialiseerd materiaal is onmisbaar voor de verdere ontwikkeling van immunotherapie. Daarvoor zoeken we voortdurend naar financiële middelen om wetenschappelijk onderzoek verder te zetten. Op korte termijn is de aankoop van het toestel CliniMACS Prodigy® gepland. Hiermee kunnen we dendritische cellen uit het bloed isoleren en manipuleren om ze daarna weer in het lichaam van de patiënt in te brengen voor de strijd tegen de kankercellen. Dit kan immunotherapie een hele stap vooruit helpen.



PROF. DR. BART NEYNS

> Afdelingshoofd
Medische Oncologie

CONSULTATIE

Oncologisch Centrum
T 02 477 60 40
afspraak_oncologie@
uzbrussel.be

EXTRA MIDDELEN NODIG

Om nieuw onderzoeksmateriaal aan te kopen heeft het Wetenschappelijk Steunfonds alvast een bijdrage geleverd van 28.000 euro. Het UZ Brussel kon ook rekenen op een legaat van 100.000 euro. Voor het resterende bedrag van 30.000 euro wordt via fondsenwerving een oproep gedaan om die vooruitgang voor personen met kanker mogelijk te maken. Ook klinische studies zijn duur. Eén patiënt behandelen met immunotherapie kost namelijk 15.000 euro.

NIEUWE KLINISCHE STUDIES

De klinische studies die van start gaan richten zich op het gebruik van zogenaamde lichaamseigen myeloïde dendritische cellen. Die zijn een onmisbare schakel in het herkennen en opruimen van kankercellen door het eigen lichaam. In een eerste studieprotocol zullen deze cellen in de tumor worden geïnjecteerd samen met immuunbevorderende antilichamen. Hiervoor komen patiënten in aanmerking met metastasen ter hoogte van de huid - de makkelijkst bereikbare locaties voor intratumorale injecties en het nemen van bipten voor translationeel onderzoek.

In een tweede studie zullen dezelfde myeloïde dendritische cellen samen met het oncolytische virus T-Vec (talimogene laherparepvec) worden toegediend bij patiënten met huidmetastasen van melanoom.

In een latere fase (tweede helft 2018) voorzien de onderzoekers een bijkomende studie voor patiënten met een herval van een kwaadaardige hersentumor (glioblastoom).



Screening kindermishandeling

Ook u kunt helpen

Elk jaar komen meer dan 18.000 kinderen langs op de spoedafdeling. Sinds een aantal jaren is het UZ Brussel hier extra alert voor sporen van kindermishandeling. Vier feiten om te onthouden.

VORMING IS CRUCIAAL

Zowel kinderartsen als spoedartsen in opleiding krijgen meermaals per jaar les over sporen of letsels bij kinderen die kunnen wijzen op kindermishandeling. Het UZ Brussel werkt daarvoor heel nauw samen met het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) in Brussel. Het Vertrouwenscentrum biedt ook voor huisartsen vormingen aan.

HULPVERLENERS, GEEN POLITIE

Bij verdachte letsels stelt de spoedgevallendienst voor aan de ouders om dit te bespreken met het Vertrouwenscentrum. Dat is vaak even schrikken, omdat de perceptie leeft - ook bij doorverwijzers - dat het centrum een link heeft met de politie. Dat is niet zo. Het centrum biedt vooral preventieve hulp, en de ervaring leert dat ouders vaak dankbaar zijn voor de geboden hulp in hun problematische situatie. In dringende gevallen belt de spoedarts wel rechtstreeks met het Vertrouwenscentrum.

DE HUISARTS HEEFT EEN BELANGRIJKE ROL IN DETECTIE ÉN FOLLOW-UP

Huisartsen zien hun patiënten en gezinnen meestal meermaals per jaar en zijn dus uitstekend geplaatst om tekenen van kindermishandeling vast te stellen, zoals vaak terugkerende letsels of letsels van verschillende ouderdom. Het is in het belang van het kind om dit aan het Vertrouwenscentrum te melden. Daarnaast is follow-up door de huisarts essentieel. Als een spoedarts niet zeker is of een letsel wijst op een problematische situatie, kan de huisarts hier uitsluitel geven.

DOORVERWIJZEN IS NIET ALTIJD NODIG

Huisartsen zien hun patiënten en gezinnen meestal meermaals per jaar en zijn dus uitstekend geplaatst om tekenen van kindermishandeling vast te stellen, zoals vaak terugkerende letsels of letsels van verschillende ouderdom. Het is in het belang van het kind om dit aan het Vertrouwenscentrum te melden. Daarnaast is follow-up door de huisarts essentieel. Als een spoedarts niet zeker is of een letsel wijst op een problematische situatie, kan de huisarts hier uitsluitel geven.



DR. GERLANT VAN BERLAER

> Kinder- en spoedarts
> Kliniekhoofd
Spoedgevallendienst

**CONTACTINFO
VERTROUWENS-
CENTRUM
KINDERMIS-
HANDELING
BRUSSEL**

T 02 669 40 50 (24/7)
info@vkbrussel.be

**CHATBOX VOOR
MINDERJARIGEN**

www.nupraatikerover.be
4 avonden per week
(ma-do)



110

Van de ca. 600 meldingen die het VK Brussel in 2017 binnenkreeg, kwamen er 110 uit het UZ Brussel.

12,7%

Van die 110 kwamen er 76 van spoed (of 12,7% van het totaal).

3%

Amper 3% van de meldingen liep binnen via huisartsen.



TREND

Slaaplabo niet enkel meer voor jonge kinderen

De eerste slaaponderzoeken bij kinderen dateren van midden jaren '80. Deze polygrafieën (hartritme, ademhaling en zuurstofsaturatie) speurden naar het risico op wiegendood bij zuigelingen. Tegenwoordig gebruiken we polysomnografen en zien we kinderen van alle leeftijden in het slaaplabo, met heel uiteenlopende slaapstoornissen.

Dankzij preventieve maatregelen, zoals vermijden van buikslapen, is de incidentie van wiegendood fors gedaald. We zien nog altijd jonge baby's, maar dan gaat het vooral om prematuren met een verhoogd risico op cardiorespiratoire problemen. In het slaaplabo komen nu kinderen van alle leeftijden.

De meest voorkomende klachten zijn verstoorde ademhaling tijdens de slaap (slaapapneu) en insomnie (belangrijke in- en doorslaapproblemen). Andere klachten zijn onrustig slapen (nachtmerries, slaapwandelen), vermoeidheid en overdreven slaperigheid.

De kennis rond **slaapgerelateerde ademhalingsproblemen** is de laatste decennia enorm toegenomen. De frequentie van Obstructief SlaapApnoe Syndroom (OSAS) bij kinderen wordt vaak onderschat.

In het slaaplabo komen nu kinderen van alle leeftijden.

'BEARS' screeningtool peilt naar in- en doorslaapproblemen

Met enkele eenvoudige vragen detecteert u slaapproblemen op vijf verschillende domeinen.

	2-5 j.	6-12 j.	13-18 j.
B Bedtime problems	Is je kind moeilijk in bed te krijgen? Valt het moeilijk in slaap?	Heeft je kind moeite met naar bed gaan? (O) Heb je moeite met naar bed gaan? (K)	Heb je moeite om in slaap te vallen bij bedtijd? (K)
E Excessive daytime sleepiness	Lijkt je kind vaak oververmoeid of slaperig overdag? Doet het nog dutjes?	Wordt je kind 's morgens moeilijk wakker, lijkt het slaperig overdag of doet het dutjes? (O) Voel je je vaak moe? (K)	Voel je je vaak slaperig overdag? Op school? Tijdens het rijden? (K)
A Awakenings during the night	Wordt je kind regelmatig wakker 's nachts?	Lijkt je kind vaak wakker te worden 's nachts? Slaapwandelen of nachtmerries? (O) Word je vaak wakker 's nachts? Moeite om weer in slaap te raken? (K)	Word je vaak wakker 's nachts? Moeite om weer in slaap te raken? (K)
R Regularity and duration of sleep	Heeft je kind een regelmatig slaap-waakritme? Welke tijdstippen?	Om welk uur gaat je kind slapen en staat het op op schooldagen? In het weekend? Denk je dat het genoeg slaapt? (O)	Om welk uur ga je meestal slapen op schooldagen? In het weekend? Hoeveel uur slaap je meestal? (K)
S Snoring	Snurkt je kind vaak of heeft het moeite met ademen 's nachts?	Snurkt je kind luid of heeft het moeite met ademen 's nachts? (O)	Snurkt je tiener luid? (O)

(O) Vraag gericht naar de ouders - (K) Vraag gericht naar het kind

Snurken, onregelmatig ademen tijdens de slaap, of toegenomen slaperigheid en/of hyperactiviteit overdag kunnen wijzen in de richting van OSAS.

OSAS bij jonge kinderen is vaak het gevolg van een KNO-probleem zoals hypertrofe amandelen en/of tonsillen. OSAS zien we ook voorkomen bij kinderen met faciale afwijkingen (Pierre-Robin sequentie) of genetische syndromen (trisomie 21, Prader-Willi syndroom). Bij adolescenten zien we steeds vaker OSAS als comorbiditeit bij obesitas. Soms is een behandeling met CPAP aangewezen.

Een tweede grote groep zijn de kinderen met **in- of doorslaapproblemen**. Een goede anamnese is hier belangrijk. Dit kan aan de hand van het 'BEARS' screeninginstrument (zie grafiek 1).

Bij jonge kinderen zijn aanhoudende in- en doorslaapproblemen vaak het gevolg van slechte slaapgewoontes. Kinderen raken erg snel geconditioneerd, maar een bestaand gedragspatroon veranderen kost meer moeite.

De frequentie van OSAS bij kinderen wordt vaak onderschat.

Bij pubers zien we vaak een verschuiving in het circadiaans ritme. 's Avonds geraken ze niet in slaap, 's ochtends niet wakker. Zo'n 'delayed sleep phase disorder' is deels fysiologisch op die leeftijd, maar ook smartphones spelen een rol. De blootstelling aan LED-schermen verhindert de productie van melatonine waardoor inslapen niet meer lukt. Een slaapdagboek kan helpen om een patroon te herkennen.

Kinderen met een **primaire slaappathologie** blijven zeldzaam. Voor parasomnieën zoals nachtmerries, praten tijdens de slaap of slaapwandelen, is zelden een behandeling nodig. Ook stoornissen zoals narcolepsie of een centraal hypoventilatiesyndroom (Ondine's vloek) zijn een uitzondering. 🍷



DR. VIKI VANDERSTRAETEN

> Kinderarts-
kinderneuroloog
> Verantwoordelijke arts
slaaplabo Pediatrie
UZ Brussel

SECRETARIAAT SLAAPLABO

T 02 477 60 68 of
viki.vanderstraeten@
uzbrussel.be

Wanneer doorverwijzen voor een slaaponderzoek?

Zuigelingen

- > **Premature geboorte**
(PML < 306/7 weken en/of GG < 1500 g)
- > **ALTE**
- > **Snurken/ernstige stridor**
- > **Ernstige obstructieve ademhaling** tijdens de slaap
- > **Gelaatsafwijkingen** (schisis, Pierre Robin)
- > **Genetische/congenitale afwijkingen**
gepaard met vernauwing van de bovenste luchtwegen (o.a. trisomie 21, achondroplasia)

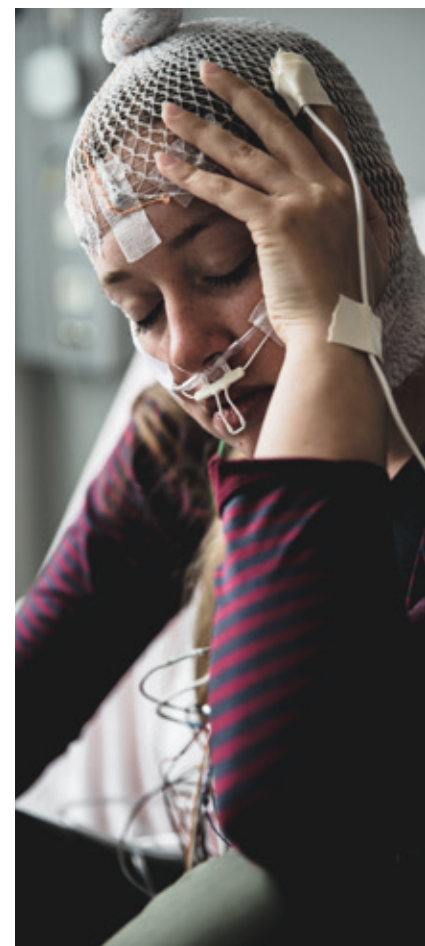
Bij slaapapnoe

KNO-PROBLEEM

>	>	
< 2 jaar	>2 jaar	OBESITAS
>	>	>
steeds slaap onderzoek	slaaponderzoek indien vermoeden van OSAS slaaponderzoek (snurken, stokkende ademhaling tijdens slaap, slaperigheid)	

Bij insomnie

- Grondige anamnese (a.d.h.v. BEARS) > Uitsluiten medische oorzaak > Verbeteren slaaphygiëne > Slaapdagboek (2 weken) > **Slaaponderzoek indien geen beterschap**



Nieuwe technieken bij atriumfibrilleren

Huisarts speelt centrale rol in selectie patiënten

In het Centrum voor Hart- en Vaatziekten (CHVZ) werken de teams van hartchirurgie, vaatchirurgie, cardiologie en hartritmestoornissen al 10 jaar nauw samen. Dankzij het bundelen van de krachten inzake onderzoek en nieuwe technieken levert dit de cardiovasculaire patiënt betere zorg op. Dit is zeker ook het geval voor patiënten met atriumfibrilleren (AF).

PERCUTANE SLUITING VAN HET LINKER HARTOOR

AF is de meest voorkomende hartritmestoornis en treft ruim 2% van de Belgen. Klachten zijn palpitaties, vermoeidheid, dyspneu, inspannings-intolerantie en duizeligheid. AF wordt klassiek behandeld met medicatie, cardioversie en/of endocardiale katheterablatie.

Trombo-embolie (vooral als ischemisch cerebrovasculair accident) is een gevreesde complicatie van AF en de reden om AF-patiënten te behandelen met orale anticoagulatie (OAC). Nadeel van OAC is echter het risico op bloeding, ook met de nieuwe direct werkende OAC (DOAC's). Voor een aantal patiënten wordt daarom afgezien van (D)OAC. In deze geselecteerde gevallen kan het percutaan sluiten van het linker hartoor een alternatief zijn. Onderzoek toont aan dat bij niet-valvulair AF meer dan 90% van de trombi in het hartoor wordt gevormd.

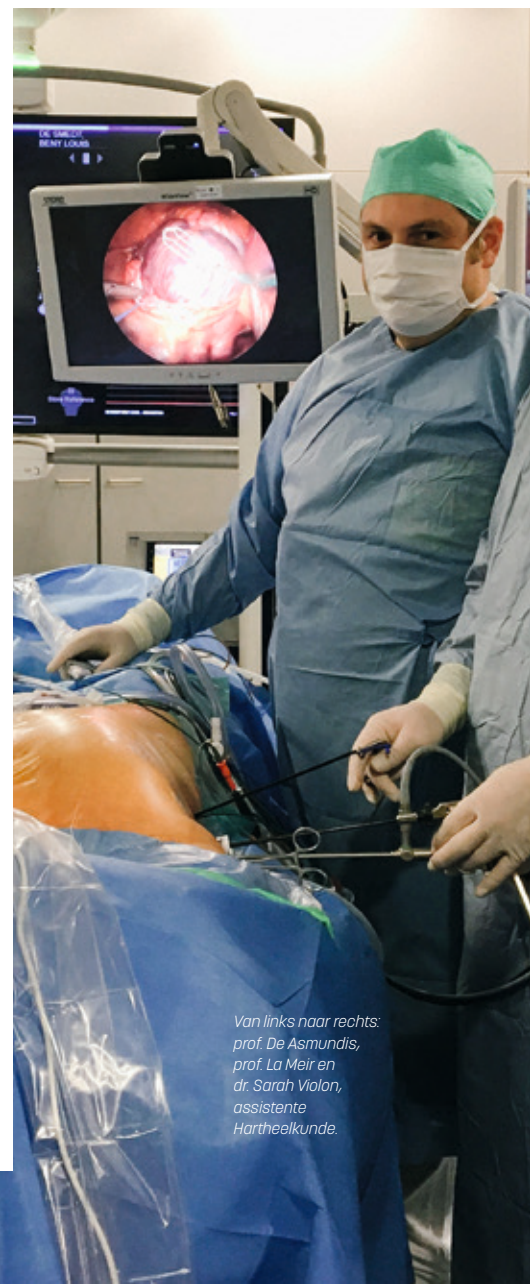
Kandidaten voor percutane sluiting van het linker hartoor worden in het Centrum voor Hart- en Vaatziekten multidisciplinair geëvalueerd door interventionele cardiologen, echocardiografen en hartchirurgen.

Ook andere specialisten worden soms betrokken bij de indicatiestelling. Via transoesofagale echocardiografie (TEE) wordt de anatomie van het linker hartoor uitgebreid geëvalueerd. Onder begeleiding van TEE, zal een interventioneel cardioloog in het cathlab via de liesvene een katheter transseptaal opschuiven tot in het linker hartoor, en dan met een specifiek device het hartoor afsluiten. Het correct afsluiten van het linker hartoor wordt op het einde van de procedure geverifieerd.

Terugbetaling is voorzien voor patiënten met een niet-valvulair AF én hoog trombo-embolisch risico (CHA₂DS₂Vasc > 2) én permanente contra-indicatie voor anticoagulatie. Het UZ Brussel is door het RIZIV erkend als centrum voor het uitvoeren van deze percutane sluiting van het linker hartoor. De resultaten worden opgevolgd in een nationaal kwaliteitsregister.

HYBRIDE PROCEDURES TER BEHANDELING VAN ATRIUMFIBRILLEREN

Om persisterend AF te verhelpen werd een hybride procedure ontwikkeld waarin een elektrofysioloog en een ritmechirurg een epicardiale met een



*Van links naar rechts:
prof. De Asmundis,
prof. La Meir en
dr. Sarah Violon,
assistente
Hartheekunde.*

docardiale aanpak combineren. Het gaat hierbij om patiënten met gedilateerde voorkamers waarbij de klasieke endocardiale ablatietechniek duidelijk minder efficiënt is. De epicardiale benadering vervangt de klasieke open 'Cox maze'-operatie door een enkelzijdige thoracoscopische procedure. Zo'n minimaal invasieve procedure is duidelijk minder belastend voor de patiënt en laat toe om via een directe anatomische visualisatie gericht en veilig te ableren. Eerst wordt het antrale en vervolgens het posterior linker atrium geïsoleerd via ablatie tussen de rechter en de linker pulmonale venen. De epicardiale benadering maakt anatomisch en snel een posterieure boxlaesie, elimineert

gedeeltelijk de autonome ganglia en geeft een veilige occlusie van het linker harttoortje. Tegelijkertijd gebeurt via de liesvene een endocardiale benadering die de epicardiale laesieset bevestigt en zo nodig vervolledigt. Er kan zo ook een rechts- en een linkszijdige isthmuslijn gemaakt worden waardoor ook rechts- en linkszijdig AF behandeld kan worden.

De hybride aanpak brengt de voordelen van de epi- en endocardiale benadering samen. Recent gepubliceerde langetermijnresultaten bij paroxysmaal of persisterend AF toont voor 80% van de behandelde patiënten een sinusritme. Voor patiënten met persisterend AF (continu AF >1 jaar) ligt dit rond 60%. De resultaten werden behaald zonder medicatie, zonder trombo-embolie en zonder redoprocedure. Een hybride procedure, hoewel aanvankelijk wat complexer en duurder, is daardoor meer kostenefficiënt en kent een lager percentage complicaties. De patiënt en de behandelende arts zal de voorkeur geven aan een enkele procedure indien deze efficiënt, veilig en met een minimale invasiviteit kan gebeuren.

HUISARTS MAAKT DEEL UIT VAN HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

Vandaag zijn percutane en hybride technieken uitgegroeid tot een volwaardige behandeling voor specifieke AF-patiënten. De huisarts speelt een centrale rol in het opvolgen, selecteren en verwijzen van patiënten voor deze nieuwe technieken. Deze patiënten worden besproken op een multidisciplinaire staf, waarop ook de huisarts welkom is. Het Centrum voor Hart- en Vaatziekten wil zo samenwerking stimuleren over de grenzen van het ziekenhuis heen. ■

Patiënten worden besproken op een multidisciplinaire staf, waarop ook de huisarts welkom is.



JUBILEUM-SYMPIOSIUM ZATERDAG 15 SEPTEMBER

Op zaterdag 15 september organiseert het Centrum voor Hart- en Vaatziekten een jubileumsymposium rond innovatie door multidisciplinaire samenwerking. Van 9 tot 17 uur worden in Auditorium Piet Brouwer (Brussels Health Campus in Jette) state-of-the-art lezingen gegeven door internationaal gerenommeerde sprekers.

Het symposium sluit af met een drink en walking dinner. U bent van harte welkom. De inschrijvingen starten binnenkort.

Meer info: chvz@uzbrussel.be.

EXPERT RITMOLOGIE:

Prof. Pedro Brugada

EXPERTEN PERCUTANE SLUITING LINKER HARTTOOR:

Dr. Stijn Lochy en prof. dr. Bernard Cosyns

EXPERTEN HYBRIDE AF - ABLATIE:

Prof. dr. Mark Lameir en prof. dr. Carlo De Asmundis

CONTACT

Centrum Hart- en Vaatziekten
T 02 477 60 08
chvz@uzbrussel.be

Focilis

Hidradenitis suppurativa treft 1% van volwassenen

1%

CHRONISCHE HUIDONTSTEKINGEN

Hidradenitis suppurativa of ziekte van Verneuil is een chronische, systemische, immuungemedieerde huidaandoening. Kenmerkend zijn de steeds terugkerende ontstekingen (abscessen) in lichaamsplooiën, zoals in de liezen en oksels. Ongeveer 1% van de volwassen bevolking lijdt aan HS.

Juiste diagnose gemiddeld pas na 7 jaar

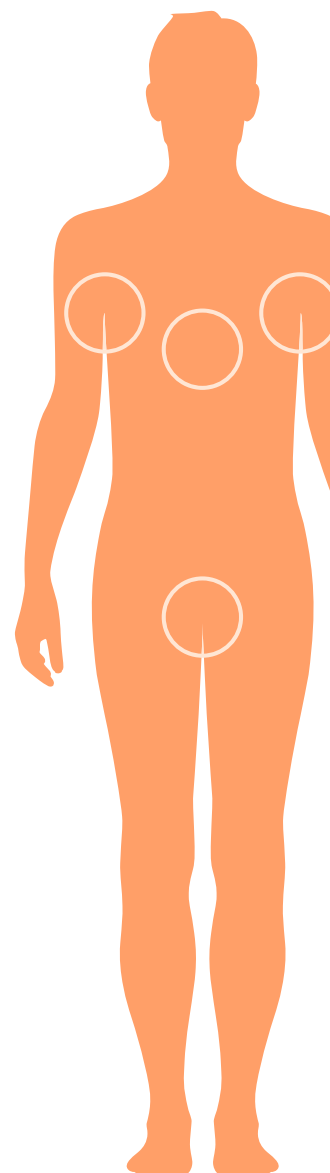
De ziekte is weinig bekend. Patiënten gaan nu eens naar de huisarts met hun probleem, dan weer naar spoed om snel geholpen te worden. Dat leidt ertoe dat de chroniciteit niet altijd direct wordt opgemerkt en dat het gemiddeld zeven jaar duurt eer de patiënt de juiste diagnose krijgt.

ERNSTIGE IMPACT OP HET DAGELIJKS LEVEN

Nochtans heeft een tijdige diagnose een positieve invloed op de prognose. We kunnen de ziekte nog niet genezen, maar we kunnen ze wel onder controle krijgen en verschillende behandelingen opstarten, afhankelijk van de ernst en het ziektestadium, zodat de impact op het dagelijks leven van de patiënt vermindert - ook op emotioneel en economisch vlak. De ziekte is immers erg invaliderend. Patiënten hebben pijn, schamen zich voor de geur en isoleren zichzelf. Soms verliezen ze hun werk omdat ze vaak thuis zijn door de ziekte. >

Huidzones met een groot aantal haarwortels of zweetklieren (bijvoorbeeld de oksels en de liezen).

Lichaamszones waar de huid tegen elkaar wrijft, bijvoorbeeld onder de borsten, bij de billen en aan de binnenzijde van de dijen.



Ernst van de ziekte



Deroofing, laser, locale excisi

Brede chirurgische excisie

1.
Tetracyclines PO
≥ 4 maand

2.
Clindamycine en Rifampicine PO
10 weken (max. 12)

3.
Anti-TNF

Minocycline 100 of 200 mg/d
(afhankelijk van lichaamsgewicht)
OF
Doxycycline 2x100 mg/d
OF
Lymecycline 2x300 mg/d

Clindamycine 2x300 mg/d
EN
Rifampicine 600 mg/d

Kan enkel voorgeschreven worden voor HS door een dermatoloog na 1) en 2) voor de gematigde en ernstige HS (Hurley II en III)

➤ **Hidradenitis suppurativa (HS)** is een chronische huidziekte met een sterk invaliderend karakter. Ongeveer 1% van de volwassenen lijdt eraan.

Toch is de ziekte weinig bekend.

➤ **3 criteria voor de diagnose**

1. **Typische letsels (abcessen, nodules)**
2. **Typische locaties (lichaamplooien)**
3. **Chroniciteit (2 recidieven binnen 6 maanden)**

➤ **De ziekte vereist een multidisciplinaire aanpak door een endocrinoloog, dermatoloog en chirurg, waarin ook aandacht gaat naar de totale impact op het dagelijks leven.**

DRIE DIAGNOSTISCHE CRITERIA

Wanneer moet u denken aan HS bij een patiënt met een inflammatoire huidaandoening? Er zijn drie criteria voor de primaire diagnose. Ten eerste zijn er de typische letsels: nodules, abcessen, littekens of drainerende fistels. Ten tweede zijn er de typische locaties: onder de oksels, in de lies, in de schaamzone, bij vrouwen onder de borst. Het derde criterium is de chroniciteit, meer concreet twee recidieven binnen de laatste zes maanden. De oorzaak is een genetische aanleg, waarbij hormonale veranderingen een rol spelen. Maar ook de levensstijl heeft een invloed op de ziekte. Zo is bekend dat roken, obesitas en knellende kleding de symptomen verergeren.

De prevalentie bij mannen en vrouwen is vrijwel gelijk. Uit statistieken blijkt wel dat mannen vaker een agressievere vorm van de ziekte ontwikkelen. De eerste symptomen treden meestal tijdens of vlak na de puberteit op, maar ze kunnen ook pas op latere leeftijd opduiken.

Als u dit patroon herkent, is het belangrijk de patiënt zo snel mogelijk door te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum of minimaal naar een dermatoloog. In afwachting kunt u wel al een behandeling met tetracyclines opstarten om de klachten te verlichten (zie schema voor moleculen en dosering).

HOTLINE VOOR SNELLE DOORVERWIJZING NAAR MULTIDISCIPLINAIRE BEGELEIDING

Om HS-patiënten optimaal te kunnen begeleiden, heeft het UZ Brussel onlangs HS-consultaties geïntegreerd binnen de al langer bestaande consultaties voor inflammatoire ziekten.



MEER WETEN OVER INFLAMMATOIRE ZIEKTEN?

De HS-specifieke consultaties vinden plaats op donderdagvoormiddag - al kunnen patiënten uiteraard ook op alle andere dagen geholpen worden. Door de complexiteit van de ziekte vereist HS immers een multidisciplinaire aanpak. Het voordeel van die HS-consultaties is dat specialisten van interne endocrinologie en dermatologie dan samen aanwezig zijn. Er kan een diëtiste bijgehaald worden voor obese patiënten en er is een begeleidingsprogramma om te stoppen met roken. Bovendien kunnen ook bijkomende ziekten als diabetes in de interdisciplinaire consultaties van de inflammatoire groep aan bod komen.

Voor huisartsen en dermatologen heeft de dienst Dermatologie een hotline in het leven geroepen. Via dat nummer belt u rechtstreeks met de verantwoordelijke dermatoloog. Als huisarts kent u de voorgeschiedenis van de patiënt, weet u welke medicatie hij of zij neemt, enz. Dat laat toe om de situatie van de patiënt correct in te schatten en direct te beslissen of een onmiddellijke consultatie en/of snelle ingreep nodig is.

Als vaststaat dat het om HS gaat, kan de patiënt in de inflammatoireziektegroep worden opgenomen voor verdere follow-up en een begeleiding op maat. 🍷



DR. SAMIRA BAHARLOU

> Kliniekhoofd Dermatologie - HS-experte

> Verantwoordelijke arts voor laser-, esthetiek- en lichtbehandelingen

HOTLINE CONSULTATIES INFLAMMATOIRE ZIEKTEN

Dienst Dermatologie
T 02 477 68 03
Sec_der@uzbrussel.be

Op **woensdag 9 mei** organiseert het UZ Brussel een seminarie over dit thema in Auditorium Brouwer van de VUB op de Brussels Health Campus in Jette. Dr. Baharlou levert een bijdrage over HS die avond. Meer info: carine.vlemincx@uzbrussel.be.

Begeleiding diabetespatiënten tijdens de ramadan

Op 16 mei begint de ramadan. Van zonsopgang tot zonsondergang onthouden moslims zich dan o.a. van eten en drinken. Voor diabetespatiënten brengt dat extra risico's met zich mee. Welk advies kunt u hun meegeven?

Voor alle duidelijkheid: enkel gezonde volwassenen worden geacht deel te nemen. De Koran stelt onder meer chronische zieken vrij van vasten. Toch kan de sociale druk erg groot zijn om te participeren.

WELKE ZIJN DE VERHOOGDE RISICO'S?

Vooral hypoglycemie, hyperglycemie, ketoacidose, dehydratatie, trombose en orthostatische hypotensie (met als gevolg vallen en mogelijk breuken). Deelname al of niet afraden hangt af van het type diabetes (T1 of T2), het risico op complicaties en de algemene medische conditie (beoordeling van HbA1c, bloeddruk, nierfunctie, lipidenprofiel, comorbiditeit). Bij ontrading is het belangrijk duidelijk uit te leggen waarom.

DRIE RISICOCATEGORIEËN

Om u te helpen bepalen welke begeleiding een patiënt nodig heeft, hanteren we 3 risicocategorieën.

CATEGORIE 1: HOOG RISICO

Tot deze categorie behoren o.a. diabetici type 1 die ernstige lage bloedsuikers hadden de laatste 3 maanden, een voorgeschiedenis hebben van herhaaldelijk te lage bloedsuikers of die hun te lage bloedsuikers niet goed aanvoelen.

CATEGORIE 2: HOOG TOT MATIG RISICO

Omvat patiënten met bv. een chronische nierinsufficiëntie, topsporters, zwangere vrouwen, of diabetici die tegelijk lijden aan andere aandoeningen.

CATEGORIE 3: MATIG TOT LAAG RISICO

Hiertoe rekenen we mensen met goed ingestelde diabetes type 2, die een dieet volgen of medicijnen gebruiken die je makkelijk tussen zonsondergang en zonsopgang kan innemen.

WELK ADVIES BIJ WELKE RISICOCATEGORIE?

Bij categorie 1 is samenwerking met een **diabetespecialist gezien de hoge risico's** absoluut noodzakelijk. Ook bij categorie 2 is dat aan te bevelen, **tenzij u zelf veel ervaring heeft met diabetici**. Het UZ Brussel richt daarom tijdelijk specifieke consultaties in rond deze problematiek.

Categorie 3 kunt u als huisarts **zeker** zelf begeleiden. Voor gedetailleerd medisch advies kunt u contact opnemen met de Diabeteskliniek. 🍌



PROF. AAN KHARAGJITSING

> Kliniekhoofd
Diabetesgroep

CONSULTATIES DIABETES & RAMADAN

Donderdag 26/04, 03/05, 17/05 en 07/06 (telkens van 9u tot 11u30)
Diabeteskliniek
T 02 477 61 11

➔ HUISARTS AFRADEN OF NIET?

Niet participeren in geval van:

- > zwangerschap
- > type 1
- > type 2 met majeur defect in insulinesecretie

Vasten verbreken indien:

- > glycemie < 70mg/dl
- > glycemie > 300mg/dl
- > op dagen van onwel voelen

Hogeprecisiebestraling van oligometastasen in 1 tot 10 sessies

Oorspronkelijk werd radiochirurgie vooral intracranieel toegepast voor de behandeling van hersenmetastasen, zonder dat de schedel moest worden geopend. Intussen biedt hogeprecisiestraling ook perspectieven bij oligometastasen in de rest van het lichaam en zelfs bewegende tumoren. Beperkte uitzaaiingen kunnen in slechts enkele sessies veilig worden bestraald, zonder langdurige hospitalisatie. De nauwkeurigheid vermijdt bovendien schade aan omliggend weefsel. mUZt sprak met twee experts ter zake.

Hoe worden patiënten met beperkte uitzaaiingen behandeld?

Prof. De Ridder: "Chirurgie en radiotherapie vormen de hoeksteen voor de behandeling van lokale tumoren, chemotherapie voor uitgezaaide stadia. Bij oligometastasen - een beperkt aantal uitzaaiingen van maximaal 7 - lijkt een combinatie van beide opportuun."

Worden al deze patiënten geopereerd?

Prof. De Ridder: "Dat hangt af van de algemene toestand en comorbiditeiten, maar ook van het aantal letsels en van hun locatie. Het is makkelijker om een patiënt met drie meta's in één leverlob te opereren, dan een patiënt met één meta in de linkerlob, één in de rechter en één in de longen. Voor de niet-operabele patiënten biedt radiochirurgie een goed alternatief, met een lokale controle van meer dan 80%."

Welke evolutie mogen we in de toekomst verwachten?

Prof. De Ridder: "De integratie en combinatie van immunotherapie en radiochirurgie vormen de nieuwe uitdaging. We gebruiken deze strategie bij patiënten met oligometastatische darmkanker, longkanker en melanomen."

Welke locaties worden voornamelijk bestraald bij radiochirurgie?

Prof. Gevaert: "We kunnen zowel intra- als extracranieel bestralingen uitvoeren met een hoge accurateid. Bij intracranieel bestralingen dienen we een éénmalige hoge dosis stralen aan het letsel toe. Hiervoor gebruiken we een patiëntvriendelijk maskersysteem en online beeldvorming om de patiënt te positioneren met submillimetrische precisie. In tegenstelling tot vroeger is er geen invasief kader meer nodig voor de fixering. De geavanceerde boogtherapie laat bovendien toe om de stralen precies op het letsel te richten en de omliggende kritische organen te sparen."

Kan je met dezelfde precisie extracranieel letsels bestralen?

Prof. Gevaert: "Daarvoor is het proces iets complexer, aangezien we vaak te maken krijgen met bewegende letsels, zoals long- en levertumoren. We brengen de beweging voor de behandeling in kaart met een 4D-CT scan. Tijdens de behandeling volgt de bestralingsbundel die beweging. Deze dynamische radiotherapie is momenteel enkel in het UZ Brussel en de CHU Liège beschikbaar." 🍀



PROF. MARK DE RIDDER

> Diensthoofd
Radiotherapie -
Oncologie
> Ondervoorzitter
Bestuurscollege
> Hoofddocent Klinische
Wetenschappen



PROF. THIERRY GEVAERT

> Coördinator
medische fysica

XPEDT TALK

Hoeveel voeding heeft úw patiënt nodig?

Voeding inzetten als medicijn is een jonge tak in de geneeskunde die aan belang wint. De recentste evoluties in calorimetrie bij ernstig zieke patiënten zijn daarin een stuwende kracht. Prof. Elisabeth De Waele stond aan de wieg van beide ontwikkelingen.

PROF. ELISABETH DE WAELE

> Kliniekhoofd Intensieve Geneeskunde
> Hoofd Klinische Nutritie

**CONSULTATIES
KLINISCHE
VOEDING**

Maandag- en donderdagnamiddag in de polykliniek van het UZ Brussel.

T 02 477 60 01
nutritieteam@uzbrussel.be

MOMENTEEL LOOPT IN HET UZ BRUSSEL EEN STUDIE MET EEN NIEUW TYPE METABOLE MONITOR. WAT ZIJN DE VOORDELEN?

Prof. De Waele: "Dat toestel meet bij patiënten op Intensieve Zorgen hoeveel zuurstof ze verbruiken en hoeveel CO₂ er vrijkomt. Het resultaat is een cijfer dat hun metabolisme weergeeft, en dat gebruiken we om hun voeding te doseren. Calorimetrie bestaat al langer natuurlijk, maar de gebruiksvriendelijkheid van dit nieuwe toestel maakt de drempel voor artsen nu veel lager."

WAAROM IS EEN JUISTE DOSERING ZO BELANGRIJK?

Prof. De Waele: "We weten dat zowel overvoeden als ondervoeden nadelig is. Uit studies waarin patiënten effectief

werden gevoed volgens hun verbruik, is gebleken dat er minder infectieuze complicaties optreden.

Dat komt vooral omdat bij overvoeding meer bacteriën de kans krijgen zich te ontwikkelen. Er is ook al aangetoond dat, wanneer je én het aantal calorieën én het aantal eiwitten correct doseert, patiënten een betere overlevingskans hebben op IZ. Nochtans hanteren we nog altijd wereldwijd verouderde formules om te bepalen hoeveel voeding een patiënt nodig heeft. Dat is onaanvaardbaar."

"Nog altijd worden wereldwijd verouderde formules gehanteerd die bepalen hoeveel voeding een patiënt nodig heeft."

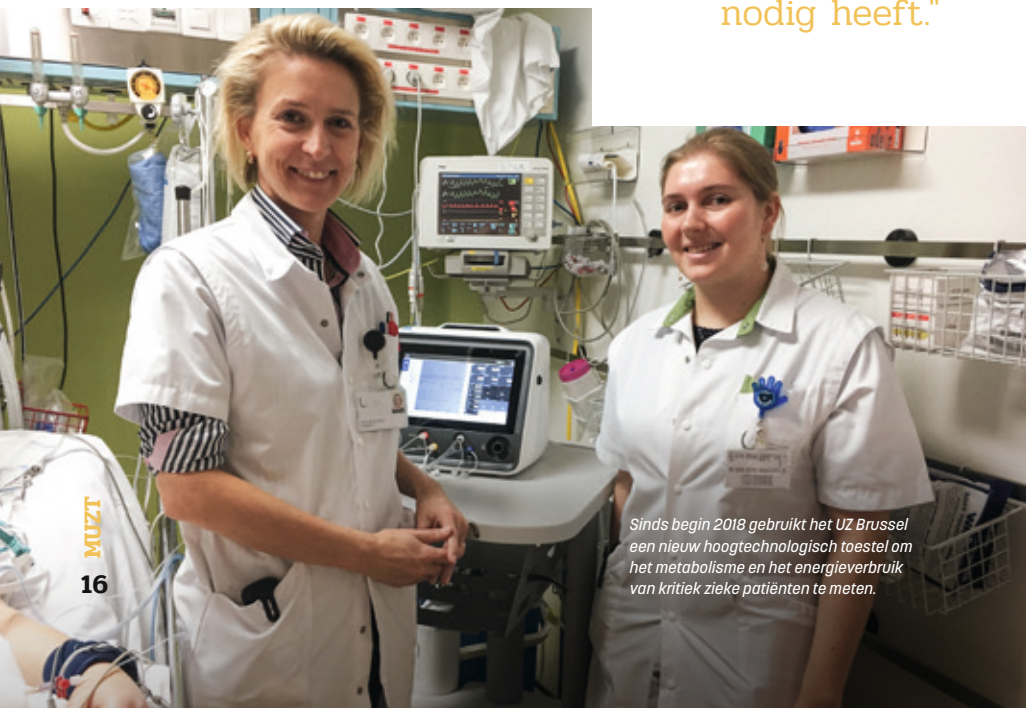
SINDS 1 MAART LEIDT U OOK DE NIEUWE AFDELING KLINISCHE NUTRITIE. WAAROM EEN APARTE AFDELING?

Prof. De Waele: "Er zijn veel patiënten met ernstige voedingsgerelateerde problemen, die tot nog toe tussen de stoelen van de klassieke geneeskunde vielen. Mensen die ooit een obesitasoperatie hebben ondergaan bijvoorbeeld, zoals een gastric bypass. Soms verliezen die te veel gewicht en stapelen ze zware nutritionele tekorten op. Wij gaan hen dan nutritioneel behandelen en de nodige elektrolyten, vitamines en sporenelementen toedienen, zodat het lichaam zich kan herstellen. Nadien kan er eventueel correctieheelkunde plaatsvinden."

VOOR WELKE PATIËNTEN IS KLINISCHE VOEDING NOG AANGEWZEN?

Prof. De Waele: "Een andere grote populatie zijn kankerpatiënten met zwaar gewichtsverlies. Behandelingen zullen vaak niet aanslaan als de patiënt chronisch ondervoed is. Door die ondervoeding te corrigeren, verhogen we de slaagkansen van andere behandelingen."

Overvoeding én ondervoeding zijn nadelig voor andere behandelingen



Sinds begin 2018 gebruikt het UZ Brussel een nieuw hoogtechnologisch toestel om het metabolisme en het energieverbruik van kritiek zieke patiënten te meten.

Vlugger herstel voorste kruisband door nieuwe behandelingen

Een gescheurde voorste kruisband is een vaak voorkomend letsel onder sporters. Voetballers, basketballers en skiërs lopen een verhoogd risico, vrouwen meer nog dan mannen. In 2016 werden in België in totaal 6.561 kruisbandoperaties uitgevoerd. Naast de klassieke reconstructie-operatie worden nu ook nieuwe technieken toegepast waarbij de voorste kruisband behouden blijft en kan genezen. De resultaten zijn veelbelovend.

NIEUWE VERSUS KLASSIEKE TECHNIKEN

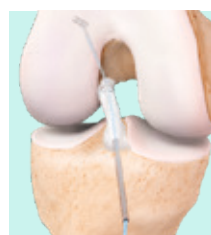
Bij de klassieke reconstructies wordt de voorste kruisband verwijderd en vervangen door een hamstringpees uit de eigen knie. Deze 'dode' pees moet opnieuw ingroeien. Bij de nieuwe technieken wordt de gescheurde voorste kruisband hersteld. Een 'veiligheidsgordel' biedt bescherming gedurende het genezingsproces. Bij Ligamys® bestaat deze gordel uit een stevige draad, vastgezet met een dynamisch veersysteem. Bij Internal Bracing™ gebruikt de arts 'ultra high strength tape' die wordt vastgezet met een botschroef.



Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3

Figuur 1: voorste kruisband gehecht met de Ligamys techniek.

Figuur 2: voorste kruisband gehecht met de Internal Bracing techniek.

Figuur 3: Klassieke techniek, voorste kruisband vervangen door een hamstringpees.

VOORDELEN?

Door de voorste kruisband te behouden, blijven de kleine zenuwcellen hier gespaard. Ze geven belangrijke informatie over de positie en de stabiliteit van de knie. Patiënten revalideren dan ook vlugger en gaan gemiddeld sneller terug sporten en werken. Ze zijn dus sneller verlost van het instabiele gevoel in het gekwetste been en zullen niet meer door hun knie gaan.

VLUG BEHANDELEN IS VAN CRUCIAAL BELANG

Een gescheurde voorste kruisband verschrompelt na enige tijd en wordt dan onherstelbaar. Daarom is een snelle behandeling noodzakelijk. Een Ligamys®-operatie is mogelijk tot max. 4 weken na het oplopen van het letsel. Voor een Internal Bracing™ mag de scheur niet ouder zijn dan 12 weken. Hoe sneller de patiënt een orthopedisch chirurg ziet, hoe meer behandelingsopties. In het UZ Brussel kunnen patiënten met een mogelijk gescheurde voorste kruisband binnen de week terecht op raadpleging. Daarna volgt snel een MRI en worden de verschillende mogelijkheden qua behandeling samen met de patiënt besproken.

➤ PATIËNTEN GEZOCHT MET VOORSTE KRUISBANDSCHEUR

Het UZ Brussel zoekt patiënten met een recente scheur van de voorste kruisband(en) - max. 2 maanden oud - voor een vergelijkend onderzoek van de drie operatietechnieken, in samenwerking met het UZ Antwerpen. Deelnemende patiënten kunnen **in aanmerking komen voor een hersteloperatie** die zo snel mogelijk na de scheur

dient uitgevoerd te worden. Zij kunnen daarvoor **contact opnemen met Pascale Ameys, verantwoordelijke klinische studies orthopedie in het UZ Brussel**, op het telefoonnummer 02 476 37 46. De patiënt zal dan binnen een week gezien worden door prof. Johan Vanlauwe. De rekrutering van patiënten loopt tot juni 2019.



Het medisch-technisch blok dat de hoogtechnologische diensten groepeerd, zou er in 2024 moeten staan.

UZ Brussel op kruissnelheid met ambitieus ruimteplan

Hinder Tram9 definitief van de baan

De werkzaamheden voor Tram9 op de Laarbeeklaan voor het ziekenhuis zijn definitief achter de rug. De verfraaiingswerken aan de tramsporen zijn nog volop bezig maar het ziekenhuis is weer bereikbaar zoals voorheen. Tijd voor UZ Brussel om de tanden in een ambitieus ruimteplan te zetten.

Het ruimteplan van het ziekenhuis vertrekt van een duidelijke campus- en ziekenhuisvisie. Gebouwen en landschap moeten meer op elkaar afgestemd zijn. Buitenruimtes moeten meer op mensmaat. De structuur moet aansluiten bij de bosrijke omgeving. Door de groei van de voorbije jaren werden diensten te gefragmenteerd ingericht. Niet volgens de logica die een performante patiëntenzorg vergt. Daardoor moeten patiënten vaak onnodig veel afstanden afleggen en is het niet altijd even duidelijk waar ze moeten zijn. Patiënten, bezoekers en interne doelgroepen circuleren dan ook als een wirwar door elkaar. Dat moet logischer worden gestructureerd. UZ Brussel zal dus,

op de huidige oppervlakte, uitbreiden en zich reorganiseren. Het doel is een modern, logisch ziekenhuiscomplex te vormen dat aan de behoeften voldoet van patiënten én zorgverstrekkers.

TWEE OPMERKELIJKE VERNIEUWINGEN

Twee grote bouwprojecten staan in de steigers. Er is al volop begonnen aan de complete vernieuwing van het 'medisch-technisch blok' dat eind 2024 klaar zou moeten zijn. Het is bestemd voor de talrijke diensten waar technologie essentieel is, zoals de medische beeldvorming, het oncologisch centrum, de hemodialyse en het operatiekwartier. Het tweede grote project is de bouw van het 'Landmark'. Dat staat

voor een hoog en stijlvol gebouw dat zal worden opgetrokken op de hoek van het ziekenhuis - waar nu nog het bloedtransfusiecentrum van het Rode Kruis is. Daar komt ook de nieuwe hoofdingang en de administratieve diensten worden er gecentraliseerd. Het is niet toevallig dat er bij de Tram9-werken voor het ziekenhuis een mooi, open plein wordt aangelegd. Het moet eind 2022 een mooi uitzicht bieden vanaf het 'Landmark'. Deze grondige verbouwingen zijn al jaren in voorbereiding en worden nu in verschillende fases verder gerealiseerd.

Naar verluidt zal in september Tram9 voor het eerst rijden. Ook UZ Brussel volgt het spoor naar de toekomst!



ARCHITECTS
& ENGINEERS

VK delivers fully integrated architecture and engineering services for demanding healthcare clients worldwide who want to invest in healing environments in a constantly evolving society where our quality of life is under stress.

www.vkgroup.be

UZ Brussel - The Landmark // VK services: masterplanning, architecture, structural engineering, infrastructure, building services, landscape design, interior architecture



Ongezouten

// **Innovatie (proberen te) leiden is zoals met een koe meedoen aan een dressuurwedstrijd: niet bijzonder doelmatig** //

Jan Flament, Algemeen Manager
Technisch-Facilitaire diensten & Patiëntenadministratie.



Lees zijn volledige ongezouten mening
op <http://blog.uzbrussel.be>



Win het boek

'Palliatieve Sedatie' van WIM DISTELMANS

Het UZ Brussel is als eerste ziekenhuis wereldwijd gestart met de registratie van palliatieve sedatie. Dat moet enerzijds meer duidelijkheid scheppen voor patiënten en hun omgeving, anderzijds zal die registratie de indicatiestelling en technische uitvoering van deze medische handeling optimaliseren. Wim Distelmans is kankerspecialist

in het UZ Brussel en professor palliatieve geneeskunde aan de VUB. mUzt schenkt 3 exemplaren van zijn boek weg.

Om kans te maken stuurt u een mail naar muzt@uzbrussel.be met als onderwerp 'MUZT Boek' én uw mening over de vernieuwde mUZe die voortaan mUzt heet en tweejaarlijks verschijnt.

