

Vroege behandeling van **artritis** kan gewrichtsschade voorkomen

Twee medische ontwikkelingen
zorgen voor revolutie op vlak van
mucoviscidose

Komt genezing van
diabetes type 1 dichterbij?

Ontdek de esthetische
mogelijkheden van 3D-printing
bij MKA-chirurgie

KORT



JONG GELEERD!


Al een paar jaar verwelkomt het UZ Brussel tieners van het Toekomstatelier TADA uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest om hen te laten proeven van het leven en werken in het ziekenhuis. Ook op 2 februari dit jaar leerden artsen en verpleegkundigen van de spoed-gevallendienst hen de kneepjes van het vak tijdens interactieve workshops.

Via de weekendschool TADA gaan maatschappelijk kwetsbare kinderen op verkenning in de maatschappij en de professionele wereld. Een fantastisch initiatief waar het UZ Brussel graag aan meewerkt!



GEZOCHT: NIEUWE COLLEGA'S

Het UZ Brussel heeft werk voor meer dan 90 nieuwe collega's om de klok rond in te staan voor kwaliteitsvolle patiëntenzorg en voor alle diensten die deze zorg mogelijk maken. Naast de typische zorgprofielen zoals verpleegkundigen, laboranten, medische beeldvormers en artsen is het universitair ziekenhuis ook op zoek naar witte raven en talent voor tal van ondersteunende taken, zoals ICT'ers, technici, administratieve en logistieke medewerkers. Het ziekenhuis heeft daarvoor een rekruteringscampagne en een nieuwe wervingswebsite gelanceerd. Dertig collega's uit diverse hoeken van het ziekenhuis getuigen hoe zij werken in het UZ Brussel ervaren.

 www.uzbrusselwerkt.be

PIONIERSAANPAK VOOR ONCOFERTILITEIT

Eind 2018 kreeg een vrouw, die na haar kankerbehandeling op 26-jarige leeftijd al in menopauze was, een gezonde baby in het UZ Brussel. Een wereldprimeur! Verschillende technieken werden succesvol gecombineerd om de kans op kinderen te vrijwaren: rijping van eicellen in een laboschaaltje, invriezen van eicellen én eierstokweefsel, en het injecteren van één zaadcel in elke eicel. Dankzij die nieuwe aanpak kon de vrouw toch zwanger raken zonder dat haar eierstok moest worden teruggeplaatst via een zware ingreep. Daarmee zet het UZ Brussel opnieuw een belangrijke stap vooruit om de kindervens van kankerpatiënten te vervullen bij wie de vruchtbaarheid in het gedrang kan komen.

MUZZT READS

voor de huisarts over medische innovatie



PRIMEUR

Nieuwe hoop voor de genezing van **diabetes type 1**

4

XPERT TALK

3D-printing omdat elke patiënt anders is

6

FACTS

Waarom de diagnose **'functionele aandoening'** positief is

8

Kankercellen opsporen én opruimen met radio-isotopen **7**

Borstreconstructie zonder snijden **9**

De juiste reflex bij reflux **12**

Beste prognose bij vroege diagnostiek en behandeling van artritis **13**

Nieuwe behandeling Dupuytren: 100% genezing is mogelijk **15**

UZ Brussel volop in de steigers! **17**

Seminaries, symposia en studiedagen voor de huisarts **18**

FOCUS

Einde van het **taai slijm?**

10

TREND

Zeldzame ziekten krijgen vaker en sneller diagnose

14

ONDERZOEK

Nieuwe experimentele therapie bij glioblastoom

16

Colofon

Redactionele coördinatie: Edgard Eeckman en Gina Volkaert. **Redactieraad:** Toon De Backer, Wim Distelmans, Edgard Eeckman, Martine Huybrechts, Patrick Lacor, Marc Noppen, Denis Piérard, Jan Schots, Ria Vanschoenwinkel, Brigitte Velkeniers. **Redactionele bijdragen in dit nummer:** Sofia Ajeganova, Mark De Ridder, Elke De Wachter, Johnny Duerinck, Jan Gutermuth, Moustapha Hamdi, Anna Jansen, Marleen Keyaerts, Bart Keymeulen, Maurice Mommaerts, Yvan Vandenplas, Eef Vanderhelst, Dieter Zeeuws. **Fotografie:** UZ Brussel en Adobe Stock. We streven ernaar elke foto te benoemen met naam en toenaam van de fotograaf. **Cartoon:** Arnout Fierens. **Vormgeving & eindredactie:** Comith.be **Druk:** Leleu Printing. Gedrukt op milieuvriendelijk papier.

Vragen of suggesties? Adverteren in mUZZt? 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.

Verantwoordelijke uitgever: Marc Noppen, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette

PRIMEUR

Nieuwe hoop voor de genezing van diabetes type 1

- Experimentele behandeling met implantaten afgeleid van stamcellen
- Capsules bieden nieuwe bron van insulineproductie voor de patiënt
- Voorlopercellen kunnen ongelimiteerd worden geproduceerd

Daarin zitten stamcel afgeleide voorlopercellen, net voor ze bètacellen zouden worden. Een Europese primeur. Prof. Bart Keymeulen leidt het onderzoek voor het Center for Beta Cell Therapy in Diabetes. "Die cellen zullen zich gedurende drie tot zes maanden verder ontwikkelen. Een deel ervan zal uitgroeien tot bètacellen die insuline produceren, de andere tot endocriene cellen die voor de productie van bijkomende nuttige hormonen zorgen."

Ook u ziet ongetwijfeld regelmatig patiënten in uw praktijk met diabetes type 1. Patiënten met de grootste schommelingen in bloedglucosewaarden lopen het hoogste risico op hypo- of hyperglycemie. Tot voor kort kon enkel een transplantatie van bètacellen afkomstig van kadaverdonoren helpen om die schommelingen onder controle te houden. Maar dat aantal donoren is uiteraard beperkt, en dus ook het aantal diabetici dat kan geholpen worden. Daar komt nu mogelijk verandering in met een nieuwe, ingekapselde celbron die voor de levensnoodzakelijk insuline zorgt.

Bij diabetes type 1 vernietigt het immuunsysteem de eigen bètacellen. Dat zijn de productiebronnen van insuline in de pancreas, die geclusterd zitten in de zogenaamde Eilandjes van Langerhans. Wie geen of te weinig bètacellen heeft, moet dagelijks insuline inspuiten om in leven te blijven. Maar het is heel moeilijk om de natuur na te bootsen. Zeker bij de groep patiënten die geen bètacellen meer heeft, kan dat tot gevaarlijke bloedsuikerschommelingen leiden. Aanhoudend hoge bloedglucosewaarden kunnen op termijn chronische verwikkelingen met zich meebrengen, zoals oog-, zenuw- en nieraantasting. Het versnelt ook slagaderverkalking, met een kortere levensprognose tot gevolg. Een te lage bloedsuikerspiegel kan dan weer leiden tot bewustzijnsverlies.

VOOR HET EERST IN EUROPA

In het UZ Brussel kregen intussen de eerste patiënten met diabetes type 1 onderhuids capsules geïmplantéerd in het kader van de start van een Europese klinische studie.



PROF. BART KEYMEULEN

> Diensthoofd
Diabeteskliniek
> Voorzitter van
het diabetesonder-
zoekscentrum van
de VUB
> Gewoon hoogleraar
VUB

CONTACT

T 02 474 90 34
diabeteskliniek@
uzbrussel.be

DIABETES TYPE 1 KAN ZICH OP ELKE LEEFTIJD MANIFESTEREN

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, ontstaat 'jongerendiabetes' type 1 niet noodzakelijk in de kindertijd of jongvolwassenheid. Daardoor krijgen ouderen bij wie diabetes wordt vastgesteld soms

de verkeerde diagnose van type 2. Door die misclassificatie gaan er kostbare tijd en bètacellen verloren.

Patiënten die nog een kleine bètacelmasse bezitten, kunnen hun bloedsuikerspiegel

makkelijker onder controle houden. **Hoe sneller wordt overgeschakeld op aangepaste insuline-injectie na de diagnose, hoe langer de bètacellen die de patiënt nog heeft blijven leven.**

HUISARTS DIABETES PAKKEN WE SAMEN AAN

Het UZ Brussel neemt verschillende initiatieven om zowel de patiënt als de huisarts te ondersteunen voor een kwalitatief hoogstaande diabeteszorg. Enkele voorbeelden:

- raadpleging buiten de reguliere werkuren (T 02 477 61 11)
- raadpleging dichterbij huis in een van onze vijf diabeteshuizen in Dilbeek, Etterbeek, Strombeek-Bever, Sint-Pieters-Woluwe en Willebroek (T 02 474 90 34)
- een diabeteseducator in uw eigen praktijk (secretariaat.diabeteskliniek@uzbrussel.be)
- informatieve diabetescafés (activiteitenkalender op www.uzbrussel.be)
- rechtstreeks telefoonnummer voor advies (T 02 474 90 34)

Meer info: www.uzbrussel.be/mUZt-Xtra



ONGELIMITEERDE BRON VAN VOORLOPERCELLEN

De therapie die nu getest wordt richt zich specifiek naar die subgroep zonder eigen bètacellen en moet zorgen voor een eenvoudiger glucose-regeling via insuline-injecties. Prof. Keymeulen: "We onderzoeken nu eerst of de voorlopercellen voldoende matureren tot bètacellen. In een tweede fase, mogelijk nog eind dit jaar, kijken we of ze ook voldoende en in functie van de noden al dan niet insuline afleveren in de bloedbaan. In de capsules zitten kleine gaatjes waardoor er uitwisseling van voedingsstoffen en zuurstof mogelijk is met de omgeving. Een goede doorbloeding rond de kapsels is essentieel voor een goede werking. Bij proefdieren bleek dat de insulineproductie in de capsules de suikerwaarden in de bloedbaan volgde en dat de ingekapselde bètacellen aan het werk werden gezet bij hoge suikerwaarden en vice versa."

"We onderzoeken eerst of de voorlopercellen voldoende matureren tot bètacellen. In een tweede fase kijken we of ze ook voldoende insuline afleveren in de bloedbaan."

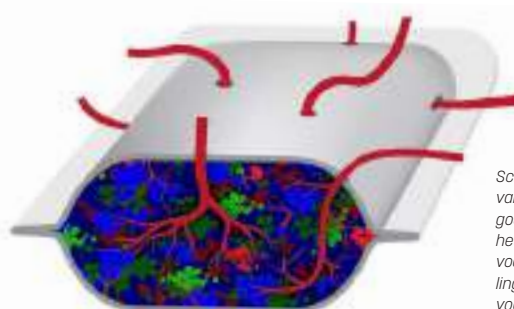
Als dit ook bij mensen werkt, is er goede hoop dat er op termijn een remedie kan gevonden worden voor patiënten met diabetes type 1. Waar er bij de transplantatie van bètacellen afkomstig van kadaverdonoren nog het probleem bestond van onvoldoende beschikbaarheid, is dat nu met deze

techniek geen issue meer. Uit de humane stamcellen van één donor kunnen miljarden voorlopercellen worden aangemaakt.

VERDERE STAPPEN OM AFSTOTINGS-VERSCIJNSELEN TE VERMIJDEN

Maar er is ook een kanttekening. Prof. Keymeulen: "De voorlopercellen die we transplanteren, zijn niet lichaamseigen. Dat betekent dat we afweeronderdrukkende medicatie moeten geven, anders zouden ze snel afsterven. Daarom beperken we ons momenteel tot die subgroep met de grootste glucoseschommelingen. Er moet een fair balance zijn tussen het therapeutisch effect van de nieuwe insulinebron en de mogelijke nevenwerkingen van de afweeronderdrukkende medicatie. We zijn nu ook verschillende soorten kapsels aan het onderzoeken en hopen een materiaal te vinden dat verhindert dat het afweersysteem die getransplanteerde bètacellen aanvalt. Tegelijk moet er uiteraard wél uitwisseling van insuline mogelijk blijven. Als we die horde kunnen nemen, zullen ook alle andere patiënten met diabetes type 1 in aanmerking komen voor behandeling."

"De tweede optie is dat lichaamseigen stamcellen gebruikt worden om om te vormen tot precursorcellen. Dan zijn er vermoedelijk ook geen afstotingsverschijnselen. Vandaag is het echter nog extreem duur om dat voor elke patiënt afzonderlijk te doen. Maar met de inzichten uit het huidige onderzoek zullen we zeker al stappen vooruit kunnen zetten."



Schematische voorstelling van een capsule. Een goede doorbloeding rond het kapsel is essentieel voor een goede uitwisseling van insuline en andere voedingsstoffen.

3D-printing:

omdat elke patiënt anders is

Mond-, kaak- en aangezichts chirurgie is misschien wel de meest delicate tak in de heelkunde, net omdat het resultaat van de behandeling zo zichtbaar is. Prof. Maurice Mommaerts is een autoriteit in dit vakgebied en heeft tal van patiënten niet alleen medisch behandeld, maar ook hun sociaal welbevinden teruggegeven. We praten met hem over de nieuwste mogelijkheden van 3D-printtechnologie.



PROF. MAURICE MOMMAERTS

- > Dienstverantwoordelijke Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie UZ Brussel
- > Co-director 3D medisch innovatielab UZ Brussel
- > Mede-oprichter van de Academie voor Esthetische Gezichts chirurgie
- > Docent VUB

INFORMATIE

T 02 477 60 12
E maxfac@uzbrussel.be

Stel: een huisarts volgt een patiënt met een hoofdletsel na een ongeval en het oog blijkt uitgezakt. Wat nu?

"Vandaag kunnen we met 3D-software de gezonde oogkas spiegelen en kijken waar de andere oogkas moet bijgevuld worden. Vervolgens maken we een predesign van het implantaat. Dat gebeurt hier in het medisch innovatielab van het UZ Brussel."

Is dat een voordeel, die eigen apparatuur in huis?

"Als chirurgen weten we hoe we dat implantaat zullen plaatsen. Een biomedisch ingenieur heeft die kennis niet. Een grotere prothese ontwerpen we vaak in twee delen, met een soort puzzelconnectie, zodat we ze via een minimale incisie kunnen aanbrengen.

We kunnen ook veel preciezer werken. Neem nu een patiënt met een speekselkliertumor, bij wie een deel van de kaak moet verwijderd worden.

We plannen die resectie via CT-software en brengen de vorm van het kaakbeen over op het kuitbeen, waaruit we een vervangend stuk bot zullen nemen. Daar maken we dan een snijmal van. Zo kunnen we een perfecte pasvorm garanderen, met een mooi symmetrisch uitzicht en goede kauwfunctionaliteit."

U boekt ook mooie resultaten met stamceltechnologie.

"Klopt. Als we lichaamseigen pluripotente cellen stimuleren tot botcellen, verankeren die zich in een prothese. Door de juiste microporositeit die we in 3D hebben gecreëerd, kunnen we zo een pees, waaraan we een stukje bot hebben laten zitten, opnieuw doen vastgroeien zodat de aangehechte spieren weer optimaal hun werk kunnen doen."

Waar haalt u het meest voldoening uit in uw baanbrekende werk?

"Recent zag ik een patiënte terug bij wie we een oorepithese hadden geplaatst. Het meisje was geboren zonder rechteroorschelp. We hebben het linkeroor gespiegeld en 2 implantaatjes ontworpen om het nieuwe kunstoor op te fixeren. Wel, dat meisje keek onlangs in de spiegel en was compleet vergeten dat ze een oorepithese bezat. Da's mooi, als het er zo perfect uitziet dat een patiënt het als lichaamseigen aanvoelt."



"Da's mooi, als het er zo perfect uitziet dat een patiënt het als lichaamseigen aanvoelt."

Ontwerp van een boormal (2de foto) voor de creatie van een oorepithese met een kunstoor uit silicone.

Kankercellen opsporen

én opruimen met radio-isotopen

- **Therapie met radio-isotopen zal in nabije toekomst sterk uitbreiden**
- **Vooraf beloftevol bij uitzaaiingen**
- **Nieuwe perspectieven voor behandeling van borstkanker en prostaatkanker**

In de vorige editie van mUZt lichtte prof. Tony Lahoutte de recentste diagnostische mogelijkheden toe met radio-isotopen, dankzij nieuwe scanners en tracers. Maar radio-isotopen bieden ook perspectieven voor de behandeling van verschillende kankers.

RADIOACTIEF GELADEN NANOBODIES TEGEN BORSTKANKER

Camel-IDS, een spin-off van de VUB, beschikt met CAM-H2 al over een beloftevol product dat borstkankercellen opspoort en uitschakelt. Prof. Keyaerts: "Je bestraalt kankercellen op die manier van binnen uit. We gebruiken piepkleine antilichamen en laden die met therapeutische radio-isotopen, die dan op zoek gaan naar een kankercel om zich aan te koppelen en aan te vallen, in enkele minuten tijd. Nevenwerkingen zijn niet of nauwelijks te verwachten." De therapie is efficiënter dan de klassieke kankerbestraling die ook gezonde lichaamscellen beschadigt. Omdat CAM-H2 bovendien uitgezaaide kankercellen opspoort en aanvalt, biedt het middel hoop bij hardnekkige metastatische borstkankers.

Prof. Keyaerts: "Midden 2020 start de fase Ib/II-studie voor patiënten met HER-positieve borstkanker en hersenmetastasen. Het UZ Brussel is één van de ziekenhuizen die daaraan wil meewerken. Er zitten ook nog andere producten in de pijplijn, die nuttig zouden kunnen zijn voor de behandeling van andere agressieve kankertypes."

DRIE KEER HOOP BIJ UITGEZAAIDE PROSTAATKANKER

Voor de behandeling van gemetastaseerde prostaatkanker loopt er een klinische studie in voornamelijk de VS. Prof. Keyaerts: "Over 1 tot 3 jaar moet dat resulteren in een marktrijp product. Wij passen wel al Xofigo toe, het gewone isotoop van radium, specifiek bij prostaatkanker met botmetastasen. Dit verlicht de pijn en geeft een klein voordeel in overleving. Verder zijn de eerste resultaten van een studie in Duitsland bijzonder spectaculair met Lutetium-PSMA, een product dat niet alleen de botmetastasen maar ook alle andere letsels behandelt. Die studie zal nog 3 tot 5 jaar in beslag nemen." 🍀



PROF. MARLEEN KEYAERTS

- > Kliniekhoofd Nucleaire Geneeskunde
- > Onderzoeker ICMI Lab, VUB
- > Fundamenteel klinisch mandaathouder FWO-Vlaanderen
- > Coördinator onderzoeksprogramma binnen UZ Brussel/VUB 'Gerichte radionuclide therapie met enkel-keten antilichaamfragmenten' i.s.m. prof. Neyns en prof. D'Huyvetter.

CONSULTATIES

T 02 477 60 13
Voor dringende afspraken:
T 02 477 68 28



FACTS

Waarom de diagnose 'functionele aandoening' positief is

Al in 1989 bleek uit een studie in de VS dat, bij eerstelijnsaanmeldingen voor 'pijn op de borst', slechts 10% van de gevallen kon teruggebracht worden tot een organisch letsel of ziekte. De rest bleef onverklaard. Dat gold ook voor klachten als rugpijn, buikpijn en vermoeidheid. Wat heeft de wetenschap sindsdien geleerd? Vier feiten.

65%

van de patiënten is na 2 weken weer beter bij de diagnose 'functionele aandoening'. Bij de boodschap 'ik vind niets' is dat 40%.

1 LICHAMELIJKE KLACHTEN ZIJN HEEL NORMAAL

In een enquête bij 95.000 Nederlanders rapporteerde 84% minstens één lichamelijke klacht in de twee weken voor de bevraging. Als er geen structureel letsel of aandoening gevonden kan worden, spreken we van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten of SOLK. Al klinkt de term 'functionele stoornis' net iets eleganter voor de patiënt.



DR. DIETER ZEEUWS

> Kliniekhoofd psychiatrie
> Mede-oprichter vrijwilligersgroep SOLK binnen het UZ Brussel, samen met dr. Wietse Wiels en psychologe Kathleen Michiels.

OOK IN DE SOLK-GROEP ZETELEN?

Voor alle vragen
voor dieter.zeeuws@uzbrussel.be

De SOLK-groep is geen behandelcentrum, wel een groep vrijwillige experts uit diverse disciplines die maandelijks informatie uitwisselen en groepsintervisie voorzien. Er is geen mogelijkheid om door te verwijzen.

2 EEN POSITIEVE DIAGNOSE VAN BIJ HET BEGIN BEVORDERT HET HERSTEL

Eigenlijk is de boodschap heel eenvoudig: Het merendeel van de patiënten heeft wel eens lichamelijke klachten zonder duidelijke oorzaak. Die klachten zijn gelukkig meestal van voorbijgaande aard. Voor de zekerheid sluiten we structurele letsels uit via onderzoek. We houden dan de werkhypothese dat het een functionele stoornis is aan. Dat is voor de patiënt belangrijk en veel beter dan een 'tussen de oren'-boodschap mee te krijgen, want dat werkt vaak contraproductief. 65% van de patiënten die vernemen dat ze een functionele stoornis hebben voelt zich beter na twee weken. Bij de boodschap 'ik vind niets' is dat slechts 40%.



MEER INFO OVER FUNCTIONELE AANDOENINGEN EN BEHANDELINGSTIPS VINDT U ONDER MEER OP: www.uzbrussel.be/mUZt_Xtra

3 FUNCTIONELE AANDOENINGEN HEBBEN MEESTAL EEN GUNSTIGE PROGNOSE

75% van de patiënten heeft binnen de maand sowieso minder last van de klachten. Verschillende onderzoeken tonen aan dat de diagnose stellen en meedelen aan de patiënt de belangrijkste therapeutische factor is. Zo vermijdt u namelijk dat mensen ongeruster worden en meer gefocust blijven op de klachten tijdens verdere onderzoeken bij verschillende specialisten.

4 WEGNEMEN VAN HERSTELBELEMMERENDE FACTOREN IS DE BASIS VOOR BEHANDELING

Vaak gaan patiënten met bijvoorbeeld ademhalingsproblemen minder bewegen, waardoor conditieverlies en nog frequentere respiratoire klachten optreden. Symptoomgerichte aandacht belemmert net het herstel. Een actievere levensstijl zorgt daarentegen voor afleiding, waardoor de klachten spontaan verminderen. Blijven de klachten toch aanhouden, dan kan de levenskwaliteit verbeteren via onder meer acceptance- & commitmenttherapie, of zo nodig meer intensieve behandelingen in een gespecialiseerde setting. 🍌

Borstreconstructie zonder snijden

- Nu al gebeurt 15 tot 20% van de borstreconstructies met lipofilling
- Techniek zonder incisies is minder pijnlijk en laat snellere revalidatie toe
- Procedure voor erkenning door het RIZIV ingezet

Bij een borstreconstructie na een mastectomie denkt men in de eerste plaats aan implantaten en flapchirurgie. Lipofilling, waarbij de borst opnieuw wordt gevormd met eigen vetweefsel, is nochtans een vrij eenvoudige techniek. Prof. Hamdi: "De chirurg voert eerst een liposuctie uit. Dat vet wordt vervolgens in verschillende sessies geïnjecteerd in de borst. Zo'n sessie duurt amper één uur en vindt plaats in de dagkliniek".

TOT 5 SESSIES, MAAR MINDER MET EEN BRAVA®

"Er zijn twee redenen waarom we meerdere stappen nodig hebben. Ten eerste is er onvoldoende ruimte voor een filling met een groot volume. De huid moet de kans krijgen om uit te zetten. Ten tweede wordt gemiddeld 30% van het geïnjecteerde vet geabsorbeerd door het lichaam. Soms zijn er tot 5 sessies nodig. Met een BRAVA®, een 'bh' verbonden met een negatieve drukpomp, kunnen we dat aantal verminderen. Dit systeem creëert ruimte in het borstweefsel, waardoor we meer vet kunnen injecteren, en tegelijk zorgt het voor een betere vascularisatie."

WARM EN NATUURLIJK

De techniek biedt verschillende voordelen. Prof. Hamdi: "Er zijn geen incisies nodig, de patiënte heeft nauwelijks pijn en de revalidatie verloopt sneller. Omdat we eigen weefsel van de patiënte gebruiken, voelt de borst ook warm en natuurlijk aan en is de kans op complicaties veel kleiner dan bij flapchirurgie en bij implantaten."

Toch zijn er ook restricties. Een reconstructie is moeilijker wanneer de borst werd bestraald. De patiënte moet idealiter nog een dikke borstamputatiehuid hebben en voldoende vet op haar lichaam. Ook belangrijk: roken en lipofilling gaan niet samen.

Hoewel lipofilling al ruim 10 jaar wordt toegepast bij 15 tot 20% van de borstreconstructies, kreeg de techniek nog geen RIZIV-nummer, omdat het aantal sessies vooralsnog onvoorspelbaar is. Daar komt mogelijk verandering in, nu daarvoor een procedure werd opgestart bij het RIZIV. 🍀



Reconstructie van de linkerborst na een borstamputatie: resultaat na 5 sessies lipofilling met BRAVA®.

Moustapha Hamdi et al. Percutaneous Purse-String Suture: An Innovative Percutaneous Technique for Inframammary Fold Creation and Improved Breast Projection in Reconstructive Surgery. Aesthetic Surgery Journal, 2017; 1-6



PROF. DR. MOUSTAPHA HAMDI

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

CONSULTATIES

Dienst Plastische
Heelkunde

T 02 477 60 01

afspraak_plastische_ hk@uzbrussel.be

Neonatale screening en nieuwe medicijnen

Einde van het taai slijm?

Een vroege detectie van mucoviscidose kan longschade en groeiretardatie voorkomen. Dat vertraagt het ziekteverloop en heeft een positief effect op de levensverwachting.



PROF. ELKE DE WACHTER

> Hoofd Kinderlongziekten, hoofd Mucocentrum UZ Brussel

> Voorzitter van Belgische Mucoartsen; actief lid van de Europese werkgroep voor neonatale screening en moeilijke diagnoses bij muco

MUCO-SECRETARIAAT

T 02 477 57 65

mucojette@uzbrussel.be

Mucoviscidose is een erfelijke multi-orgaan-ziekte die gekenmerkt wordt door taai secretes in verschillende organen, zoals de longen, maar ook in het maagdarmsysteem.

In 2016 was de mediane leeftijd bij diagnose 5,7 maanden. Op dat moment is er vaak al longschade en groeiretardatie. Een vroegere diagnose op de leeftijd van 2 maanden is dus wenselijk. Daarom heeft de Vlaamse overheid beslist om vanaf 1 januari 2019 een mucotest toe te voegen aan het Bevolkingsonderzoek Aangeboren Aandoeningen.

SCREENING IN 2 STAPPEN

Deze screening is gratis en test nu, met de mucotest erbij, in totaal op 12 in plaats van 11 erfelijke aandoeningen. Prof. Elke De Wachter van het UZ Brussel zat samen met prof. Marijke Proesmans van het UZ Leuven in de technische werkgroep die de screeningstest voor mucoviscidose heeft uitgewerkt. Die bestaat uit twee fases. Prof. De Wachter: "De eerste stap is een IRT-bepaling (immunoreactieve trypsine). Die toont aan of de pancreas in stress is of niet. Maar die test alleen is niet specifiek genoeg, want ook kindjes die in neonatale stress hebben verkeerd, vertonen hogere IRT-waarden. Daarom is een tweede stap nodig bij een verhoogde IRT, nl. een DNA-analyse. In het geneticalabo sporen ze de 12 meest voorkomende mutaties bij muco op."

INFORMEREN EN GERUSTSTELLEN

Vindt het labo 1 of 2 van die mutaties, dan gaan de alarmsignalen aan - al is het nog niet zeker dat de baby ook effectief muco heeft. Een diagnostische test - de zweetest - moet daar uitsluitsel over geven. Dat gebeurt in een mucocentrum. Er zijn er 7 in ons land, waaronder één in het UZ Brussel. Als huisarts kunt u

de ouders de keuze bieden uit deze 7 centra, en ook enige ongerustheid wegnemen door te benadrukken dat de ziekte nog niet 100% vaststaat: misschien is het kindje gewoon drager. Prof. De Wachter: "We voeren immers ook een diagnostische test uit als er slechts één mutatie werd gevonden. Dat komt omdat meer dan 2000 mutaties van het mucogen zijn beschreven, al zijn die veel zeldzamer dan de 12 gekozen mutaties. Als er één wordt gedetecteerd, bestaat de kans dat er ook een tweede mutatie is, die niet tot de 12 meest voorkomende behoort."

VANGNET

Die diversiteit in mutaties is trouwens ook de reden waarom er nog een 'vangnet' is voorzien in de screening. Het kan dat er geen afwijkingen worden gevonden in het labo, en dat het kindje toch muco heeft. Prof. De Wachter: "Kinderen met een ultrahoge IRT zonder vastgestelde mutaties, roepen we toch terug voor een nieuwe bloedstaal op dag 21. Blijft de IRT-waarde hoog, dan voeren we ook hier een zweetest uit."

VROEG BEHANDELEN VERTRAAGT DE ZIEKTE

Wat zijn nu de voordelen van een vroege detectie, vóór de leeftijd van 2 maanden? Prof. De Wachter: "Blijkt de zweetest verstoord, dan kunnen we preventief ingrijpen en zo longschade vermijden, met bv. slijmverduunnende aerosols. We gaan ook malnutritie tegen, door enzymen toe te dienen die vetten en eiwitten helpen verteren. Het ziekteverloop vertraagt daardoor sterk en de therapielast is bovendien lager. Dat alles heeft ook een positief effect op de levensverwachting."



NIEUWE GENERATIE GENEESMIDDELEN

Voorlopig gaat het hier nog altijd om symptoombestrijding. Maar die vroege detectie biedt ook perspectieven voor de nieuwe generatie medicijnen die ingrijpen op de genetische basis van mucoviscidose. Prof. Eef Vanderhelst legt zich daarop toe. Zij is al vijf jaar betrokken bij een studie naar correctors en potentiators in het UZ Brussel, medicijnen die ofwel een defect in het eiwit dat muco veroorzaakt corrigeren, ofwel goed eiwit gaan stimuleren of versterken. "Sinds 2013 behandelen we al mucopatiënten met die nieuwe medicijnen. Intussen zijn er al twee effectief op de markt. Alleen wordt er nog maar één terugbetaald, en dat is maar geschikt voor één specifieke mutatie die heel weinig voorkomt in België.

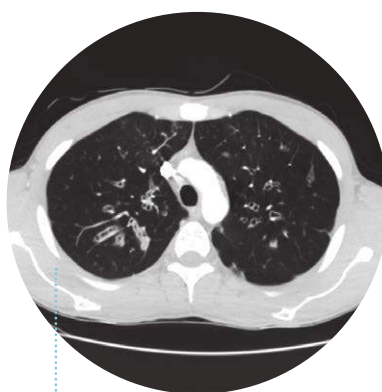
"Voor het eerst gaan we van een puur symptomatische naar een corrigerende behandeling."

De grootste groep (bijna 50% van de patiënten) kunnen we helpen met het andere medicijn, maar dat wordt nog niet terugbetaald."

NOG EEN LANGE WEG TE GAAN

"Tot nog toe hebben we die medicatie gegeven aan patiënten die al veel longschade opgelopen hebben. Het doel is om de nieuwe medicatie ook te kunnen geven aan pasgeborenen, nog voor er schade is opgetreden. Hiervoor is het nu nog te vroeg, omdat deze medicatie nog niet getest is bij deze leeftijdscategorie. Vroegtijdig ingrijpen met ondersteunende medicatie is nu wel mogelijk dankzij de nieuwe neonatale screening."

"Er is een echte revolutie aan de gang. Voor het eerst sinds de ontdekking van het defecte muco-gen 30 jaar geleden, gaan we nu eindelijk van een puur symptomatische naar een corrigerende behandeling. Er is natuurlijk nog een lange weg te gaan, omdat er meer dan 2000 mutaties bekend zijn die anders kunnen ingrijpen op het basismechanisme van de ziekte. Maar we hopen dat mucoviscidose in de toekomst bijna niet meer tot uiting komt als we zo'n corrigerende behandeling zo vroeg mogelijk na de geboorte kunnen starten."



Typische letsels in de longen bij een gevorderd stadium van mucoviscidose



PROF. EEF VANDERHELST

> Diensthoofd Pneumologie, muco-arts op de volwassenenafdeling
> Professor Pneumologie aan de VUB

HUISARTS HOE HERKENT U MUCOVISCIDOSE?

Muco associëren we vaak met de klassieke respiratoire symptomen. Maar soms zijn die niet opvallend, waardoor een juiste diagnose uitblijft en kostbare tijd verloren gaat.

DE BELANGRIJKSTE SYMPTOMEN:

- recidiverende longinfecties
- slijm ophoesten
- vette stoelgang door pancreasinsufficiëntie
- wisselende stoelgang (diarree en constipatie)
- groeivertraging
- neuspoliepen, recidiverende sinusitis (soms de enige klachten!)
- diabetes

REFLUX-PIRAMIDE

Refluxpiramide volgens Caroline Bouckenaere en prof. Vandenplas



De juiste reflex bij reflux

- Tal van onderzoeken vinden geen verband tussen huilen en reflux
- Een behandeling met zuurremmers bij huilbaby's werkt uiterst zelden en heeft nevenwerkingen
- Optimaliseren van nutritionele en positionele therapie is juiste reflex



PROF. YVAN VANDENPLAS

> Diensthoofd Pediatrie

CONSULTATIES

T 02 477 60 61
afpraak_kinderziekenhuis@uzbrussel.be

Eén baby op twee heeft functionele darmklachten, wat zich uit in huilen, constipatie, en ook regurgitatie. Ongeveer 20% van alle baby's geeft regelmatig voeding terug.

REFLUXZIEKTE SLECHTS IN 2 À 3% VAN DE GEVALLEN

Als baby's enkel huilen, zonder dat ze voedsel oprispen, dan gaat het heel waarschijnlijk niet om reflux. 'Verborgen' reflux is heel zeldzaam, al komt reflux wel voor in verschillende gradaties (zie figuur). Prof. Vandenplas: "Tal van onderzoeken konden geen verband vinden tussen huilen en reflux. Een behandeling met zuurremmers bij huilbaby's werkt dan ook uiterst zelden.

Refluxziekte bij baby's bestaat uiteraard wel, maar dat komt slechts in 2 à 3% van de gevallen voor, terwijl in België 20% van alle baby's zuurremmende medicatie krijgt."

MEESTAL GEEN MEDICATIE OF ONDERZOEK NODIG

Nochtans zijn de neveneffecten van zuurremmers niet gering. Een verstoord darmmicrobioom tijdens de eerste levensweken leidt tot een verhoogd risico op immunologisch gemedieerde aandoeningen zoals diabetes, astma en obesitas op latere leeftijd. Protonpompinhibitoren veroorzaken bij zeker 25 % van de kinderen een bacteriële overgroei in de dundarm, wat dan weer resulteert in krampen, kolieken en ... huilen, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Prof. Vandenplas: "Zuurremmende medicatie is heel nuttig als je refluxziekte hebt, maar enkel na diagnose met een pH-metrie of impedantiemeting." Meestal is echter geen medicatie of doorverwijzing nodig. Wat dan wel? Prof. Vandenplas: "Na een anamnese en lichamenlijk onderzoek, is geruststellen en starten of verder optimaliseren van nutritionele en positionele therapie de juiste reflex. Pas als dit allemaal niet helpt, kan men doorverwijzen voor verder onderzoek."



Eind februari verscheen de tweede editie van 'SOS Reflux', geschreven door Caroline Bouckenaere, kinesitherapeut en moeder van drie zonen die kampten met refluxproblemen. Prof. Vandenplas werkte mee aan het medische gedeelte van dit boek. Ook artsen vinden hierin heel wat nuttige info om ouders van reflux- en/of huilbaby's te helpen.

Beste prognose bij vroege diagnostiek en behandeling van artritis



**PROF. SOFIA
AJEGANOVA,
PHD**

> Diensthoofd
Reumatologie
> Prof. aan
VUB, Faculteit
Geneeskunde en
Farmacie
> Werkte in Zweden en
Nederland mee aan
wetenschappelijk
onderzoek naar
artritis en
systeemziekten

CONSULTATIES

T 02 477 60 20
afspraak_reumatolo-
gie@uzbrussel.be

- **Vormen van reuma met artritis zijn chronische ziekten met forse impact op het dagelijks leven**
- **Bij vermoeden van artritis is tijdige doorverwijzing naar reumatoloog essentieel**
- **Vroege diagnose en behandeling binnen 3 maanden kan schade voorkomen**

De belangrijkste kenmerken van aandoeningen met artritis zijn aanhoudende klachten over gezwollen, pijnlijke gewrichten die 's ochtends stijf aanvoelen. Als huisarts kunt u eerst pijnstillers en eventueel ontstekingsremmers voorschrijven. Blijven de klachten aanhouden, en zijn overbelasting of trauma niet de oorzaak, dan is dat een indicatie om de patiënt naar een reumatoloog door te verwijzen voor een sluitende diagnose.

GEEN OUDERDOMSZIEKTE

Er zijn meer dan 100 verschillende vormen van artritis en systeemziekten waarbij artritis op de voorgrond staat, met verschillende diagnoses en behandelingsopties. Reumatoïde artritis is een van de meest voorkomende vormen van artritis. Het is een chronische ziekte die op elke leeftijd

voorkomt, bij vrouwen vooral tussen 30 en 60 jaar, bij mannen iets later.

Prof. Ajeganova: "De vooruitzichten voor nieuwgediagnostiseerde patiënten met reumatoïde artritis zijn sterk verbeterd dankzij vroege diagnose en behandeling. Als de behandeling binnen 3 maanden start na het ontstaan van de klachten, dan ontwikkelen patiënten minder gewrichtsschade en hebben ze meer kans op remissie en bewaarde functionaliteit. Vroegtijdige behandeling is het meest effectief om de ziekteactiviteit af te remmen en de prognose op lange termijn essentieel te verbeteren."

AANHOUDEnde INFLAMMATIE IN VERWIJSBRIEF VERMELDEN

Een belangrijk onderdeel van herkenning van artritis in een vroege fase is doorverwijzing door de huisarts.

Prof. Ajeganova: "Wanneer er een klinisch vermoeden is van artritis, is doorverwijzing naar een reumatoloog cruciaal. Persisterende artritis vermelden in de verwijsbrief, eventueel met bloedafname-uitslagen, is voldoende. Er is geen sluitende diagnostische test voor reumaziekten, zodat ervaring belangrijk is in de diagnose. Als de specialist na verder onderzoek een vorm van artritis vaststelt, kunnen we de juiste behandeling snel starten en de patiënt het best helpen." 🍷

HUISARTS WANNEER DENKEN AAN REUMA MET ARTRITIS?

- pijn en zwelling in één of meerdere gewrichten
- ochtendstijfheid > 1 uur
- aanhoudende gewrichtsontsteking
- elke leeftijd

WELKE ACTIE ONDERNEMEN?

- bij aanhoudende gewrichtsontsteking doorverwijzen naar reumatoloog binnen de 3 maanden na het ontstaan van de klachten
- vermoeden van artritis in de verwijsbrief vermelden



Reumatoïde artritis is een auto-immuunziekte waarbij het afweersysteem antistoffen aanmaakt tegen de eigen gewrichten, wat kan leiden tot ernstige vervormingen en functionele beperkingen.

TREND

Zeldzame ziekten krijgen vaker en sneller diagnose

Patiënten en ouders van kinderen met een zeldzame ziekte voelen zich vaak geïsoleerd. Ze hebben nood aan contact met lotgenoten, maar vaak duurt het lang eer ze een diagnose kennen. Op dit punt echter is de laatste jaren fors vooruitgang geboekt.



PROF. ANNA JANSEN

> Kliniekhoofd Kinderneurologie
> Voorzitter Functie Zeldzame Ziekten UZ Brussel
> Verbonden aan de Neurogenetics Research Group en de Mental Health and Wellbeing Research Group van de VUB

CONTACT:

Coördinator Freddy Raymackers
T 02 801 27 01
zeldzameziekten@uzbrussel.be

In het UZ Brussel, erkend als Functie Zeldzame Ziekten en verankerd in de Europese Referentienetwerken voor Zeldzame Ziekten, gaat steeds meer aandacht naar interdisciplinaire samenwerking, om expertise te bundelen en zo de diagnosetijd te verkorten. Dat heeft geleid tot een waaier van gespecialiseerde raadplegingen.

LAAGDREMPELIG

Prof. Jansen: "Wanneer de huisarts een vermoeden heeft van een zeldzame aandoening, kan hij of zij coördinator Freddy Raymackers contacteren. Geven de symptomen een duidelijk richting aan, dan verwijst hij de patiënt na overleg met het kernteam door naar één van die raadplegingen. Is er minder eenduidigheid, dan kan de patiënt op de algemene raadpleging voor Zeldzame Ziekten terecht."

BRUG NAAR GESPECIALISEERDE BEHANDELINGEN

Wat ook helpt, is dat de technologie op het vlak van medische genetica er de laatste jaren sterk op vooruit is gegaan.



Het UZ Brussel organiseert op 21 juni 2019 een denkdag voor medewerkers van het UZ Brussel die betrokken zijn bij zeldzame ziekten. Later dit jaar volgt een interactieve denkdag voor huisartsen.

Prof. Jansen: "Doordat we steeds vaker in staat zijn om een diagnose te stellen, creëren we ook meer mogelijkheden voor fundamenteel onderzoek naar het verband tussen een genetische schrijffout en een bepaald ziektebeeld, wat een brug vormt naar mogelijke nieuwe behandelingen. Het is een dubbele evolutie."

Sociaal isolement is ook wat de ouders van de overleden Aurélien en oprichters van het Aurélienfonds aangeven. Het doel van dat fonds is enerzijds meer geld inzamelen om onderzoek naar zeldzame ziekten te stimuleren, en anderzijds mensen laten voelen dat ze er niet alleen voor staan.

Meer informatie over dit fonds vindt u op www.uzbrusselfoundation.be.

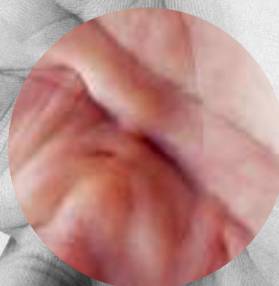
In de loop van de voorbije jaren werden in het UZ Brussel tal van **gespecialiseerde raadplegingen opgestart**



Nieuwe behandeling Dupuytren

100% genezing is mogelijk

- **Ziekte van Dupuytren is erg beperkend door contractuur van de vingers**
- **Bestaande behandelingen schieten tekort (vaak recidief)**
- **Radiotherapie legt inflammatoir proces helemaal stil**



De ziekte van Dupuytren start vaak met een rode inflammatoire knobbel in de handpalm.

De 'Vloek van de Vikingen', zo wordt de ziekte van Dupuytren ook wel eens genoemd. In Noorwegen en Schotland lijdt tot 40% van de bevolking eraan. In België ligt de prevalentie lager, al is ook hier de patiëntenpopulatie aanzienlijk. Maar hoe herkent u de ziekte?

Prof. Gutermuth: "De ziekte kenmerkt zich door een inflammatoire fibrose of bindweefselvorming in de handpalm - eerst één of meer knobbeltjes, daarna een streng. Die zorgt ervoor dat één of twee vingers niet meer gestrekt kunnen worden, meestal de pink en/of de ringvinger, wat het gebruik van die hand sterk beperkt."

VROEG BESTRALEN VERHOOGT SUCCESRATIO

Tot nu toe waren er drie mogelijke behandelingen, afhankelijk van het ziektestadium: een naaldaponeurotomie, inspuiting met collagenase of chirurgie. Geen enkele daarvan is optimaal. De volle beweeglijkheid komt meestal niet terug, en de ziekte recidiveert vaak. Prof. Gutermuth: "De behandeling die wij voorstellen, met

radiotherapie, brengt het ziekteproces compleet tot stilstand. De succesratio is het hoogst als we de ziekte aanpakken in het begin van het inflammatoir proces, in het knobbeltjesstadium, dus voor er een echte contractuur is. Patiënten genezen dan volledig."

ABSOLUUT VEILIG ZONDER NEVENEFFECTEN

Prof. De Ridder: "In Oost-Europa is er veel ervaring met een radiotherapeutische behandeling van goedaardige inflammatoire aandoeningen, zoals de ziekte van Bechterew of artritis. Bij ons is vooral de behandeling van keloiden bekend. Voor de heel oppervlakkige nodules bij Dupuytren bestralen we slechts een paar millimeter diep. De patiënt komt 5 dagen na elkaar ambulantly langs voor een korte bestraling van 3 minuten. Het is een absoluut veilige techniek zonder neveneffecten."

Momenteel is het UZ Brussel het enige centrum in België dat deze behandeling aanbiedt. 🌱



PROF. JAN GUTERMUTH

- > Diensthoofd Dermatologie UZ Brussel en Sint-Mariaziekenhuis Halle
- > Bestuurslid van de Koninklijke Belgische Vereniging van Dermatologie en Venerologie



PROF. MARK DE RIDDER

- > Diensthoofd Radiotherapie
- > Hoogleraar Klinische Wetenschappen
- > Ondervoorzitter Bestuurscollege

INFORMATIE EN CONSULTATIES

Dienst Radiotherapie
cleo.wauters@uzbrussel.be
T 02 477 61 47



WIE MEER WIL WETEN OVER DE ZIEKTE VAN DUPUYTREN, kan het boek 'The Life and Times of Guillaume Dupuytren 1777-1835' lezen, geschreven door prof. dr. Paul Wylock.

Nieuwe experimentele therapie tegen meest kwaadaardige hersentumor

- **Immunotherapie verlengt mogelijk levensduur**
- **Lokale toediening van medicatie in de hersenen effectiever dan in bloedbaan**
- **Uitbreiding studie naar patiënten zonder opereerbaar recidief**

Glioblastomen zijn de meest voorkomende en meest kwaadaardige intrinsieke hersentumoren. De standaardbehandeling (een operatie gevolgd door radio- en chemotherapie) verhoogt de vijfjaarsoverleving van 2 naar 10% - nog altijd een sombere prognose.

'IMMUNE CHECKPOINTS' BLOKKEREN

Van zodra een recidief optreedt, bestaan er enkele therapeutische opties. Desondanks is er op dat moment geen standaardtherapie voorhanden en bedraagt de gemiddelde overleving nog amper 7 à 8 maanden.

Tot vandaag heeft geen enkele behandeling in een klinisch onderzoek aangetoond de overleving van patiënten met recidiverend glioblastoom te verlengen. Het onderzoeksteam van het UZ Brussel, met prof. Duerinck en prof. Neyns, probeert daar verandering in te brengen.

Prof. Duerinck: "Tumoren slagen erin om op verschillende manieren het immuunsysteem te omzeilen. Een ervan is door het uitdrukken van 'immune checkpoint'-moleculen, die de reactie van het immuunsysteem onderdrukken. Wanneer we die checkpoints kunnen blokkeren, dan kan het immuunsysteem terug actief worden en de tumor aanvallen. Maar het effect bij toedienen van 'immune checkpoint'-inhibitoren

via de bloedbaan is bij glioblastomen beperkt. Wij hebben die inhibitoren nu rechtstreeks geïnjecteerd in de hersenen bij patiënten tijdens een recidiefoperatie, nadat de tumor verwijderd was. Nadien volgde om de 2 weken een intraveneuze injectie. Als we de resultaten vergelijken met de literatuur, lijkt deze behandeling het overlevingscijfer positief te beïnvloeden."

ZONDER OPERATIE, MET KATHETER

"Daarom hebben we de studie nu recent uitgebreid naar patiënten met recidief waar geen operatie meer mogelijk is. Na het injecteren van 'immune checkpoint'-inhibitoren in de tumor implanteren we ook een katheter, om zo elke twee weken lokaal medicatie te blijven toedienen." Voor de glioblastoompatiënt is de immunotherapie kosteloos, omdat de behandeling wordt verstrekt in het kader van een klinische studie.

Het is de bedoeling om dit onderzoek nog verder te verruimen om een breder spectrum van immunotherapeutica te kunnen introduceren, wat noodzakelijk lijkt bij een immunologisch 'koude' tumor als glioblastoom. Binnenkort zal het UZ Brussel ook dendritische celtherapie en oncolytische virussen implementeren in de behandeling. 🍀



**PROF. JOHNNY
DUERINCK**

> Neurochirurg
> Klinisch onderzoeker

CONTACT

Dienst Neurochirurgie
T 02 477 55 14

In het UZ Brussel bundelen oncologen en neurochirurgen hun onderzoeksinspanningen voor een betere behandeling van patiënten met recidiverend glioblastoom.



PATIËNT IN UW PRAKTIJK?

Huisartsen van patiënten met glioblastoom, die wensen in aanmerking te komen voor dit onderzoek, kunnen contact opnemen met de Dienst Neurochirurgie in het UZ Brussel: telefonisch op 02 477 55 14 of per mail via afspraak_neurochirurgie@uzbrussel.be



UZ Brussel volop in de steigers!

*Een ziekenhuis is
een vat vol emoties.
Een wandeling in de
rustuin kan dan even
deugd doen.*

Wie in en rond het UZ Brussel vertoeft, heeft het waarschijnlijk al gemerkt. Er wordt duchtig gebouwd en verbouwd. Al deze bouwprojecten streven eenzelfde doel na: tegen 2025 een efficiënte én aangename omgeving creëren voor patiënten, bezoekers en medewerkers.

OP KRUISSNELHEID

“Eind 2018 kregen we de officiële goedkeuring van de Vlaamse overheid voor de bouw van ons nieuw Medisch-Technisch Blok en het zogenoemde ‘Landmark’-gebouw. Nu we formeel groen licht hebben, kunnen we naar kruissnelheid schakelen. We zijn er ons van bewust dat het realiseren van ons Ruimteplan voor patiënten en medewerkers tijdelijk hinder kan creëren. Wij doen er natuurlijk alles aan om die te beperken”, zegt prof. Marc Noppen, CEO van het UZ Brussel.

DE GENEZENDE KRACHT VAN DE ZORGOMGEVING

Het UZ Brussel heeft een ambitieus Ruimteplan dat aansluit bij het Zorgstrategisch Plan en het Toekomstplan van het ziekenhuis. Het vernieuwde ziekenhuis wordt gebouwd volgens het concept van zorgende architectuur met aandacht voor een ‘healing environment’.

“Het belang van helende zorgarchitectuur komt ook aan bod in de ZORG2030-krachtlijnen van de vernieuwende zorg. Een ziekenhuis moet een genezende kracht uitstralen

en dat is bijzonder essentieel als een mens ziek en dus kwetsbaar is. In onze vernieuwde zorgomgeving combineren we zorg efficiëntie met veel aandacht voor de ervaring van de patiënt. We realiseren dit intussen al met een speelse aanpak in ons KidZ Health Castle en op onze pediatrie afdeling. Daarnaast brengen we bepaalde diensten letterlijk dicht bij elkaar. We willen vermijden dat de patiënt lange afstanden in het ziekenhuis moet afleggen voor verschillende afspraken; de zorgverstrekkers moeten zoveel mogelijk naar de patiënt toe gaan”, aldus prof. Marc Noppen.

Tegen 2025 zal meer dan de helft van het ziekenhuis herbouwd of vernieuwd zijn. De verschillende bouwprojecten verlopen in fasen, zodat de diensten zo weinig mogelijk moeten verhuizen en patiënten ononderbroken kunnen rekenen op de continuïteit van de zorg. Patiënten van de Borstkliniek, de Pijnkliniek en de diensten Gastro-enterologie en Radiotherapie, zullen het wel al gemerkt hebben via de omleiding die ze door die bouwwerken moeten volgen. 🍀

Save the date!

Seminaries, symposia

en studiedagen

voor de huisarts

DATUM	ORGANISATOR	ONDERWERP	WAAR	ADRES	AANVANG	EINDE
03/04/2019	Dermatologie	Klinische presentatie van Vasculitis: een multidisciplinaire benadering	VUB Campus Jette	Auditorium Brouwer, Laarbeeklaan 103, 1090 Jette	19:30	22:15
04/04/2019	Oncologisch Centrum	Mini-Invasive techniques in thoracic surgery	UZ Brussel	Overleglokaal Oncologisch Centrum, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	17:00	18:00
04/04/2019	Centrum voor Hart- en Vaatziekten	Frequent maar vaak miskend: de vasculaire compressiesyndromen	VUB Campus Jette	Auditorium Brouwer, Laarbeeklaan 103, 1090 Jette	19:30	21:30
23/04/2019	Kindergeneeskunde UZ Brussel & UZ Gent	Overlijden bij kinderen: verwacht of onverwacht....	De Montil	Moortelstraat 8, 1790 Affligem	19:00	22:00
24/04/2019	Heelkunde	Veneuze Trombo-Embolie	UZ Brussel	Auditorium Kiekens, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	18:00	20:00
09/05/2019	Oncologisch Centrum	Symptomatic Management at the end of life	UZ Brussel	Overleglokaal Oncologisch Centrum, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	17:00	18:00
09/05/2019	Anesthesiologie en Peri-operatieve Geneeskunde	Hypertension prediction modelling - The ICU cockpit: how artificial intelligence can influence decision making	UZ Brussel	Auditorium Kiekens, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	17:30	19:30
11/05/2019	Medische Wereld	Symposium met verkiezingsdebat gezondheidszorg (inschrijven vóór 15/04/2019 op www.medischewereld.be)	VUB Campus Jette	Auditorium Brouwer, Laarbeeklaan 103, 1090 Jette	8:30	18:00
15/05/2019	Heelkunde	The Best of 2018: Verschillende heelkunde-disciplines komen aan bod	UZ Brussel	Auditorium Kiekens, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	18:00	20:00
07/09/2019	Kindergeneeskunde	Pediatric Day: Kinderneurologie & Kinderpsychiatrie	Plantentuin	Kasteel van Bouchout, Nieuwelaan 38, 1860 Meise	09:45	18:00
01/10/2019	UZ Brussel	Symposium 'Patiënt & zorgverlener: piloot & co-piloot?'	VUB Campus Jette	Auditorium Brouwer, Laarbeeklaan 103, 1090 Jette	14:00	17:30
05/10/2019	Diabeteskliniek	12de Diabetessymposium voor huisartsen	UZ Brussel	Auditorium Kiekens, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	8:45 of 13:00	13:15 of 17:30
10/10/2019	Kindergeneeskunde	Gastrodag	UZ Brussel	Auditorium Kiekens, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette	14:00	19:00



PATIËNT & ZORGVERLENER: PILOOT & CO-PILOOT?

1.10.2019 Jette

In de zorg is de kwaliteit van de interpersoonlijke relatie patiënt-zorgverlener essentieel. Maar wat zijn de kenmerken van een kwalitatieve relatie? De patiënt hoort een partner te zijn in zijn zorgproces, maar waar staat dat voor? Welke verwachtingen bestaan er wederzijds? Welke rechten en plichten brengt dit met zich mee? En wat betekent 'patient empowerment'? Dit symposium biedt denkstof aan zowel zorgverleners als patiënten.

INSCHRIJVEN & MEER INFORMATIE

www.patient-zorgverlener.be

DEELNAME

Kostprijs €175

Studenten €75

Voor artsen en kinesitherapeuten wordt accreditatie aangevraagd

INBEGREPEN

Koffiepauze en receptie

14u

DE SPREKERS

Prof. Peter in 't Veld

Decaan faculteit Geneeskunde en Farmacie VUB

Dhr. Edgard Eeckman, PhD

Communicatiemanager UZ Brussel en aangesloten bij de VUB-onderzoeksgroep CEMESO

Prof. dr. Maarten Moens

Neurochirurg UZ Brussel

Prof. Fabienne Dobbels

Academisch Centrum voor Verpleeg-en Vroedkunde/accentVV (KU Leuven)

Mevr. Ilse Weeghmans

Directeur Vlaams Patiëntenplatform

Mevr. Melissa Horlait, PhD

Postdoctoraal onderzoeker bij de onderzoeksgroep OPIH van de VUB

Prof. dr. Peter Pype

Huisarts en actief binnen het departement huisartsengeneeskunde van UGent

Prof. Koen Pardon

Verantwoordelijke opleiding communicatie binnen de opleiding geneeskunde van de VUB-Faculteit Geneeskunde en Farmacie

Prof. dr. Wim Distelmans

Oncoloog UZ Brussel en voorvechter van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt

Prof. dr. Yvonne Denier

Docent ethiek aan het Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven

Dhr. Marc Herremans

Oprichter van de 'To walk again Foundation'

Prof. dr. Marc Noppen

CEO UZ Brussel

een initiatief van



in samenwerking met



Ongezouten



“ Patiëntenrechten zouden niet nodig moeten zijn. ”

Lees de volledige blog van Edgard Eeckman, PhD en communicatiemanager van het UZ Brussel, naar aanleiding van de Europese Dag van de Patiëntenrechten, die elk jaar plaatsvindt op 18 april, op



<http://blog.uzbrussel.be>



WIN HET BOEK 'HOMO ROBOTICUS'



'Homo Roboticus' ontstond binnen de VUB-denktank POINcaré, die vanuit verschillende vakgebieden een antwoord wil bieden op maatschappelijke uitdagingen. Een daarvan is de rol van intelligente technologie en robots in de samenleving. In dit boek buigen in totaal 57 professoren en onderzoekers van de VUB zich elk vanuit hun eigen expertise over de centrale vraag hoe

de mens in de huidige technologische (r)evolutie past.

Wij schenken 5 exemplaren van 'Homo Roboticus' weg. Om kans te maken stuurt u een **e-mail naar muzt@uzbrussel.be met als onderwerp 'mUZt boek' én met een of meer suggesties voor onderwerpen** waarover u meer wilt lezen in de volgende mUZt.

M
U
Z
T

N° 3 April 2019 • Must reads voor de huisarts over medische innovatie