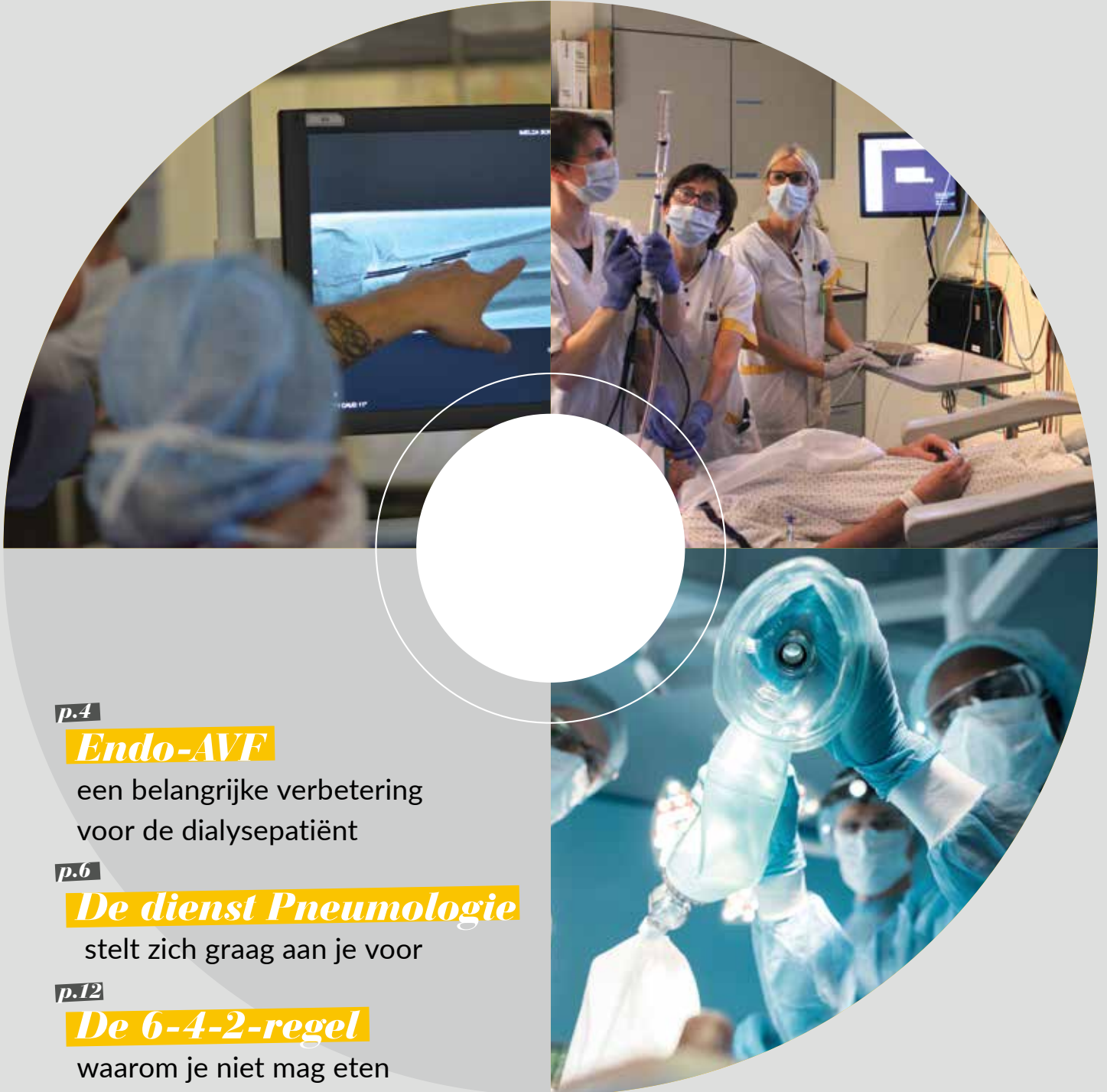




Imelda *Nieuwsbrief*

Februari - 2020



p.4

Endo-AVF

een belangrijke verbetering voor de dialysepatiënt

p.6

De dienst Pneumologie

stelt zich graag aan je voor

p.12

De 6-4-2-regel

waarom je niet mag eten of drinken voor een ingreep

... in deze *nieuwsbrief*



4

Endo-AVF: verbetering voor de dialysepatiënt



6

De dienst Pneumologie stelt zich aan je voor



11

Prestigieuze award voor dokter Rolf Symons



12

Waarom je niet mag eten en drinken voor een ingreep



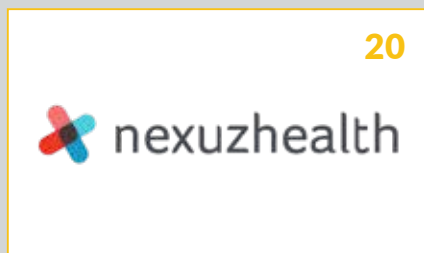
16

Onze nieuwjaarsreceptie in beeld



18

Nieuwe stafleden in het Imeldaziekenhuis



20

Digitaal patiëntendossier



24

Publicaties



28

Event kalender

Colofon

Imelda Nieuwsbrief, 2020, Februari

Imelda Nieuwsbrief is
een uitgave van:
Imelda vzw
v.u. Bart Pardon

Hoofdredactie &
coördinatie:
Dienst communicatie
communicatie@imelda.be

Redactie:
Thierry Aerts, Toon Blux, Philip
Rijkers, Dorien Vandenberghe,
Kathleen Vermeulen, Marita Wittebols

Vormgeving:
Crossmark.be

Een nieuw decennium

2020. Het klinkt als het vervolg op een bekende sciencefictionroman. En als we zien wat er vandaag rondom ons gebeurt, zouden de lezers uit 1968 dit ook omschrijven als pure fantasie. De wetenschap staat immers niet stil en de kwaliteit van de gezondheidszorg wordt er enkel maar beter door.

Een voorbeeld hiervan is de nieuwe hybride-operatiezaal die dit voorjaar in gebruik genomen wordt. Na ingrijpende bouwwerken gaat deze digitale operatiezaal met de meest geavanceerde medische beeldvorming dit voorjaar open. De kruising van een klassieke operatiezaal met een cath-lab maakt het mogelijk complexe endovasculaire operaties en genavigeerde minimaal-invasieve operaties te verrichten, waarbij de grenzen van de mogelijkheden worden verkend en verlegd. Hierdoor neemt de kwaliteit van de operaties toe en het aantal complicaties af.

Deze hybride operatiezaal is niet alleen een belangrijke aanwinst voor onze chirurgen, die nauwkeuriger kunnen opereren, maar vooral ook voor de patiënt. Die wordt in een hybride zaal minder blootgesteld aan contrastvloeistof en bestraling. Het is dus een winwinsituatie voor chirurg en patiënt.

Niet alleen technisch, maar ook klinisch ontstaan nieuwe inzichten en de regels voor het nuchter zijn voor een ingreep werden ook herzien. Dokter Van de Putte licht in dit nummer de resultaten van zijn studie hierover toe.

Operaties worden ook steeds minder ingrijpend. Dokter Gryffroy illustreert hiervan een treffend voorbeeld met het aanleggen van endovasculaire fistels. Zoals je weet, worden dit soort kunstmatige vasculaire fistels gebruikt bij nierpatiënten. Maar in tegenstelling tot de standaard AVF-chirurgie, wordt Endo-AVF uitgevoerd zonder grote incisie of hechtingen. Het laat de chirurg toe om een lagedrukfistel aan te leggen die minder storend zichtbaar is dan een klassieke chirurgische fistel en die het comfort van de patiënt verhoogt.

Verder schieten we goed op met de realisatie van een nieuw digitaal patientendossier. Tegen het einde van het jaar zal de omschakeling van het medisch dossier voltooid zijn. Via het patiëntenportaal zal de patiënt dan gemakkelijker rechtstreeks toegang krijgen tot zijn eigen medische informatie. Ook aan de verwijzers werd gedacht: dankzij de Mynexuzhealth-pro-applicatie kunnen ook externe artsen vlot beschikken over deze medische gegevens en resultaten binnen één gemeenschappelijk platform.

We blijven ook volop investeren in de toekomst met de aanwerving van verschillende nieuwe artsen. Door deze bewuste investering in extra deskundigheid, kunnen we nog meer kwalitatief hoogstaande zorg verankeren dicht bij de patiënt. Tijdens de nieuwjaarsreceptie van 11 januari stelden deze nieuwe stafleden zich persoonlijk voor. Voor de afwezigen vind je verderop in

dit nummer een fotoverslag van die avond evenals een korte presentatie van de meest recent gestarte artsen.

De dienst waar het 90 jaar geleden allemaal mee begon - een sanatorium met 125 bedden op een tiental hectare in het groen - is intussen helemaal getransformeerd naar een eigentijdse dienst Pneumologie. Het helende groen is vandaag nog steeds aanwezig, maar de dienst Longziekten evolueerde mee met de meest actuele kennis van de geneeskunde.

Ik kijk ernaar uit om in het nieuwe jaar de uitdaging aan te gaan om samen met onze artsen en onze verwijzers onze patiënten die totaalzorg, die zij verwachten, te bieden.

De toekomst is nu.

Philip Rijkers
Hoofddarts

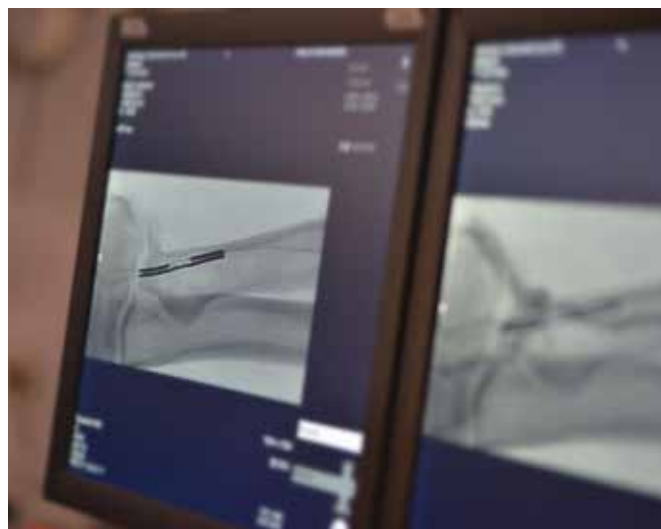




BELANGRIJKE VERBETERING
VOOR DE DIALYSEPATIËNT:
DE ENDO-AVF

Vroeg of laat wordt je patiënt met eindstadium nierfalen geconfronteerd met nierdialyse. Dit kan gebeuren via peritoneale dialyse of via hemodialyse. Als er in samenspraak met de nefroloog gekozen wordt voor hemodialyse, zijn er verschillende mogelijkheden: met lichaamseigen materiaal: een arterioveneuze fistel; of met lichaamsvreemd materiaal: een arterioveneuze greffe of een katheter.

Tekst: dr. Fien Gryffroy



Een arterioveneuze fistel, of AV-fistel, is een verbinding tussen een slagader en een oppervlakkige ader. Hiervoor wordt een kleine insnede gemaakt aan de pols, de voorarm of de elleboog.

Deze AV-fistel geniet de absolute voorkeur: het risico op infectie en trombose is veel kleiner dan bij de greffe of de katheter. Maar toch heeft de AV-fistel, tot nu toe de 'gouden standaard', ook haar nadelen. Zo zijn er gemiddeld 1 tot 3 operaties nodig per aangelegde AV-fistel, om deze voldoende matuur te krijgen voor dialyse. Bijkomend is de AV-fistel onderhevig aan stenosevorming op karakteristieke plaatsen. Dit heeft te maken met de bloedflow en shear stress. Dit vereist vaak re-interventies, gaande van een ballondilatatie tot verbredingsplastie met een stukje kunststof. Andere mogelijke complicaties zijn onder andere aneurysmavorming en het ontwikkelen van symptomen van zuurstoftekort ter hoogte van de vingers ten gevolge van steal. Een ander nadeel is dat je deze fistel goed kan zien op de pols of arm, wat sommige patiënten erg lelijk vinden.

De techniek van de AV-fistel bestaat al sinds de jaren '60 van vorige eeuw. Af

en toe zijn enkele kleine aanpassingen gebeurd. Jammer genoeg hebben deze de nadelen van de AV-fistel niet echt kunnen verhelpen.

Sinds enkele jaren is er een nieuwe, revolutionaire techniek om AV-fistels aan te leggen: de endovasculaire AV-fistel, kortweg de endo-AVF. Deze wordt al langer toegepast in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Duitsland. En nu komt het goede nieuws: sinds kort ook in het Imeldaziekenhuis te Bonheiden! Het grote voordeel van deze manier van werken is dat veel minder nieuwe operaties nodig zijn om een goede fistel te bekomen én te behouden. Door een meer gelijkmatige verdeling van de bloedflow (split flow-principe) is er bovendien ook minder neiging tot aneurysmavorming en ontwikkelen van steal. En niet onbelangrijk voor de patiënt: je ziet er niets meer van aan de arm. Kortom, de nadelen van de vroegere techniek zijn verholpen.

De verbinding tussen slagader en ader wordt niet meer gemaakt via een sneetje in de arm, wel via twee prikjes aan de pols net zoals bij een hartkatheterisatie. Hier is even wat technische uitleg op zijn plaats. Als arterie en vene

zijn aangeprikt, wordt in elk bloedvat een werkkanaaltje opgeschoven. Met contrastvloeistof zoekt de chirurg de beste plaats om de anastomose tussen beide bloedvaten te maken. Via de werkkanaaltjes worden twee katheters ingebracht naar de gekozen plaats. De katheters zijn magnetisch waardoor ze naar elkaar toe bewegen. Zo brengen ze de twee bloedvaten dicht naar elkaar. Dan wordt met radiofrequente ablatie een verbinding gebrand tussen beide bloedvaten. De endo-AV fistel is klaar!

“Deze nieuwe techniek kan een ware revolutie betekenen voor onze dialysepatiënten. Voor hen is het van wezenlijk belang een goede toegangsweg voor hun dialyse te hebben en te houden. De nieuwe operatie, de endo-AVF, zorgt zowel voor een zeer goed werkzame fistel, als voor minder heringrepen. Bovendien is er niets te zien aan de arm! Ik ben zeer enthousiast over deze ontwikkelingen. Jammer genoeg komt niet iedereen in aanmerking. Eerst moet een uitgebreid echo-onderzoek gebeuren. Aan de hand hiervan kan ik beslissen of de patiënt een goede kandidaat is voor deze vernieuwing.”

Dr. Fien Gryffroy

DIENST PNEUMOLOGIE

STELT ZICH VOOR

De dienst Pneumologie heeft van alle disciplines in de het Imeldaziekenhuis eigenlijk de langste geschiedenis. Het huidige ziekenhuis is immers in 1961 ontstaan uit het toenmalig sanatorium voor vrouwelijke TBC-patiënten dat in de jaren 1930 werd opgericht door de Duffelse zusters van het Convent van Bethlehem. De eerste artsen hier waren dus pneumologen! 😊

Tekst: dr. André Heremans

Zo werkte dokter Frans Lenaerts hier al in 1953, dus acht jaar voor de instelling een algemeen ziekenhuis werd. Hij was ook jarenlang de enige pneumoloog in de wijde omtrek (nu zijn we met vijf in één ziekenhuis!) en werd zo gevraagd om bronchoscopie te gaan doen in de ziekenhuizen van Mechelen en Duffel. 'Netwerking avant la lettre' dus door de pneumologen. Dokter Lenaerts werkte hier nog toen ik in het Imeldaziekenhuis arts-stagiair en arts-assistent was in de jaren 1980, en ik heb het voorrecht gehad in zijn voetsporen te mogen treden toen hij met pensioen ging in 1991. Samen met dokter Jan Roelandts (met pensioen gegaan in 2016) heb ik de dienst voor longziekten verder zien evolueren tot wat hij nu is.

We konden na jaren goede samenwerking met de collega's anesthesisten de acute en intensieve zorg verder uitbouwen met de komst van onze collega dokter Eric Frans, algemeen internist-intensivist in 2001. Zo is bijvoorbeeld niet-invasieve ventilatie, door de dienst Pneumologie ingevoerd, nu een standaardbehandeling voor de patiënt met acute ademnood. Dokter Frans bracht een jarenlang opgebouwde ervaring mee vanuit de dienst Medische intensieve zorgen en Algemene interne ziekten van het UZ Leuven. Zijn kennis van infectiologie, trombo-embolie en sys-

teemziekten zijn een bijkomende aanwinst voor onze dienst. Dokter Frans maakt als algemeen internist-intensivist deel uit van de groep intensivisten.

Ondertussen werd sinds 2001 het slaaplabo uitgebouwd, waarbij we ook onze collega's van neurologie hebben betrokken. In het slaaplabo worden alle aspecten van de slaap onderzocht. Longartsen houden zich vooral bezig met de diagnose en behandeling van ademhalingsproblemen verbonden aan de slaap, zoals slaapapneu. De collega's van neurologie leggen zich toe op de eigenlijke slaapstoornissen zoals narcolepsie, insomnia, parasomnieën en zo meer.

De meerderheid van de mensen, die lijden aan slaapapneu, hebben obstructieve slaapapneu. (Woordje uitleg: door de slaap ontspannen onze spieren, ook in keel en huid. Bij sommige mensen vernauwt hierdoor de keel en gaan ze snurken, bij mensen met slaapapneu gaat dit een stapje verder en valt de keel dicht en kunnen ze even niet meer ademen: apneu. Dit verstoort de slaap, waardoor deze mensen niet uitgerust opstaan en slaperig zijn overdag). De standaardbehandeling hiervoor is nasale CPAP (via een neuskapje wordt lichte druk gegeven in de luchtwegen zodat die niet meer kunnen dichtvallen – CPAP staat voor continuous positive airway pres-

sure). Ondertussen hebben we zowat 1000 tevreden mensen met een CPAP-behandeling. Voor lichte vormen van slaapapneu kan soms in plaats van CPAP een speciale mondbeugel gebruikt worden. Hiervoor werken we samen met de collega's van neus-keel-oorziekten en maxillofaciale chirurgie.

Een belangrijke onderdeel van de pneumologie is de respiratoire oncologie. Een exacte diagnose en staging is essentieel voor een goede behandeling. Hiervoor is in de huidige tijd de echo-endoscopie een belangrijk onderzoek geworden. Wij zijn er trots op dat we sinds 2007, als één van de eerste diensten in Vlaanderen, deze techniek konden aanbieden aan onze patiënten. De techniek helpt ons de diagnose te stellen bij perifeer gelegen longletsels (echogelege biopsiename door middel van een zogenaamde echo miniprobe). Met een speciale punctie-echo-endoscoop kunnen we dan weer weefselstalen nemen uit lymfeklieren of letsels die gelegen zijn langsheen de grote luchtwegen (echogelege transbronchiale naaldaspiratie of EBUS-TBNA. EBUS staat voor endobronchial ultrasound).

De laatste jaren is de behandeling van longkanker in een stroomversnelling geraakt. Er zijn nieuwe behandelopties gekomen zoals doelgerichte therapie op



basis van DNA-analyse van de tumorcellen en immunotherapie. Deze evoluties worden op de voet gevolgd door onze collega dokter Nele De Brucker, respiratoir oncoloog.

Voor de behandeling van vroege stadia van longkanker kunnen we een beroep doen op dokter Jürgen Verbist voor minimaal-invasieve longoperaties (VATS of video assisted thoracic surgery). We werken ook samen met zijn dienst voor diagnostiek en behandeling van pleurale aandoeningen (pleuroscopie).

Een andere veel voorkomende aandoening in de pneumologie is COPD (obstructieve longziekte, wereldwijd vierde op de lijst van meest frequente doodsoorzaken). Roken is de belangrijkste oorzaak van deze aandoening. Naast medicinale behandeling en in gevorderde gevallen zuurstoftherapie is de longrevalidatie een belangrijk deel van de behandeling. De COPD-patiënten komen hiervoor driemaal per week oefenen onder leiding van een gespecialiseerd kinesist, volgens een gepersonaliseerd schema op maat van hun beperkte ademcapaciteit.

Werderom zijn we er trots op dat onze dienst een van de weinige niet-universitaire pneumodiensten is die een gestructureerde longrevalidatie aanbiedt aan de longpatiënten. Dokter Tine Lauwerier, longarts-revalidatiearts, leidt het project in samenwerking met de dienst Fysische geneeskunde en revalidatie

Omdat voorkomen beter is dan genezen moedigen we patiënten aan om te stoppen met roken. Onze hoofdverpleegkundige Wendy De Boeck en onze COPD-verpleegkundige Aline Delbaere zijn geschoolde tabacologen en bieden de patiënten hierbij ondersteuning aan.

Vaak zijn het de pneumologen die in niet-universitaire ziekenhuizen worden geraadpleegd bij allergologische en immunologische problemen. Dit komt voort uit het feit dat de zogenaamde type

1-allergie zich vaak uit in aandoeningen van de luchtwegen (rhinoconjunctivitis en astma). Dokter Annelies Van Den Bergh legt zich in onze associatie toe op dit domein. Ze verdiept haar kennis hiervan verder door een consultantschap in de dienst Allergologie-Immunologie van het UZ Leuven. Zo werd het opstarten van desensibilisatie voor frequent voorkomende allergieën (huisstofmijt, gras- of boompollen) geïntroduceerd, en kunnen allergieën voor voeding of medicatie (o.a. penicillines, contrastmiddelen) gericht opgespoord worden door middel van huidtesten en/of een provocatietest via het dagziekenhuis.

In de loop van de jaren in onze dienst Pneumologie uitgegroeid tot een dienst die in een geest van samenwerking optimale zorg biedt aan de longpatiënt in een breed domein van de pneumologie.

Als je nu de indruk hebt gekregen dat ik trots ben op mijn ziekenhuis en mijn dienst Longziekten, dan heb je dat helemaal goed begrepen!



Dr. André Heremans

Hoe lang werk je in het Imeldaziekenhuis?

Ik ben hier in de jaren 1980 een jaar arts-stagiair en twee jaar arts-assistent geweest, en ik ben in 1991 in opvolging van dokter Lenaerts stafid geworden in associatie met dokter Roelandts. Je kan dus wel zeggen dat ik een belangrijk deel van mijn leven in Imelda heb doorgebracht.

Waar heb je je opleiding gevolgd?

Ik heb gestudeerd aan de universiteit van Leuven. Mijn verdere opleiding tot specialist heb ik gekregen in het Imeldaziekenhuis en in het UZ Leuven.

Hoe kwam je tot de keuze voor pneumologie?

Ik ben begonnen aan mijn studies geneeskunde met het idee huisarts te worden. In mijn stagejaar heb ik ingezien dat dit toch niet mijn roeping was. De specialisatie inwendige ziekten leek mij het meest aan te sluiten bij mijn oorspronkelijke keuze, en het is het inspirerend voorbeeld van mijn leermeesters in Imelda dokter Lenaerts en dokter Roelandts dat mij naar de pneumologie getrokken heeft. Ik ben me er wel bewust van gebleven dat zorgen voor een patiënt teamwerk moet zijn tussen de verschillende 'lijnen', eerste, tweede en derde lijn. Ik probeer dit te doen door goed met alle collega's te communiceren over onze gezamenlijke patiënt.

Wat boeit jou in pneumologie?

De pneumologie biedt mij ook een ruim spectrum aan van interessante gebieden. Zo zit er in de pneumologie zowel acute geneeskunde (zoals opvang van patiënten met acute ademnood, kunstmatige ventilatie, niet-invasieve ventilatie) als zorg voor patiënten met chronische aandoeningen (zoals COPD). Er zijn technische vaardigheden die je moet beheersen zoals bronchoscopie en thoraxdrainage. Er zijn verschillende deelgebieden van de geneeskunde zoals oncologie, infectiologie, allergologie, systeemziekten die aan bod komen. Ik word ook geboeid door fysiologie, bijvoorbeeld de longwerking zoals die gemeten wordt met longfunctietesten, gasuitwisseling, inspanningsfysiologie en zo meer.

Wat is jouw specialisatie?

Ik heb de speciale endoscopische technieken zoals echo-endoscopie in onze dienst geïntroduceerd, en ik leid mijn jongere collega's hier in op. Als longarts van de oudere generatie beheers ik ook nog de rigide bronchoscopie, die bijvoorbeeld van pas kan komen bij verwijdering van vreemde voorwerpen uit de luchtwegen. Ik heb van dokter Roelandts en dokter Lenaerts ook veel kennis meegekregen in het interpreteren van standaard longradiografie.



Dr. Eric Frans

Mijn interesse ging uit naar Algemene Inwendige geneeskunde, vooral het deelgebied spoedgevallen en intensieve

zorgen. Na mijn opleiding pneumologie ben ik zo terechtgekomen op de dienst Algemene Inwendige geneeskunde in UZ Leuven, met hoofdactiviteit op de afdeling Medisch intensieve zorgen, waar de pulmonale pathologie frequent op de voorgrond staat.

In 2001 maakte ik de overstap naar het Imeldaziekenhuis, Longziekten en Intensieve zorgen. Alhier ben ik vooral werkzaam op de dienst Intensieve zorgen, een multidisciplinaire afdeling alwaar ik deel uitmaak van het medisch team samen met de anesthesist-intensivisten.

In de pneumologie gaat mijn interesse uit naar de infectiologie en longembolen. Daarnaast doe ik ook nog Algemene Inwendige geneeskunde, vooral algemene infectieziekten en koorts van ongekende etiologie.



Dr. Tine Lauwerier

Hoe lang werk je in het Imeldaziekenhuis?

In 2007 ben ik begonnen als stafid Longziekten in het Imeldaziekenhuis, naast collega's Roelandts, Frans en Heremans. De eerste twee jaren werkte ik deeltijds in het Imeldaziekenhuis en deeltijds op de dienst Respiratoire Revalidatie en het Slaaplabo in UZ Gasthuisberg Leuven. Sedert 2009 werk ik uitsluitend in het Imeldaziekenhuis.

Waar heb je jouw opleiding gevolgd?

Ik studeerde geneeskunde aan de KU

Leuven en startte in 2001 mijn opleiding Inwendige Geneeskunde in het UZ Gasthuisberg te Leuven. Van 2002 tot 2004 werkte ik twee jaren als assistent inwendige ziekten in Imelda, jaren waarin ik kon kennismaken met fijne, bekwame en gedreven arts-supervisors en waarin ik kon proeven van de warme, gemoedelijke werksfeer in ons ziekenhuis. Stiekem droomde ik er toen al van mijn professionele toekomst hier te kunnen uitbouwen. Voor mijn 4de, 5de en 6de jaar assistentschap trok ik terug naar Gasthuisberg in Leuven, waar ik in 2007 afstudeerde als pneumoloog en mij van 2007 tot 2009 verder specialiseerde in respiratoire revalidatie en slaap.

Hoe kwam je tot de keuze voor pneumologie?

Initieel vond ik het moeilijk om binnen inwendige ziekten een specialisatie te kiezen. Als arts-assistent vond ik heel wat deelspecialismen boeiend. Omdat ik een 'brede kijk' wou behouden dacht ik initieel aan geriatrie, maar mijn assistentschap op de dienst Pneumologie in het Imeldaziekenhuis deed mij uiteindelijk kiezen voor pneumologie, een keuze waar ik nog steeds heel blij mee ben.

Wat boeit jou in pneumologie?

Het is de variatie in pathologieën en de afwisseling in ons dagelijks werk wat pneumologie voor mij zo boeiend maakt: je komt als longarts in contact met patiënten van alle leeftijden en met allerlei aandoeningen; sommige patiëntcontacten zijn eenmalig, met andere patiënten bouw je een jarenlange band op; soms kan je patiënten op korte tijd veel beter maken, soms lukt dit helemaal niet en moet je na een korte of langere periode afscheid nemen, wat altijd intens is. Ons werk brengt ook een mooi evenwicht tussen 'contact met patiënten' en 'werk ach-

ter de schermen' (letterlijk te nemen: vb. uitlezen van slaapstudies, protocolleren van thoraxfoto's) en tussen 'denkwerk' en 'techniciteiten' (zoals bronchoscopie, pleurapunctie ...) met zich mee.

Wat is jouw specialisatie?

Ik specialiseerde mij na mijn opleiding tot pneumoloog in Leuven verder in de respiratoire revalidatie. Met deze kennis kon ik het longrevalidatieprogramma dat dokter Heremans enkele jaren voor mijn komst reeds in het leven riep, verder uitbouwen. Het belang van longrevalidatie kan ik niet genoeg benadrukken. Veel longpatiënten kampen met ademnood bij inspanningen en gaan uit angst voor deze kortademigheid inspanningen vermijden. Hierdoor verminderen hun algemene conditie en spierkracht, waardoor inspanningen nog moeilijker zullen verlopen. Op deze manier beland je als longpatiënt gemakkelijk in een neerwaartse spiraal, die naast deconditionering, spierzwakte en toenemende ademnood ook aanleiding kan geven tot sociale isolatie en depressie. Een gestructureerd revalidatieprogramma heeft tot doel patiënten opnieuw beter te laten functioneren in hun dagelijks leven.

In ons ziekenhuis begeleiden kinesisten Stefaan Vreys en Ann Baetens COPD-, astma-, longfibrose- en longtransplantpatiënten 3 keer per week bij het heropbouwen van conditie en spierkracht. Deze trainingssessies worden mee gesuperviseerd door mezelf en arts Fysische Geneeskunde en revalidatie Stijn Gysenbergs. Naast fysieke training (stappen op loopband, fietsen op hometrainer, spierkrachtoefeningen ...) wordt in ons longrevalidatieprogramma aandacht besteed aan educatie (ziekte-inzicht, correct medicatiegebruik, gezonde voeding, aanleren van ademoefeningen en tech-

nieken om slijmen om te hoesten,...). Er wordt zo gewenst rookstopbegeleiding voorzien door onze tabacologen. Indien nodig wordt dieetbegeleiding gegeven (nuttig zowel bij over- als ondergewicht). Ook psychologische begeleiding (werken aan 'aanvaarden van' en 'leren omgaan met' beperkingen) of begeleiding door een sociaal assistent of ergotherapeut kan worden voorzien. Deze multidisciplinaire aanpak, die we hoog in het vaandel dragen, leidt vaak tot verbetering van levenskwaliteit en inspanningsvermogen van patiënten met chronische longziekten, en tot minder gebruik van medische zorgen. Patiënten vinden steun bij elkaar en plezier in herwonnen sociale contacten, leren hun ziekte beter onder controle houden en krijgen opnieuw vertrouwen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.



Hoe lang werk je in Imelda?

Sinds 2015 werk ik in Imelda als pneumoloog. Eerder deed ik stage en een jaar assistentschap interne geneeskunde in Imelda.

Waar heb je jouw opleiding gevolgd?

De opleiding tot arts volgde ik in UZ Leuven. De eerste jaren algemene interne volbracht ik in Kortrijk, Leuven en Bonheiden. Mijn specialisatiejaren pneumologie deed ik in OLV Aalst en UZ Leuven. Na het afstuderen tot pneumoloog, volgde ik de bijkomende subspecialisatie respiratoire oncologie in UZ Leuven. ▶

Hoe kwam je tot de keuze voor pneumologie?

Tijdens mijn theoretische opleiding dacht ik initieel aan huisarts. Maar tijdens mijn stage interne werd mijn interesse voor de interne geneeskunde sterk aangewakkerd, door de combinatie van acute en chronische pathologie, de mogelijkheid tot uitvoeren van technische onderzoeken, interdisciplinair overleg ... De fineses van de longauscultatie werden mij toen bijgebracht door dokter Jan Roelandts. Tijdens het assistentschap interne geneeskunde werd duidelijk dat het pneumologie zou worden.

Wat boeit je in pneumologie?

Net als sommigen van mijn collega's koos ik voor pneumologie gezien de verscheidenheid aan longpathologie, acuut versus chronische patiënten, jong versus oud ... Ook de technische prestaties trokken mij aan, evenals de zorg voor oncologische patiënten.

Wat is jouw specialisatie?

In 2014-2015 volgde ik een extra specialisatiejaar respiratoire oncologie. Het onderzoek naar longkanker en de behandelingsmogelijkheden, wierp de voorbije jaren vruchten af. De behandeling is enorm geëvolueerd. Zo kunnen we sommige patiënten, waarvan de longkankercellen specifieke genetische afwijkingen hebben, met perorale therapie behandelen. Ook de behandeling met immuun-

therapie, al dan niet in combinatie met chemotherapie, is de voorbije jaren goed geïntegreerd in de dagdagelijkse praktijk.

Overleg tussen de verschillende hulpverleners is voor onze oncologische patiënten zeer belangrijk, zowel met de huisarts als onze collega's binnen het ziekenhuis. Maar ook teamwork met onze verpleegkundigen en de paramedische diensten is cruciaal.



Dr. Annelies Van Den Bergh

Hoe lang werk je in het Imeldaziekenhuis?

Ik ben als arts-assistent in het Imeldaziekenhuis begonnen en voelde me oprecht gewaardeerd door dit warme pneumo-team. Toen er in 2017 een vacature vrijkwam, heb ik geen seconde getwijfeld om te solliciteren.

Waar heb je je opleiding gehad?

Mijn opleiding heb ik grotendeels in het UZ Leuven genoten, maar klinische ervaring heb ik opgedaan in 3 grote perifere centra in Vlaanderen: AZ Turnhout, Jessaziekenhuis in Hasselt en... het Imeldaziekenhuis in Bonheiden.

Hoe kwam je tot de keuze voor pneumologie?

Als arts-stagiair geraakte ik reeds in de eerste maand van mijn praktijkopleiding geboeid door dit levensbelangrijke orgaan met een fascinerende fysiologie, een brede waaier aan pathologie, tal van technische mogelijkheden en een gevarieerde patiëntenpopulatie. Hoewel ik met open geest de rest van mijn opleiding heb volgemaakt, stond de keuze voor pneumologie eigenlijk al snel vast.

Wat boeit jou in pneumologie?

De brede waaier aan pathologie maakt dat elke dag anders en boeiend wordt. Je wordt getriggerd om alert te zijn bij elk nieuw patiëntencontact, of dit nu op raadpleging is, op de afdeling, op Spoedgevallen, Endoscopie of Intensieve zorgen. Soms moet je kordaat reageren, op andere momenten empathisch of pragmatisch. Ik ben fier om elke dag door deze mooie job uitgedaagd te worden!

Wat is jouw specialisatie?

Binnen de associatie ben ik het aanspreekpunt voor allerhande allergieën. Hiertoe behoort de indicatiestelling voor desensibilisatie (wespengif, huisstofmijt, gras- en boompollen), onderzoek naar medicatieallergieën (antibiotica, contrastmiddelen, peroperatieve shock) of voedingsallergieën (vb. pinda). Aangezien dit soms gepaard gaat met ernstig astma, volg ik ook de literatuur hierover op de voet.



Dienst Pneumologie (route 340)

Afspraken via 015 50 51 11

Secretariaat: 015 50 46 09

Dokter Nele De Brucker

Dokter Eric Frans

Dokter André Heremans

Dokter Tine Lauwerier

Dokter Annelies Van Den Bergh



PRESTIGIEUZE AWARD VOOR DOKTER ROLF SYMONS

Op 16 januari 2020 werd door professor Luc Sels, rector van de KU Leuven, aan dokter Rolf Symons, radioloog in ons ziekenhuis, de 'Prijs em. professor A. Baert' uitgereikt tijdens een plechtigheid in de Rectorale Salons.

De 'Prijs em. professor A. Baert', die voor de elfde maal werd toegekend, bekroont tweejaarlijks de beste doctoraatsthesis van een radioloog die opgeleid is aan een Vlaamse universiteit. De thesis handelt over de rol van cardiale MRI en CT voor het verbeteren van de risicostratificatie van patiënten met coronair lijden en werd uitgevoerd aan de KU Leuven en de National Institutes of Health/Johns Hopkins University (Bethesda/Baltimore, Maryland, VS).

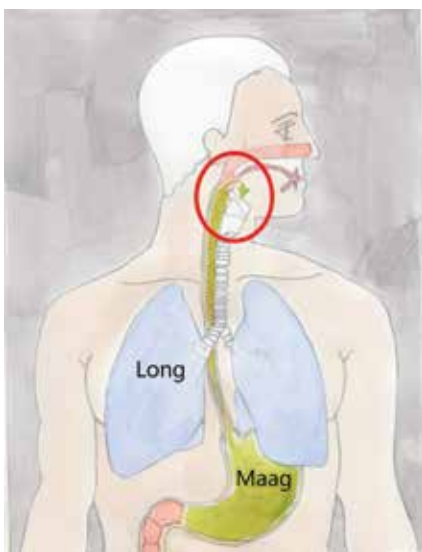


ANESTHESIE:

WAAROM JE NIET
MAG ETEN EN
DRINKEN VOOR
EEN INGREEP

In 1847, slechts één jaar na de eerste 'moderne' anesthesie in het Massachusetts General Hospital in Boston, wordt er te Edinburgh een 15-jarige jongedame aan haar voet geopereerd. Zij wordt onder narcose gebracht met een nieuw verdovend middel dat zij moet inademen, namelijk chloroform.

Tekst: dr. Peter Van de Putte



Overloop van maaginhoud in de longen via de keel (rode cirkel).

Tijdens de operatie ontstaan er problemen, die men tracht op te lossen door herhaalde malen een mengsel van alcohol en water in haar mond te gieten. Jammer genoeg overlijdt het arme kind en er wordt een lijkschouwing verricht waar men 'opgezwollen longen' aantreft. Men besluit dat zij niet overleden is door het gebruik van het nieuwe chloroform, maar waarschijnlijk door 'overloop' van de toegediende alcohol uit de maag in de longen.

Dit is het eerste beschreven praktijkgeval in de medische literatuur van wat wij anesthesisten tegenwoordig met een ingewikkelde term 'perioperatieve pulmonaire aspiratie' noemen of 'overloop van maaginhoud via slokdarm en keel naar de longen voor, tijdens of na een operatie'. De zure maaginhoud kan in de longen een 'verbranding' veroorzaken waarvan de symptomen gaan van hoesten, koorts, kortademigheid tot een longontsteking die in het ergste geval het overlijden van de patiënt kan veroorzaken. Het woordje 'kan' in de vorige zin is belangrijk want een groot deel van de patiënten heeft gelukkig geen symptomen.

Wij zijn allemaal door verschillende mechanismen beschermd tegen deze overloop: er is een sluitspier tussen slokdarm en maag, tussen slokdarm en keelholte en we worden door krachtige hoestreflexen beschermd. Iedereen die zich verslikt weet hoe sterk deze reflexen zijn. Tijdens een algemene anesthesie vallen deze beschermende mechanismen echter weg en ontstaat er een soort vrije piste tussen maag en longen. Het is dus een kerntaak van de anesthesisten om hun patiënt hiertegen te beschermen.

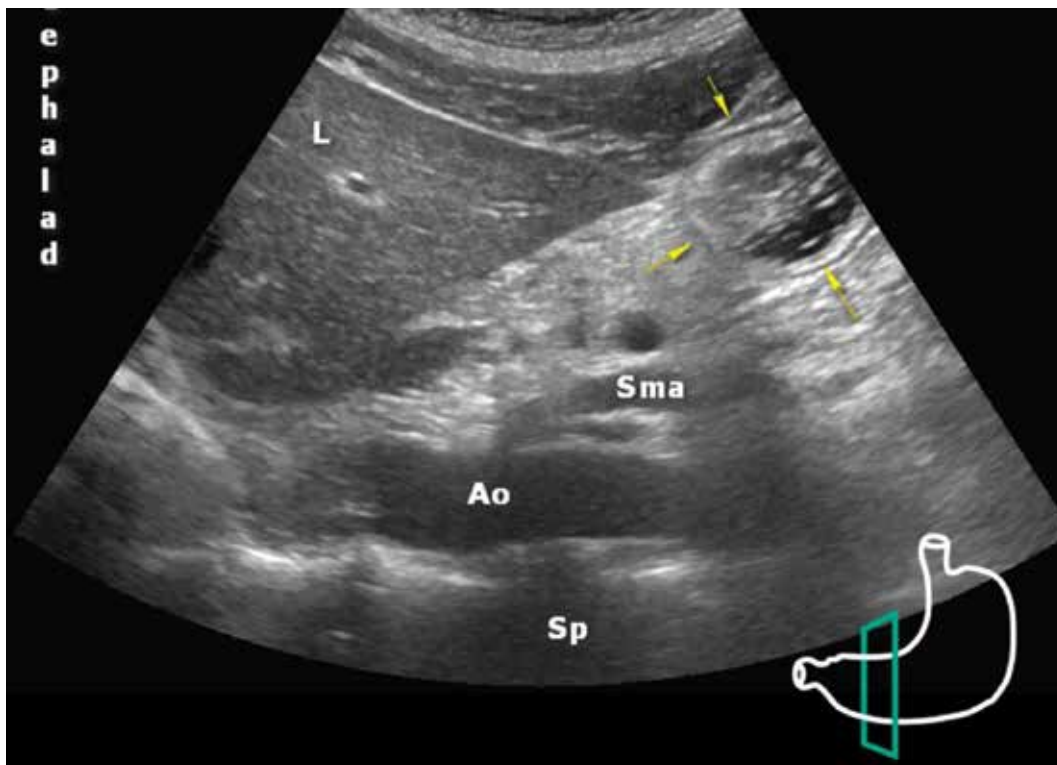
Hoe doen wij dat? Door alle patiënten te vertellen dat zij vanaf een aantal uren voor de ingreep niet meer mogen eten en drinken. Deze nuchterheidsrichtlijnen zijn vastgelegd door internationale verenigingen van anesthesisten en stellen het volgende: geen vast voedsel meer vanaf 6 uur voor de ingreep, geen borstvoeding vanaf 4 uur voor de ingreep en geen heldere vloeistoffen meer vanaf 2 uur voor de ingreep, de zogenaamde 6-4-2-regel.

Deze regel beschermt de patiënt dus niet alleen - zoals vele mensen denken - tegen misselijkheid en braken na de ingreep, maar is er in de eerste plaats om aspiratie te voorkomen. Werken deze regels? Jawel, de frequentie van aspiratie in volwassenen schommelt rond 1/5000-10000.

Fatale aspiratie is nog veel zeldzamer maar wel verantwoordelijk voor de helft van de overlijdens die aan de anesthesie te wijten zijn. Het is dus belangrijk dat onze patiënten in de mate van het mogelijke met een 'lege' maag onder narcose gaan. Ondanks het feit dat de 6-4-2-nuchterheidsregels hun doeltreffendheid bewezen hebben, zijn er enkele belangrijke punten: ze gelden alleen voor geplande ingrepen en voor mensen die gezond zijn.

Dit wil zeggen dat er een aantal scenario's zijn waar de anesthesist niet zeker is of de patiënt een lege maag heeft:

- Dringende ingrepen zoals bv. na een ongeval waar de patiënt recent gegeten heeft of door de pijn en toegediende pijnstilling de maaglediging vertraagd is. ▶



Echografisch beeld van de uitgang van de maag in doorsnede (aangeduid met gele pijltjes). De maag op deze foto bevat een mengsel van vocht (zwart) en luchtbelletjes (witte puntjes).

L = de lever;
Ao = aorta.

- Patiënten met ziektes die de maag-lediging vertragen zoals suikerziekte, ernstig lever- en nierlijden en chronische zenuwziekten zoals Parkinson en MS.
- Mensen zijn vergeetachtig of vergissen zich en melden vlak voor de ingreep dat ze per ongeluk vijf uur voordien een koekje en een potje yoghurt naar binnengespeeld hebben. Erger is dat sommige mensen bewust verzwijgen dat zij of hun kind gegeten hebben uit angst om naar huis gestuurd te worden.
- Soms is communicatie met de patiënt onmogelijk door een taalprobleem of omdat de patiënt verward of dementerend is. Een klassiek verhaal is de oudere patiënt uit het bejaardenhuis die volgens het begeleidend briefje nuchter is maar bij aankomst vertelt dat ze misschien een uur geleden een glas melk dronk.

In al deze gevallen had de anesthesist tot voor kort geen enkel middel om op objectieve manier vast te stellen wat de eventuele inhoud van de maag was en werd altijd het zekere voor het onzekere genomen en een speciale snelle start van de anesthesie gebruikt, een zogenaamde 'rapid sequence induction'.

De laatste jaren werd er echter veel onderzoek verricht naar het gebruik van echografie van de maag als hulpmiddel om het risico op aspiratie in te schatten. In wetenschappelijke termen spreken we van 'gastric ultrasound'. Het aantal wetenschappelijke studies en workshops op congressen, waar anesthesisten dit kunnen leren, gaat in stijgende lijn.

Zelf publiceerde ik hierover een tiental artikels in internationale medische tijdschriften en behaalde hierover een doctoraat aan de Universiteit van Nijmegen, Nederland. Kort samen-

gevat komt het erop neer dat we met geluidsgolven die weerkaatst worden zoals bij sonar in de scheepvaart, kunnen zien wat er in de maag zit: is deze leeg, bevat ze vloeibare of vaste inhoud? Indien er vocht in de maag aanwezig is, kunnen we meten hoeveel vocht er aanwezig is. Indien we vast voedsel zien of indien de hoeveelheid vocht een bepaalde drempelwaarde overschrijdt, is het risico groter voor de patiënt en moet de anesthesietechniek aangepast worden.

We kunnen dus met echografie van de maag een anesthesieplan maken op maat van elke individuele patiënt. De techniek werd al onderzocht bij kinderen, zwangeren, patiënten met overgewicht en geplande en dringende ingrepen. Het is een betrouwbare techniek die redelijk makkelijk aan te leren is en in vele gevallen het anesthesiebeleid verandert en dit in de twee richtingen, soms strenger, soms liberaler.

Hoe doen we dit onderzoek in de praktijk? We plaatsen een echoprobe op de huid tussen de navel en het borstbeen waarna gescand wordt in twee houdingen, in ruglig én in rechter zijlig. Het onderzoek is pijnloos, duurt één minuut en omdat er geen radioactieve stralen gebruikt worden, is het volkomen onschadelijk. Doen we dit nu bij alle patiënten? Neen, het onderzoek is alleen nuttig in al de 'twijfelgevallen' die eerder in dit artikel beschreven werden.

Een ander belangrijk punt in dit artikel: ondanks de helderheid van de richtlijnen zien we in de dagdagelijkse praktijk dat veel mensen nuchter blijven vanaf middernacht, ook al worden ze bijvoorbeeld pas 's namiddags geopereerd. Deze lange periode van nuchter zijn leidt tot uitdroging, hoofdpijn, stress, angst en verwardheid, een gestegen kans op misselijkheid en braken en een verstoorde suikerbalans.

Zeker bij kinderen is dit belangrijk en er is de laatste jaren veel onderzoek gedaan naar de invoer van soepelere nuchterheidsregels in de pediatrie. In Zweden bv. is men naar een 6-4-1-regel gegaan wat wil zeggen dat kinderen tot één uur voor de ingreep helder vocht mogen drinken. Er wordt ook onderzoek gedaan naar het gebruik van speciale vloeistoffen zoals sportdranken en of deze op veilige manier het comfort van de patiënt kunnen verhogen voor en na een operatie.

Het gebruik van echografie van de maag beperkt zich niet tot de operatiezaal en is ondertussen uitgebreid naar bv. het opsporen op spoedgevallen van vreemde voorwerpen in de maag zoals batterijtjes die kinderen per ongeluk ingeslikt hebben. Er wordt ook onderzocht of de techniek gebruikt kan worden om sondevoeding van patiënten op de intensieve zorgen te verbeteren. Verder onderzoek zal dit uitwijzen.

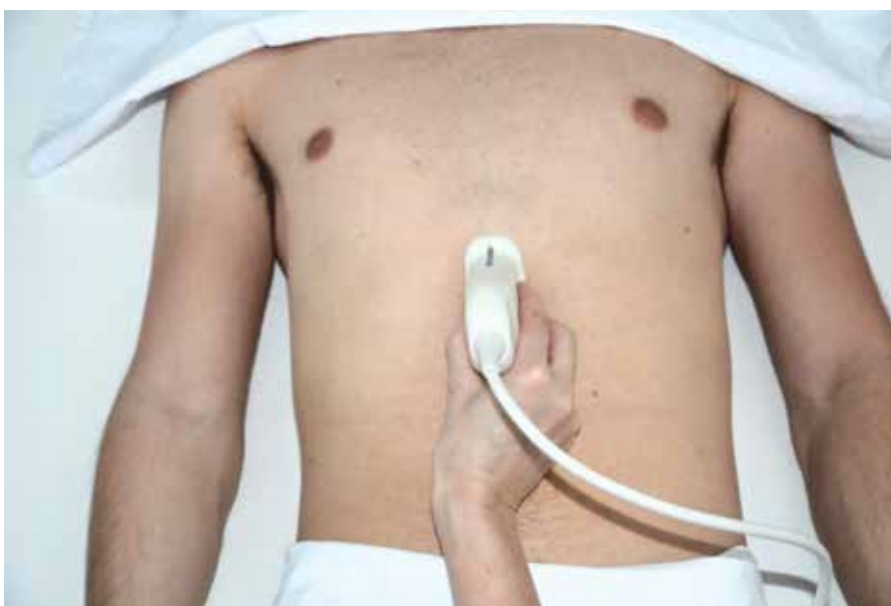
Tot slot nog een overzicht van de nuchterheidsregels zoals ze in België gelden en dus ook in het Imeldaziekenhuis:

- Vast voedsel is toegelaten tot zes uur voor de ingreep
- Borstvoeding is toegelaten tot vier uur voor de ingreep
- Heldere vloeistoffen zijn toegelaten tot twee uur voor de ingreep. Onder heldere vloeistoffen verstaan we water, frisdrank, koffie en thee zonder melk. Geen fruitsap met pulp.

Laat de patiënt aandachtig de informatiebrochure die hij krijgt als een ingreep gepland wordt, lezen. Laat hem de opgelegde richtlijnen volgen en de meegekregen vragenlijst zo correct mogelijk invullen.

Aarzel niet van bij twijfel de arts in kwestie te contacteren via het secretariaat anesthesie op 015 50 52 39.

Op deze manier kunnen wij veilig én kwaliteitsvol zorgen voor al onze patiënten!



Scannen van de maaginhoud met behulp van echografie.

Lambertini

NIEUWJAARSRECEPTIE

VOOR DE HUISARTSEN

Tekst: dr. Wim Wynendaele (voorzitter Commissie Relatie Huisartsen)



Op zaterdag 11 januari 2020 werden de huisartsen en stafleden ontvangen op de jaarlijkse nieuwjaarsreceptie. Dit jaar verliep die iets anders dan andere jaren. De genodigden werd voor het eerst in onze gloednieuwe inkomhal een glaasje cava of een smaakwater aangeboden.

Onze kersverse hoofdarts Philip Rijkers verwelkomde de gasten met een toepasselijke speech over de samenwerking met onze partnerziekenhuizen, de toekomstige projecten en de totaalzorg die we bieden.

Als muzikaal intermezzo werden we verrast door de a-capella zanggroep Malinvoix. Zij brachten op sublieme wijze meerdere "oldtime favorites".

Daarna, werd iedereen uitgenodigd voor een leerrijke rondleiding langs vier bijzondere plekken in het ziekenhuis. Op het vernieuwde Pediatrisch dagziekenhuis ontvingen de pediaters onze gasten. Daar maakten ze kennis met o.a. de medische toepassingen van de V(irtual)R(eality)-bril. In het operatiekwartier stelden de plastisch chirurgen hun dienst en werking voor. In onze vernieuwde personeelscafetaria met de naam Café Clinic deed onze facilitair directeur, Stefaan Claeys, de toekomstige plannen van het ziekenhuis uit de doeken. En tot slot, stelden alle nieuwe artsen die in 2019 begonnen zijn zich voor in één van onze gloednieuwe vergaderzalen. De nieuwe lichting stafleden kan je ze noemen. Op deze vier plaatsen werd telkens een lekker hapje aangeboden.

Een interessante en gezellige avond met als afsluiter een heerlijk dessertenbuffet.

Imelda Nieuwe stafleden



BRECHT CALLE

Anesthesie • 1/09/2019

Ik genoot mijn opleiding tot arts en anesthesist aan de Universiteit Gent, met een bijkomende opleiding tot intensivist in het OLV-ziekenhuis in Aalst. Door mijn passie voor intensieve zorgen, besloot ik begin vorig jaar om met mijn gezin naar Canada te verhuizen voor een fellowship "Critical Care Medicine" in het Vancouver General Hospi-

tal, de grootste intensieve zorgen eenheid van Canada. Na een erg uitdagende, leerrijke en avontuurlijke periode keek ik ernaar uit om de dienst Anesthesie en Intensieve Zorgen in het Imeldaziekenhuis als staflid te vervoegen. Als toegewijd clinicus hoop ik het verschil te kunnen maken voor mijn patiënten en het ziekenhuis te versterken.



CHRISTOPHE ORYE

Urologie • 01/09/2019

Ik behaalde mijn artsdiploma aan de Katholieke Universiteit Leuven in 2011. Hierna specialiseerde ik me verder in de urologie. Tijdens mijn opleiding was ik werkzaam in het Heilig-Hartziekenhuis te Lier, het ZOL te Genk, het Jessa te Hasselt, het SFZ te Heusden-Zolder en het UZ Leuven. Ik behaalde mijn erkenning als uroloog in 2017. Aansluitend deed ik nog bijkomende fellowships. Zo werkte ik drie maanden in

UZ Leuven, deed ik een fellowship in het North Shore Hospital te Auckland (Nieuw-Zeeland) en werkte ik gedurende een jaar als fellow in het Royal Melbourne Hospital (Australië). Via deze bijkomende opleidingen specialiseerde ik me verder in minimaal invasieve chirurgie waaronder robotchirurgie. Mijn bijzondere interesses gaan uit naar algemene en functionele urologie, steenchiurgie, oncologie en incontinentie.



PETER VAN DE PUTTE

Anesthesie • 01/09/2019

Na mijn studies geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven behaalde ik in 1996 mijn erkenning als anesthesist. Ik werkte 23 jaar als staflid anesthesie in AZ Monica Deurne waar ik tevens stage-meester was en verantwoordelijk voor het dagziekenhuis en het dagdagelijkse management van het operatiekwartier. Echogeleide locoregionale anesthesie is altijd mijn hoofdinteresse geweest en in het bijzonder continue perifere zenuwbloks. Mijn actuele wetenschappelijke interesse gaat vooral naar perioperatieve

toepassingen van point-of-care-echografie en in het bijzonder naar "gastric PoCUS" en de ontwikkeling ervan als een toepassing om het perioperatief aspiratierisico in te schatten. Ik gaf hierover vele lezingen en workshops en behaalde over dit thema een doctoraat aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, Nederland (Point-of-care gastric ultrasound: an aspiration risk assessment tool). Samen met Prof. Dr. Perlas, UHN, Toronto, Canada, ontwikkelde ik hierover een educatieve website: www.gastricultrasound.org



STÉPHANIE BRASPENNINGX

Medische beeldvorming • 12/11/2019

Mijn studies geneeskunde volbracht ik aan de Universiteit Antwerpen, waar ik in 2014 mijn diploma van arts behaalde. Vervolgens bracht ik de eerste 3 jaren van mijn opleiding tot radioloog door in het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis te Aalst, waar ik een goede basis meekreeg in alle domeinen van de radiologie. Dit werd gevolgd door een

opleidingsperiode van 2 jaar in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), waar ik me verder kon verdiepen in de verschillende subdisciplines, in het bijzonder de senologische beeldvorming. Sinds november 2019 ben ik werkzaam als stafid radiologie, met bijzondere interesse in de senologische beeldvorming.



NATHALIE PEETERS

Neus-, keel- en oorziekten • 01/01/2020

Sinds 1 januari 2020 heb ik het team Neus-, keel- en oorziekten vervoegd. Ik studeerde geneeskunde aan de K.U. Leuven, waar ik in 2014 koos voor de specialisatie neus-, keel- en oorziekten, gelaats- en halschirurgie. Tijdens mijn opleiding tot NKO-arts was ik werkzaam in het ZOL te Genk, Sint-Augustinusziekenhuis te Wilrijk en in het UZ Leuven. Ik ontwikkelde een bijzondere interesse in

de otologie en vestibulaire problematiek. Hiernaast oefen ik ook zeer graag de algemene en pediatrie neus-, keel- en oorziekten uit. Voor bijkomende bekwaaming in de otovestibulaire pathologie ben ik in 2020 ook werkzaam zijn in het Sint-Augustinusziekenhuis te Wilrijk, een centrum met bijzondere expertise op dit vlak. Op dinsdag en vrijdag doe ik consultatie in het Imeldaziekenhuis.

WERELD OSTEOPOROSE DAG 20 OKTOBER 2020

Kom alles te weten over osteoporose!

Op meerdere locaties in België, waaronder het Imeldaziekenhuis, worden interactieve lezingen georganiseerd voor patiënten over:

- Osteoporose na de menopauze
- Osteoporose bij mannen
- Vallen en breuken vermijden
- Calcium en vitamine D: rol van voeding en supplementen
- Lichaamsbeweging en botten versterken
- ... en nog veel meer!

Wanneer in Imelda? Maandag 19 oktober van 14-16 uur
Inschrijven is GRATIS maar wel verplicht want het aantal plaatsen is beperkt.

Ga snel naar www.oste-info.be voor alle details en om in te schrijven!



KLINISCH WERKSTATION (KWS)

IN HET IMELDAZIEKENHUIS

Auteur: Ilse Muylaert (stafmedewerker medische directie)

Bron: nexuzhealth

Sinds begin dit jaar is het Imeldaziekenhuis gestart met het KWS (Klinisch WerkStation) als elektronisch patiëntendossier. De uitrol van het medisch luik is gestart in januari, het verpleegkundig luik volgt op de voet sinds februari. Momenteel (februari 2020) zijn we volop bezig met de uitrol van C1 (Cluster 1). We voorzien een half jaar om alle medische disciplines te migreren naar KWS. Dit zou betekenen dat alle disciplines tegen de zomermaanden aan de slag zijn in KWS.



P	februari C1	maart C2	april C3	mei C4	juni C5
IZEND	IZCAR	IZCAH	IZNKO	IZREU	IZGYN
IZABD	IZNEF	IZNCH	IZPNE	IZGEI	IZANE
IZGER	IZOFT	IZORT	IZPSY	IZAMO	IZITE
	IZNEU	IZVAT	IZMKA	IZKAL	IZMBC
	IZURO	IZRHK	IZDER	IZFYG	IZURG

Maar dit houdt ook in dat de functionaliteiten voor de huisartsen veranderen. Het vroegere Mona, waarmee je jouw patiënten kon opvolgen, wordt vervangen door de app nexuzhealthpro. Via mynexuzhealthpro krijg je inzage in het medisch dossier van jouw patiënten. Met mynexuzhealthpro kan je in de toekomst ook zelf afspraken maken voor je patiënten. Dit onderdeel is in het Imeldaziekenhuis nog niet actief. Momenteel werken we verder met ons gekende systeem. Een uitrol in het afsprakensysteem via nexuzhealth verwachten we tegen eind 2020.

Wat vind je terug in mynexuzhealthpro?

• Contacten

Een overzicht van contacten op tijdstip en plaats. Je vindt de nodige informatie per contact: verslagen, acta's, radiologische beelden, bijlagen en labrapporten. RX, ECG en andere technische onderzoeken, beelden en documenten.

• Verwijzingen

Hier worden contacten gegroepeerd per type: operatie, functiemeting, radiologisch onderzoek, raadpleging, endoscopie...

• Waar

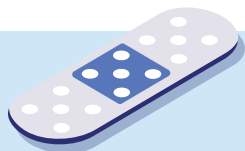
Een overzicht van de bewegingen van de patiënt in de nexuzhealth-ziekenhuizen met tijdstip en eenheid/afdeling.

• Medicatie

De medicijnen die de patiënt thuis moet nemen, zie je bij medicatie - thuistherapie. Je vindt hier ook de interacties per geneesmiddel die je kan bezorgen aan jouw patiënt. Momenteel werken we nog in ons huidige EMB (Elektronisch Medicatie Beheer) pakket,

OVERZICHT AFDELINGEN (EN GEBRUIKTE AFKORTINGEN)

Aabdominale heelkunde	IZABD	Transmuraal ms team	IZIDA	Pet-centrum	IZPET
Administratieve dienst	IZADM	Infectieziekten	IZINF	Longziekten	IZPNE
Oncologie	IZAMO	Intensieve geneeskunde	IZITE	Podologie	IZPOD
Anesthesie	IZANE	Kindergeneeskunde	IZKAL	Pathologische anatomie	IZPON
Apotheek	IZAPO	Laboratorium klinische biologie	IZLAB	Pastorale dienst	IZPSD
Arbbsdgeneeskunde	IZARG	Fluo-, lasertherapie	IZLAS	Psychologie	IZPSL
Bariatrische heelkunde	IZBAR	Logopedie	IZLOG	Palliatief support team	IZPST
Cardiale heelkunde	IZCAH	Verloskunde	IZMAT	Psychiatrie	IZPSY
Hartziekten	IZCAR	Borstklinkiek	IZMBC	Pijnkliniek	IZPTH
Cardiale revalidatie	IZCRV	Menselijke erfelijkheid	IZMER	Medische beeldvorming	IZRAD
Voetkliniek	IZDBV	Mond-kaak-aangezichts chirurgie	IZMKA	Reumatologie	IZREU
Huidziekten	IZDER	Fysio-kinesitherapie	IZMOT	Plastische heelkunde	IZRHK
Diabetes	IZDIA	Neurochirurgie	IZNCH	Longrevalidatie	IZRRV
Dietisten	IZDIT	Nefrologie	IZNEF	Slaaplabo	IZSLL
Endocrinologie	IZEND	Neonatologie	IZNEO	Sociale dienst	IZSOC
Ergotherapie	IZERV	Neurologie	IZNEU	Stroke unit	IZSTR
Externe artsen	IZEXT	Neus-, keel- en oorziekten	IZNKO	Tabacologie	IZTAB
Fysische geneeskunde	IZFYG	Sp neuro	IZNSP	Urgentiegeneeskunde	IZURG
Gastro-enterologie	IZGEI	Nucleaire geneeskunde	IZNUC	Urologie	IZURO
Geriatric	IZGER	Centrum overgewicht	IZOBE	Vaatheelkunde	IZVAT
Geriatrisch liaison	IZGLI	Oogziekten	IZOFT	Vroedvrouwen	IZVRV
Gynaecologische oncologie	IZGNC	Orthogeriatric	IZORG	Wondzorg	IZWON
Gynaecologie	IZGYN	Orthopedie	IZORT	Ziekenhuishygiene	IZZHH
Hematologie	IZHEM	Pasgeborenen	IZPAS		



in de toekomst (2021) zal ook het EMV (Elektronisch Medicatie Voorschrift) pakket van nexuzhealth gebruikt worden met de bijkomende functionaliteiten zoals de medicatie-interacties.

• Labrapporten

Via labrapporten krijg je een overzicht van de staalnames van de patiënt en kan je de bijhorende rapporten bekijken.

• Zorg

De zorgmodule toont de communicatie tussen de artsen en de verpleegkundigen voor de periode van één week.

Hoe krijg je toegang tot mynexuzhealth?

Vooraleer je gebruik kunt maken van de mynexuzhealthpro-app moet je je eerst registreren via de website. Volg de registratieprocedure via: <https://www.nexuzhealth.be/nl/aanvraag-aansluiting-mynexuzpro>

Werk je in een groepspraktijk dan neem je best contact op met het nummer vermeld in de registratieprocedure.

Er worden dan enkele stappen extra ondernomen om te zorgen dat de artsen van de groepspraktijk elkaars patiënten kunnen opvolgen.



ALGEMENE EN ABDOMINALE HEELKUNDE

Primary non-complicated midline ventral hernia: is laparoscopic IPOM still a reasonable approach? Van Hoef S, Tollens T. *Hernia*. 2019 Oct;23(5):915-925. doi: 10.1007/s10029-019-02031-6. Epub 2019 Aug 27. PMID: 31456098

Open ventral hernia repair with a composite ventral patch - final results of a multicenter prospective study. Berrevoet F, Doerhoff C, Muysoms F, Hopson S, Muzi MG, Nienhuijs S, Kullman E, Tollens T, Schwartz M, Leblanc K, Velanovich V, Jørgensen LN. *BMC Surg*. 2019 Jul 16;19(1):93. doi: 10.1186/s12893-019-0555-z. PMID: 31311545

Large Abdominal Wall Defects: A Safe and Reliable Technique for Midline Reconstruction-The Bonheiden Experience. Van Kerckhoven L, Lo G, Vermeiren K, Devroe K, Tollens T. *Surg Technol Int*. 2020 Jan 3;36. pii: sti36/1226. [Epub ahead of print] PMID: 31898806

ANATOMO - PATHOLOGIE

Aberrant endometrial steroid receptor expression in in-vitro maturation cycles despite hormonal luteal support: A pilot study. Ortega-Hrepich C, Drakopoulos P, Bourgain C, Van Vaerenbergh I, Guzman L, Tournaye H, Smitz J, De Vos M. *Reprod Biol*. 2019 Jun;19(2):210-217. doi: 10.1016/j.repbio.2019.06.004. Epub 2019 Jun 28. PMID: 31262644

The proliferative phase endometrium in IVF/ICSI: an in-cycle molecular analysis predictive of the outcome following fresh embryo transfer. Mackens S, Santos-Ribeiro S, Racca A, Daneels D, Koch A, Essahib W, Verpoest W, Bourgain C, Van Riet I, Tournaye H, Brosens JJ, Lee YH, Blockeel C, Van de Velde H. *Hum Reprod*. 2020 Jan 9. pii: dez218. doi: 10.1093/humrep/dez218. [Epub ahead of print] PMID: 31916571

Molecular detection of Helicobacter pylori and clarithromycin resistance in gastric biopsies: a prospective evaluation of RIDA@GENE Helicobacter pylori assay. Van den Poel B, Gils S, Micalessi I, Carton S, Christiaens P, Cuyle PJ, Moons V, Van Olmen G, Smismans A, Bourgain C, Bossuyt P, Frans J. *Acta Clin Belg*. 2019 Oct 29:1-7. doi: 10.1080/17843286.2019.1685741. [Epub ahead of print]

An Unfortunate Consequence of Duodenogastric Reflux. Bronswijk M, Bourgain C, Pouillon L. *Gastroenterology*. 2019 Aug 9. pii: S0016-5085(19)41208-0. doi: 10.1053/j.gastro.2019.07.059. [Epub ahead of print] No abstract available.

Ultrastaging of sentinel lymph nodes in gynecological cancer: Repeating the story of breast cancer? Letter to the editor, Reply to Cibula D, McCluggage WG. Sentinel lymph node (SLN) concept in cervical cancer: Current limitations and unanswered questions. Gynecol Oncol 2019;152:202-7. Colpaert C, Jacomen G, Van de Vijver K, Baldewijns M, Van Rompuy AS, Bourgain C, Noël JC; Belgian Working Group for Gynecological Pathology. *Gynecol Oncol Rep*. 2019 Feb 15;29:130-131. doi: 10.1016/j.gore.2019.02.005. eCollection 2019 Aug. No abstract available. PMID: 31517013

CARDIOLOGIE

Ticagrelor Alone Versus Dual Antiplatelet Therapy From 1 Month After Drug-Eluting Coronary Stenting. Franzone A, McFadden E, Leonardi S, Piccolo R, Vranckx P, Serruys PW, Benit E, Liebetau C, Janssens L, Ferrario M, Zurakowski A, Diletti R, Dominici M, Huber K, Slagboom T, Buszman P, Bolognese L, Tumscitz C, Bryniarski K, Aminian A, Vrolix M, Petrov I, Garg S, Naber C, Prokopczuk J, Hamm C, Steg PG, Heg D, Jüni P, Windecker S, Valgimigli M; GLASSY Investigators. *J Am Coll Cardiol*. 2019 Nov 5;74(18):2223-2234. doi: 10.1016/j.jacc.2019.08.1038. PMID: 31672177

Validation of the all-comers design: Results of the TARGET-AC substudy. G Toth G, Lansky A, Baumbach A, Kelbæk H, van Royen N, Holmvang L, Janssens L, Brugaletta S, Barbato E, Maillard L, Kiemeneij F, Naber CK, Pucher F, Laursen PN, Ameloot K, Robles C, Milkas A, Sevilla J, Jensen C, Wijns W. *Am Heart J*. 2019 Nov 27. pii: S0002-8703(19)30324-2. doi: 10.1016/j.ahj.2019.10.019. [Epub ahead of print] PMID: 31924299

Sex Differences in Instantaneous Wave-Free Ratio or Fractional Flow Reserve-Guided Revascularization Strategy. Kim CH, Koo BK, Dehbi HM, Lee JM, Doh JH, Nam CW, Shin ES, Cook CM, Al-Lamee R, Petraco R, Sen S, Malik IS, Nijjer SS, Mejía-Rentería H, Alegria-Barrero E, Alghamdi A, Altman J, Baptista SB, Bhindi R, Bojara W, Brugaletta S, Silva PC, Di Mario C, Erglis A, Gerber RT, Going O, Härle T, Hellig F, Indolfi C, Janssens L, Jeremias A, Kharbada RK, Khashaba A, Kikuta Y, Krackhardt F, Laine M, Lehman SJ, Matsuo H, Meuwissen M, Niccoli G, Piek JJ, Ribichini F, Samady H, Sapontis J, Seto AH, Sezer M, Sharp ASP, Singh J, Takashima H, Talwar S, Tanaka N, Tang K, Van Belle E, van Royen N, Vinhas H, Vrints CJ, Walters D, Yokoi H, Samuels B, Buller C, Patel MR, Serruys PW, Escaned J, Davies JE. *JACC Cardiovasc Interv*. 2019 Oct 28;12(20):2035-2046. doi: 10.1016/j.jcin.2019.06.035. PMID: 31648764

A Genotype-Guided Strategy for Oral P2Y12 Inhibitors in Primary PCI. Claasens DMF, Vos GJA, Bergmeijer TO, Hermanides RS, van 't Hof AWJ, van der Harst P, Barbato E, Morisco C, Tjon Joe Gin RM, Asselbergs FW, Mosterd A, Herrman JR, Dewilde WJM, Janssen PWA, Kelder JC, Postma MJ, de Boer A, Boersma C, Deneer VHM, Ten Berg JM. *N Engl J Med*. 2019 Oct 24;381(17):1621-1631. doi: 10.1056/NEJMoa1907096. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31479209

Clinical relevance of ticagrelor monotherapy following 1-month dual antiplatelet therapy after bifurcation percutaneous coronary intervention: Insight from GLOBAL LEADERS trial. Kogame N, Chichareon P, De Wilder K, Takahashi K, Modolo R, Chang CC, Tomaniak M, Komiyama H, Chieffo A, Colombo A, Garg S, Louvard Y, Jüni P, G Steg P, Hamm C, Vranckx P, Valgimigli M, Windecker S, Stoll HP, Onuma Y, Janssens L, Serruys PW. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2019 Aug 13. doi: 10.1002/ccd.28428. [Epub ahead of print] PMID: 31410968

Comparison of Major Adverse Cardiac Events Between Instantaneous Wave-Free Ratio and Fractional Flow Reserve-Guided Strategy in Patients With or Without Type 2 Diabetes: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. DEFINE-FLAIR Trial Investigators, Lee JM, Choi KH, Koo BK, Dehbi HM, Doh JH, Nam CW, Shin ES, Cook CM, Al-Lamee R, Petraco R, Sen S, Malik IS, Nijjer SS, Mejía-Rentería H, Alegria-Barrero E, Alghamdi A, Altman J, Baptista SB, Bhindi R, Bojara W, Brugaletta S, Silva PC, Di Mario C, Erglis A, Gerber RT, Going O, Härle T, Hellig F, Indolfi C, Janssens L, Jeremias A, Kharbanda RK, Khashaba A, Kikuta Y, Krackhardt F, Laine M, Lehman SJ, Matsuo H, Meuwissen M, Niccoli G, Piek JJ, Ribichini F, Samady H, Sapontis J, Seto AH, Sezer M, Sharp ASP, Singh J, Takashima H, Talwar S, Tanaka N, Tang K, Van Belle E, van Royen N, Vinhas H, Vrints CJ, Walters D, Yokoi H, Samuels B, Buller C, Patel MR, Serruys P, Escaned J, Davies JE. *JAMA Cardiol.* 2019 Jul 17. doi: 10.1001/jamacardio.2019.2298. [Epub ahead of print] PMID: 31314045

2-Year Clinical Outcomes of an Abluminal Groove-Filled Biodegradable-Polymer Sirolimus-Eluting Stent Compared With a Durable-Polymer Everolimus-Eluting Stent. Xu B, Saito Y, Baumbach A, Kelbæk H, van Royen N, Zheng M, Morel MA, Knaapen P, Slagboom T, Johnson TW, Vlachoianis G, Arkenbout KE, Holmvang L, Janssens L, Ochala A, Brugaletta S, Naber CK, Anderson R, Rittger H, Berti S, Barbato E, Toth GG, Maillard L, Valina C, Buszman P, Thiele H, Schächinger V, Lansky A, Wijns

W; TARGET AC Investigators. *JACC Cardiovasc Interv.* 2019 Sep 9;12(17):1679-1687. doi: 10.1016/j.jcin.2019.05.001. Epub 2019 May 22. PMID: 31129092

Pre-Angioplasty Instantaneous Wave-Free Ratio Pullback Predicts Hemodynamic Outcome In Humans With Coronary Artery Disease: Primary Results of the International Multicenter. Kikuta Y, Cook CM, Sharp ASP, Salinas P, Kawase Y, Shiono Y, Giavarini A, Nakayama M, De Rosa S, Sen S, Nijjer SS, Al-Lamee R, Petraco R, Malik IS, Mikhail GW, Kaprielian RR, Wijn-tjens GWM, Mori S, Hagikura A, Mates M, Mizuno A, Hellig F, Lee K, Janssens L, Horie K, Mohdnazri S, Herrera R, Krackhardt F, Yamawaki M, Davies J, Takebayashi H, Keeble T, Haruta S, Ribichini F, Indolfi C, Mayet J, Francis DP, Piek JJ, Di Mario C, Escaned J, Matsuo H, Davies JE. *iFR GRADIENT Registry.JACC Cardiovasc Interv.* 2018 Apr 23;11(8):757-767. doi: 10.1016/j.jcin.2018.03.005. PMID: 29673507

Safety of the Deferral of Coronary Revascularization on the Basis of Instantaneous Wave-Free Ratio and Fractional Flow Reserve Measurements in Stable Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndromes. Escaned J, Ryan N, Mejía-Rentería H, Cook CM, Dehbi HM, Alegria-Barrero E, Alghamdi A, Al-Lamee R, Altman J, Ambrosia A, Baptista SB, Bertilsson M, Bhindi R, Birgander M, Bojara W, Brugaletta S, Buller C, Calais F, Silva PC, Carlsson J, Christiansen EH, Danielewicz M, Di Mario C, Doh JH, Erglis A, Erlinge D, Gerber RT, Going O, Gudmundsdottir I, Härle T, Hauer D, Hellig F, Indolfi C, Jakobsen L, Janssens L, Jensen J, Jeremias A, Kåregren A, Karlsson AC, Kharbanda RK, Khashaba A, Kikuta Y, Krackhardt F, Koo BK, Koul S, Laine M, Lehman SJ, Lindroos P, Malik IS, Maeng M, Matsuo H, Meuwissen M, Nam CW, Niccoli G, Nijjer SS, Olsson H, Olsson SE, Omerovic E, Panayi G, Petraco R, Piek JJ, Ribichini F, Samady H, Samuels B, Sandhall L, Sapontis J, Sen S, Seto AH, Sezer M, Sharp ASP, Shin ES, Singh J, Takashima H, Talwar S, Tanaka N, Tang K, Van Belle E, van Royen N, Varenhorst C, Vinhas H, Vrints CJ, Walters D, Yokoi H, Fröbert O, Patel MR, Serruys P, Davies JE, Götzberg M. *JACC*

Cardiovasc Interv. 2018 Aug 13;11(15):1437-1449. doi:10.1016/j.jcin.2018.05.029. PMID: 30093050

Ticagrelor plus aspirin for 1 month, followed by ticagrelor monotherapy for 23 months vs aspirin plus clopidogrel or ticagrelor for 12 months, followed by aspirin monotherapy for 12 months after implantation of a drug-eluting stent: a multicentre, open-label, randomised superiority trial. Vranckx P, Valgimigli M, Jüni P, Hamm C, Steg PG, Heg D, van Es GA, McFadden EP, Onuma Y, van Meijeren C, Chichareon P, Benit E, Möllmann H, Janssens L, Ferrario M, Moschovitis A, Zurakowski A, Dominici M, Van Geuns RJ, Huber K, Slagboom T, Serruys PW, Windecker S; GLOBAL LEADERS Investigators. *Lancet.* 2018 Sep 15;392(10151):940-949. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31858-0. Epub 2018 Aug 27. PMID: 30166073

Targeted therapy with a localised abluminal groove, low-dose sirolimus-eluting, biodegradable polymer coronary stent (TARGET All Comers): a multicentre, open-label, randomised non-inferiority trial. Lansky A, Wijns W, Xu B, Kelbæk H, van Royen N, Zheng M, Morel MA, Knaapen P, Slagboom T, Johnson TW, Vlachoianis G, Arkenbout KE, Holmvang L, Janssens L, Ochala A, Brugaletta S, Naber CK, Anderson R, Rittger H, Berti S, Barbato E, Toth GG, Maillard L, Valina C, Buszman P, Thiele H, Schächinger V, Baumbach A; TARGET All Comers Investigators. *Lancet.* 2018 Sep 29;392(10153):1117-1126. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31649-0. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30190206

Unifocal Right-Sided Ablation Treatment for Neurally Mediated Syncope and Functional Sinus Node Dysfunction Under Computed Tomographic Guidance Circ Arrhythm. Debruyne P, Rossenbacker T, Collienne C, Roosen J, Ector B, Janssens L, Charlier F, Vankelecom B, Dewilde W, Wijns W. *Electrophysiol.* 2018 Sep;11(9):e006604. doi: 10.1161/CIRCEP.118.006604. PMID: 30354289

Rationale and design of a prospective substudy of clinical endpoint adjudication

processes within an investigator-reported randomised controlled trial in patients with coronary artery disease: the GLOBAL LEADERS Adjudication Sub-Study (GLASSY). Leonardi S, Franzone A, Piccolo R, McFadden E, Vranckx P, Serruys P, Benit E, Liebetau C, Janssens L, Ferrario M, Zurakowski A, van Geuns RJ, Dominici M, Huber K, Slagboom T, Buszman P, Bolognese L, Tumscitz C, Bryniarski K, Aminian A, Vrolix M, Petrov I, Garg S, Naber C, Prokopczuk J, Hamm C, Steg G, Heg D, Juni P, Windecker S, Valgimigli M. *BMJ Open*. 2019 Mar 9;9(3):e026053. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026053. PMID: 30852547

2-Year Clinical Outcomes of an Abluminal Groove-Filled Biodegradable-Polymer Sirolimus-Eluting Stent Compared With a Durable-Polymer Everolimus-Eluting Stent. Xu B, Saito Y, Baumbach A, Kelbæk H, van Royen N, Zheng M, Morel MA, Knaapen P, Slagboom T, Johnson TW, Vlachojannis G, Arkenbout KE, Holmvang L, Janssens L, Ochala A, Brugaletta S, Naber CK, Anderson R, Rittger H, Berti S, Barbato E, Toth GG, Maillard L, Valina C, Buszman P, Thiele H, Schächinger V, Lansky A, Wijns W; TARGET AC Investigators. *JACC Cardiovasc Interv*. 2019 May 22. pii: S1936-8798(19)31027-1. doi: 10.1016/j.jcin.2019.05.001. [Epub ahead of print] PMID: 31129092

Correlation of FFR-derived from CT and stress perfusion CMR with invasive FFR in intermediate-grade coronary artery stenosis. Ghekiere O, Bielen J, Leipsic J, Dewilde W, Mancini I, Hansen D, Dendale P, Nchimi A. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2019 Mar;35(3):559-568. doi: 10.1007/s10554-018-1464-4.

A clinical risk score to identify patients at high risk of very late stent thrombosis. Godschalk TC, Gimbel ME, Nolet WW, van Kessel DJ, Amoroso G, Dewilde WJ, Wykrzykowska JJ, Janssen PW, Bergmeijer TO, Kelder JC, Heestermans T, Ten Berg JM. *J Interv Cardiol*. 2018 Apr;31(2):159-169. doi: 10.1111/joic.12494. Epub 2018 Feb 22.

Efficacy and Safety of the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation and Concomitant Aspirin Therapy: A Meta-Analysis of Randomized Trials. Bennaghmouch N, de Veer AJWM, Bode K, Mahmoodi BK, Dewilde WJM, Lip GYH, Brueckmann M, Kleine E, Ten Berg JM. *Circulation*. 2018 Mar 13;137(11):1117-1129. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.028513. Epub 2017 Nov 3.

Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, Bhatt DL, Bittner VA, Diaz R, Edelberg JM, Goodman SG, Hanotin C, Harrington RA, Jukema JW, Lecorps G, Mahaffey KW, Moryusef A, Pordy R, Quintero K, Roe MT, Sasiela WJ, Tamby JF, Tricoci P, White HD, Zeiher AM, Roosen J; ODYSSEY OUTCOMES Committees and Investigators. *N Engl J Med*. 2018 Nov 29;379(22):2097-2107. doi: 10.1056/NEJMoa1801174. Epub 2018 Nov 7.

Long-term impact of a six-month tele-medical care programme on mortality, heart failure readmissions and healthcare costs in patients with chronic heart failure. Frederix I, Vanderlinden L, Verboven AS, Welten M, Wouters D, De Keulenaer G, Ector B, Elegeert I, Troisfontaines P, Weytjens C, Mullens W, Dendale P. *J Telemed Telecare*. 2019 Jun;25(5):286-293. doi: 10.1177/1357633X18774632. Epub 2018 May 10. PMID: 29742959 - Similar articles - Select item 29132880

Takotsubocardiomyopathie verwickeld door een verlengd QT-interval en torsades de pointes F. Smeets, J. Luyckx, C. Gabriels, B. Ector *Jaargang 2019, Volume 75*

GASTRO-ENTEROLOGIE

An Unfortunate Consequence of Duodenogastric Reflux. Bronswijk M, Bourgain C, Pouillon L. *Gastroenterology*. 2019 Aug 9. pii: S0016-5085(19)41208-0. doi: 10.1053/j.gastro.2019.07.059. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31404534

ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment.

Adamina M, Bonovas S, Raine T, Spinelli A, Warusavitarne J, Armuzzi A, Bachmann O, Bager P, Biancone L, Bokemeyer B, Bossuyt P, Burisch J, Collins P, Doherty G, El-Hussuna A, Ellul P, Fiorino G, Frei-Lanter C, Furfaro F, Gingert C, Gionchetti P, Gisbert JP, Gomollon F, Lorenzo MG, Gordon H, Hlavaty T, Juillerat P, Katsanos K, Kopylov U, Krustins E, Kucharzik T, Lytras T, Maaser C, Magro F, Marshall JK, Myrelid P, Pellino G, Rosa I, Sabino J, Savarino E, Stassen L, Torres J, Uzzan M, Vavricka S, Verstockt B, Zmora O. *J Crohns Colitis*. 2019 Nov 19. pii: jcz187. doi: 10.1093/ecco-jcc/jcz187. [Epub ahead of print] PMID: 31742338

ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: medical treatment. Torres J, Bonovas S, Doherty G, Kucharzik T, Gisbert JP, Raine T, Adamina M, Armuzzi A, Bachmann O, Bager P, Biancone L, Bokemeyer B, Bossuyt P, Burisch J, Collins P, El-Hussuna A, Ellul P, Frei-Lanter C, Furfaro F, Gingert C, Gionchetti P, Gomollon F, González-Lorenzo M, Gordon H, Hlavaty T, Juillerat P, Katsanos K, Kopylov U, Krustins E, Lytras T, Maaser C, Magro F, Marshall JK, Myrelid P, Pellino G, Rosa I, Sabino J, Savarino E, Spinelli A, Stassen L, Uzzan M, Vavricka S, Verstockt B, Warusavitarne J, Zmora O, Fiorino G. *J Crohns Colitis*. 2019 Nov 11. pii: jcz180. doi: 10.1093/ecco-jcc/jcz180. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31711158

Ulcerative colitis treatment : an insight into daily clinical practice. Bossuyt P, Baert F, Coenegrachts JL, De Vos M, Dewit O, Ferrante M, Fontaine F, Mana F, Vandervoort J, Moreels T. *Acta Gastroenterol Belg*. 2019 Jul-Sep;82(3):365-372. PMID: 31566323

Reliability of Endoscopic Evaluation of Postoperative Recurrent Crohn's Disease. Ma C, Gecse KB, Duijvestein M, Sandborn WJ, Zou G, Shackleton LM, Stitt LW, Parker CE, Bossuyt P, Löwenberg M, Khanna R, Vermeire S, Rutgeerts P, Feagan BG, Jairath V, D'Haens GR. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Aug 29. pii: S1542-3565(19)30921-8. doi: 10.1016/j.cgh.2019.08.046. [Epub ahead of print] PMID: 31473359

Cost-of-illness of inflammatory bowel disease patients treated with anti-tumour necrosis factor: A French large single-centre experience. Lawton J, Achit H, Pouillon L, Boschetti E, Demore B, Matton T, Tournier C, Prodel M, Peyrin-Biroulet L, Guillemin F. *United European Gastroenterol J.* 2019 Aug;7(7):908-913. doi: 10.1177/2050640619853448. Epub 2019 May 20. PMID: 31428415

Tight control for Crohn's disease with adalimumab-based treatment is cost-effective: an economic assessment of the CALM trial. Panaccione R, Colombel JF, Travis SPL, Bossuyt P, Baert F, Vaňásek T, Danalioğlu A, Novacek G, Armuzzi A, Reinisch W, Johnson S, Buessing M, Neimark E, Petersson J, Lee WJ, D'Haens GR. *Gut.* 2019 Jul 8. pii: gutjnl-2019-318256. doi: 10.1136/gutjnl-2019-318256. [Epub ahead of print] PMID: 31285357

Upper gastrointestinal bleeding due to Gurriv's syndrome. Bronswijk M, Bossuyt P, Christiaens P, Van Olmen A. *Dig Liver Dis.* 2019 Sep;51(9):1347. doi: 10.1016/j.dld.2019.05.022. Epub 2019 Jun 10. No abstract available. PMID: 31196618

Vedolizumab Induces Endoscopic and Histologic Remission in Patients With Crohn's Disease. Löwenberg M, Vermeire S, Mostafavi N, Hoentjen F, Franchimont D, Bossuyt P, Hindryckx P, Rispens T, de Vries A, van der Woude CJ, Berends S, Ambarus CA, Mathot R, Clasquin E, Baert F, D'Haens G. *Gastroenterology.* 2019 Oct;157(4):997-1006.e6. doi: 10.1053/j.gastro.2019.05.067. Epub 2019 Jun 5. PMID: 31175865

Monitoring a Combination of Calprotectin and Infliximab Identifies Patients With Mucosal Healing of Crohn's Disease. Dreesen E, Baert F, Laharie D, Bossuyt P, Bouhnik Y, Buisson A, Lambrecht G, Louis E, Oldenburg B, Pariente B, Pierik M, van der Woude CJ, D'Haens G, Vermeire S, Gils A. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019 May 22. pii: S1542-3565(19)30551-8. doi: 10.1016/j.cgh.2019.05.029. [Epub ahead of print] PMID: 31128336

Circumferential Ulcerations in the Ascending Colon. Bronswijk M, Christiaens P, Van Olmen A. *Gastroenterology.* 2019 Sep;157(3):e4-e5. doi: 10.1053/j.gastro.2019.03.067. Epub 2019 Apr 6. No abstract available. PMID: 30965029

Vedolizumab Trough Levels and Histological Healing During Maintenance Therapy in Ulcerative Colitis. Pouillon L, Rousseau H, Busby-Venner H, De Carvalho Bittencourt M, Choukour M, Gauchotte G, Zallot C, Danese S, Baumann C, Peyrin-Biroulet L. *J Crohns Colitis.* 2019 Aug 14;13(8):970-975. doi: 10.1093/ecco-jcc/ijz029. PMID: 30698684

Automatic, computer-aided determination of endoscopic and histological inflammation in patients with mild to moderate ulcerative colitis based on red density. Bossuyt P, Nakase H, Vermeire S, de Hertogh G, Eelbode T, Ferrante M, Hasegawa T, Willekens H, Ikemoto Y, Makino T, Bisschops R. *Gut.* 2020 Jan 8. pii: gutjnl-2019-320056. doi: 10.1136/gutjnl-2019-320056. [Epub ahead of print] PMID: 31915237

Systematic review and external validation of prediction models based on symptoms and biomarkers for identifying endoscopic activity in Crohn's disease. Brand EC, Elias SG, Minderhoud IM, van der Veen JJ, Baert FJ, Laharie D, Bossuyt P, Bouhnik Y, Buisson A, Lambrecht G, Louis E, Pariente B, Pierik MJ, van der Woude CJ, D'Haens GRAM, Vermeire S, Oldenburg B; Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC). *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019 Dec 24. pii: S1542-3565(19)31493-4. doi: 10.1016/j.cgh.2019.12.014. [Epub ahead of print] Review. PMID: 31881273

Multidisciplinary management of the nocebo effect in biosimilar-treated IBD patients: Results of a workshop from the NOCE-BIO consensus group. D'Amico F, Pouillon L, Argollo M, Hart A, Fiorino G, Vegni E, Radice S, Gilardi D, Fazio M, Leone S, Bonovas S, Magro F, Danese S, Peyrin-Biroulet L. *Dig Liver Dis.* 2019 Dec 4. pii: S1590-8658(19)30912-0. doi: 10.1016/j.

dld.2019.11.004. [Epub ahead of print] Review. PMID: 31812570

Letter to the Editor: Feasibility and Efficiency of an E-Health Preadmission Assessment System for Intravenous Therapy in Inflammatory Bowel Disease. Pouillon L, Hoefkens E, Verheyen V, Bronswijk M, Van Olmen A, Van Dessel S, Siborgs N, Bossuyt P. *Inflamm Bowel Dis.* 2020 Jan 6;26(2):e11-e12. doi: 10.1093/ibd/izz304. No abstract available. PMID: 31793628

Betting on quality indicators to improve inflammatory bowel disease surveillance outcome: All-in or one to pick? Sinonquel P, Bossuyt P, Vermeire S, Bisschops R. *Dig Endosc.* 2019 Nov 27. doi: 10.1111/den.13586. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31774583

Pregnancy outcomes in inflammatory bowel disease patients treated with vedolizumab, anti-TNF or conventional therapy: results of the European CONCEIVE study. Moens A, van der Woude CJ, Julsgaard M, Humblet E, Sheridan J, Baumgart DC, De Saint-Joseph CG, Nancey S, Rahier JF, Bossuyt P, Cremer A, Dewit S, Eriksson C, Hoentjen F, Krause T, Louis E, Macken E, Milenkovic Z, Nijs J, Posen A, Van Hootegem A, Van Moerkercke W, Vermeire S, Bar-Gil Shitrit A, Ferrante M. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019, nov 6 [Epub ahead of print].

Belgian IBD Research Group (BIRD) Position Statement 2019 on the Use of Adalimumab Biosimilars in Inflammatory Bowel Diseases. Somers M, Bossuyt P, Ferrante M, Peeters H, Baert F, for BIRD (Belgian IBD Research and Development) J Crohns Colitis. 2019 [Epub ahead of print]

Diffuse esophageal papillomatosis complicated by squamous cell carcinoma. Bronswijk M, Christiaens P, Moons V. *Dig Liver Dis.* 2019 Aug;51(8):1197. doi: 10.1016/j.dld.2019.05.008. Epub 2019 May 28. No abstract available. PMID: 31147213

GERIATRIE

Rebound-associated vertebral fractures after stopping denosumab: Report of four cases. Dupont J, Laurent MR, Dedeyne L, Luyten FP, Gielen E, Dejaeger M. *Joint Bone Spine*. 2019 Jul 29. pii: S1297-319X(19)30116-2. doi: 10.1016/j.jbspin.2019.07.010. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31369866

Reply to: Poor Vitamin K Status in Chronic Kidney Disease: An Indirect Indicator of Hip Fragility. Evenepoel P, Laurent MR. *J Bone Miner Res*. 2019 Aug;34(8):1544-1545. doi: 10.1002/jbmr.3753. Epub 2019 Jul 26. No abstract available. PMID: 31348841

GYNAECOLOGIE

The risk for glucose intolerance after gestational diabetes mellitus since the introduction of the IADPSG criteria: a systematic review and meta-analysis. Benhalima K, Lens K, Bosteels J, Chantal M. *J Clin Med*. 2019 Sep 10;8(9). pii: E1431. doi: 10.3390/jcm8091431. Review. PMID: 31510081

Effectiveness of a mobile preconception lifestyle programme in couples undergoing in vitro fertilisation (IVF): the protocol for the PreLiFe randomised controlled trial (PreLiFe-RCT). Boedt T, Dancet E, Lie Fong S, Peeraer K, De Neubourg D, Pelckmans S, van de Vijver A, Seghers J, Van der Gucht K, Van Calster B, Spiessens C, Mathys C. *BMJ Open*. 2019 Jul 30;9(7):e029665. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029665. PMID: 31366659

New Retroperitoneal Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery Approach to Sentinel Node for Endometrial Cancer: A Demonstration Video. Baekelandt JF. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Nov - Dec;26(7):1231-1232. doi: 10.1016/j.jmig.2019.05.002. Epub 2019 May 11. PMID: 31082514

The rationale of opportunistic bilateral salpingectomies (OBS) during benign gynaecological and obstetric surgery: a consensus text of the Flemish Society of Obstetrics and Gynaecology (VVOG).

Tjalma W, Bosteels J, Cooremans I, Cosyns S, De Greve M, De Vree BP, Debruyne D, De Jonge ET, Desmedt E, Dubois P, Faes T, Francx M, Hamerlynck T, Makar AP, Maryns AS, Michiels I, Orye G, Platteeuw L, Pouseele B, Schutyser V, Segaert A, Stevens M, Tomassetti C, Trinh XB, Tummers P, van Calenbergh S, van Dam PA, Van Herendael B, Vanspauwen R, Vergote IB, Verguts J, Watty K, Weyers S. *Facts Views Vis Obgyn*. 2019 Jun;11(2):177-187. PMID: 31824638

INWENDIGE GENEESKUNDE

The McCAVE Trial: Vanucizumab plus mFOLFOX-6 Versus Bevacizumab plus mFOLFOX-6 in Patients with Previously Untreated Metastatic Colorectal Carcinoma (mCRC). Bendell JC, Sauri T, Gracián AC, Alvarez R, López-López C, García-Alfonso P, Hussein M, Miron ML, Cervantes A, Montagut C, Vivas CS, Bessudo A, Plezia P, Moons V, Andel J, Bennouna J, van der Westhuizen A, Samuel L, Rossomanno S, Boetsch C, Lahr A, Franjkovic I, Heil F, Lechner K, Krieter O, Hurwitz H; McCAVE Study Group. *Oncologist*. 2019 Sep 30. pii: theoncologist.2019-0291. doi: 10.1634/theoncologist.2019-0291. [Epub ahead of print] PMID: 31570519

LABORATORIUM

Hospital Laboratory Survey for Identification of Candida auris in Belgium. Dewaele K, Lagrou K, Frans J, Hayette MP, Vernelen K. *J Fungi (Basel)*. 2019 Sep 5;5(3). pii: E84. doi: 10.3390/jof5030084. PMID: 31491950

MULTIDISCIPLINAIR

Molecular detection of Helicobacter pylori and clarithromycin resistance in gastric biopsies: a prospective evaluation of RIDA@GENE Helicobacter pylori assay. Van den Poel B, Gils S, Micalessi I, Carton S, Christiaens P, Cuyle PJ, Moons V, Van Olmen G, Smismans A, Bourgain C, Bossuyt P, Frans J. *Acta Clin Belg*. 2019 Oct 29:1-7. doi: 10.1080/17843286.2019.1685741. PMID: 31662122

An Unfortunate Consequence of Duodenogastric Reflux. Bronswijk M, Bourgain C, Pouillon L. *Gastroenterology*. 2019

Aug 9. pii: S0016-5085(19)41208-0. doi: 10.1053/j.gastro.2019.07.059. PMID: 31404534

Palate erosions in reactive arthritis. Michiels S, Kerre S. *Arthritis Rheumatol*. 2019 Jul 28. doi: 10.1002/art.41061. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31353842

Characteristics and pregnancy outcomes across gestational diabetes mellitus subtypes based on insulin resistance. Benhalima K, Van Crombrugge P, Moyson C, Verhaeghe J, Vandeginste S, Verlaenen H, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Mekahli F, De Clippeel K, Van Den Bruel A, Loccufier A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C. *Diabetologia*. 2019 Nov;62(11):2118-2128. doi: 10.1007/s00125-019-4961-7. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31338546

The 2019 Flemish consensus on screening for overt diabetes in early pregnancy and screening for gestational diabetes mellitus. Benhalima K, Minschart C, Van Crombrugge P, Calewaert P, Verhaeghe J, Vandamme S, Theetaert K, Devlieger R, Pierssens L, Ryckeghem H, Dufraimont E, Vercammen C, Debie A, De Block C, Vandenberghe G, Van Imschoot S, Verstraete S, Buyse L, Wens J, Muyltermans J, Meskal A, De Spiegeleer S, Mathieu C. *Acta Clin Belg*. 2019 Jul 1:1-8. doi: 10.1080/17843286.2019.1637389. [Epub ahead of print] PMID: 31259665

New environmental reservoir of CPE in hospitals. Smismans A, Ho E, Daniels D, Ombelet S, Mellaerts B, Obbels D, Valgaeren H, Goovaerts A, Huybrechts E, Montag I, Frans J. *Lancet Infect Dis*. 2019 Jun;19(6):580-581. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30230-0. No abstract available. PMID: 31122775

Risk factor screening for gestational diabetes mellitus based on the 2013 WHO criteria Benhalima K, Van Crombrugge P, Moyson C, Verhaeghe J, Vandeginste S, Verlaenen H, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y,

Mekahli F, De Clippel K, Van Den Bruel A, Loccufier A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C. *Eur J Endocrinol*. 2019 Jun 1;180(6):353-363. doi: 10.1530/EJE-19-0117. PMID: 31120231

Prevention of Cardiogenic Shock After Acute Myocardial Infarction. Vanhaverbeke M, Bogaerts K, Sinnaeve PR, Janssens L, Armstrong PW, Van de Werf F. *Circulation*. 2019 Jan 2;139(1):137-139. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036536. No abstract available. Erratum in: *Circulation*. 2019 Feb 26;139(9):e55. PMID: 30586685

Quarter-millimeter spectral coronary stent imaging with photon-counting CT: Initial experience. Symons R, De Bruecker Y, Roosen J, Van Camp L, Cork TE, Kappeler S, Ulzheimer S, Sandfort V, Bluemke DA, Pourmorteza A. *J Cardiovasc Comput Tomogr*. 2018 Nov - Dec;12(6):509-515. doi: 10.1016/j.jcct.2018.10.008. Epub 2018 Oct 15.

Estimating the risk of gestational diabetes mellitus based on the 2013 WHO criteria: a prediction model based on clinical and biochemical variables in early pregnancy. Benhalima K, Van Crombrugge P, Moyson C, Verhaeghe J, Vandeginste S, Verlaenen H, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Mekahli F, De Clippel K, Van Den Bruel A, Loccufier A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C. *Acta Diabetol*. 2020 Jan 8. doi: 10.1007/s00592-019-01469-5. [Epub ahead of print] PMID: 31915927

PIJNKLINIEK

Hydrocephalus associated with multiple Tarlov cysts. Hulens M, Dankaerts W, Rasschaert R, Bruyninckx F, Stalmans I, Vansant G, De Mulder P. *Med Hypotheses*. 2019 Sep;130:109293. doi: 10.1016/j.mehy.2019.109293. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31383334

PNEUMOLOGIE

Azithromycin during Acute Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations Requiring Hospitalization (BACE). A Multicenter, Randomized, Double-Blind,

Placebo-controlled Trial. Vermeersch K, Gabrovska M, Aumann J, Demedts IK, Corhay JL, Marchand E, Slabbynck H, Haenebalcke C, Haerens M, Hanon S, Jordens P, Peché R, Fremault A, Lauwerier T, Delporte A, Vandenberk B, Willems R, Everaerts S, Belmans A, Bogaerts K, Verleden GM, Troosters T, Ninane V, Brusselle GG, Janssens W. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Oct 1;200(7):857-868. doi: 10.1164/rccm.201901-0094OC. PMID: 31046405

RADIOLOGIE

Inter-vendor reproducibility and accuracy of segmental left ventricular strain measurements using CMR feature tracking. Dobrovie, M., Barreiro-Pérez, M., Curione, D., Symons, R., Claus, P., Voigt, J. U., & Bogaert, J. (2019). *European radiology*, 29(12), 6846-6857.

Early or deferred cardiovascular magnetic resonance after ST-segment-elevation myocardial infarction for effective risk stratification. Masci, P. G., Pavon, A. G., Pontone, G., Symons, R., Lorenzoni, V., Francone, M., ... & Galea, N. (2019). *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*.

An Optimized Test Bolus Contrast Injection Protocol for Consistent Coronary Artery Luminal Enhancement for Coronary CT Angiography. Sandfort, V., Choi, Y., Symons, R., Chen, M. Y., & Bluemke, D. A. (2019).

ACADEMIC RADIOLOGY

CMR and CT of the Patient With Cardiac Devices: Safety, Efficacy, and Optimization Strategies. Symons, R., Zimmerman, S. L., & Bluemke, D. A. (2019). *JACC: Cardiovascular Imaging*, 12(5), 890-903.

VAATHEELKUNDE

EVOLUTION Study: 12-month results. Bosiers M, Deloose K, Callaert J, Peeters P, Verbist J, van den Eynde W, Maene L, Beelen R, Keirse K, Wauters J. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2019 Aug;60(4):490-495. doi: 10.23736/S0021-9509.19.10706-9. Epub 2019 Jan 28. PMID: 30698370

One-year outcome of the everolimus eluting, balloon expandable Promus Element and Promus Element Plus stent in the treatment of below-the-knee lesions in patients with critical limb ischemia. Taeymans K, Bosiers M, Deloose K, Callaert J, Keirse K, Verbist J, van der Eynde W, Torsello G, Wauters J. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2019 Apr 15. doi: 10.23736/S0021-9509.19.10830-0. [Epub ahead of print]

BeGraft Peripheral PMCF Study: 12-month results. Deloose K, Bosiers M, Callaert J, Peeters P, Verbist J, van den Eynde W, Maene L, Beelen R, Keirse K. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2019 Apr;60(2):230-236. doi: 10.23736/S0021-9509.17.09916-5.

Ipodium

Zaterdag 14 maart

van 9.30 tot 12.45 uur
Kapel Imeldaziekenhuis



9.15 - 9.30	Ontvangst in de kapel
9.30 - 10.30	<ul style="list-style-type: none"> • Urticaria. Stefan Kerre, dermatologie • CBD: placebo of panacee? Loïc Delplanque, pijnkliniek • Evaluatie van de rijvaardigheid bij ouderen. Michaël Laurent, geriatrie & Dorien Timmers, neuropsychologie • Een nieuwe speler in team Imelda – de huisarts-in-opleiding op ziekenhuisterrein. Noémie Schenk, HAI0 • Het ziekenhuis als partner in het vernieuwde eerste lijn zorglandschap. Dirk Aerts, diensthoofd patiëntenbegeleiding
10.30 - 10.45	Wake up pauze
10.45 - 11.45	<ul style="list-style-type: none"> • Holmium laser voor steenpathologie. Christophe Orye, urologie • Thulium laser voor BPH. Hendrik-Jan Florin, urologie • Kinderurologie in de dagelijkse urologische praktijk. Hendrik Plancke, urologie • PUJ stenose. Christophe Orye, urologie • Nycturie. Hendrik Plancke, urologie
11.45 - 12.45	Receptie

Volgende Ipodia: zaterdag 13 juni & zaterdag 10 oktober

Bloed geven

Maandag 16 maart

van 18 tot 20.30 uur
Kapel Imeldaziekenhuis

Symposium

Donderdag 19 maart

van 19 tot 21 uur
Kapel Imeldaziekenhuis



'De patiënt aan de macht? Over macht, overmacht en patient empowerment'

Door Edgard Eeckman PhD: communicator, auteur, spreker, onderzoeker Patient Empowerment. Inschrijven kan tot en met 10 maart.



Als ziekenhuis willen we de privacy van onze patiënten op een maximale manier beschermen. Gelet op de nieuwe Europese privacywetgeving (Algemene Verordening Gegevensbescherming, AVG of ook GDPR) voeren we dan ook een aantal bijkomende checks uit vooraleer nog informatie in verband met een bepaalde patiënt telefonisch door te geven. Er zal steeds worden gevraagd naar de naam, geboortedatum en adres van de patiënt vooraleer bepaalde informatie, zoals bevestiging van opname, effectief te verstrekken. Wij willen dan ook vragen om in geval van dergelijke verzoeken steeds bovenstaande informatie bij de hand te houden." Heb je hierover nog vragen. Mail dan naar huisarts@imelda.be

Wil je onze nieuwsbrieven en uitnodigingen blijven ontvangen?

Op 25 mei 2018 trad de nieuwe Europese privacyregelgeving in werking om je persoonsgegevens beter te beschermen. De Algemene Verordening Gegevensbescherming (of de GDPR) legt de regels vast die organisaties en overheden moeten volgen bij het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens. We gebruiken momenteel je contactgegevens om je regelmatig op de hoogte te brengen van wat er in ons ziekenhuis gebeurt. Dit onder andere aan de hand van papieren en digitale nieuwsbrieven, uitnodigingen voor symposia en kaartjes met de voorstelling van nieuwe stafleden. We namen je op in onze contactlijst omdat je als huisarts verwijst naar en samenwerkt met ons ziekenhuis of arts bent in onze regio. We willen jou graag verder op de hoogte houden.

Jouw persoonsgegevens beheren en gebruiken we in alle veiligheid, ze worden niet gebruikt voor andere doeleinden.

Verkies je toch om geen nieuwsbrieven of uitnodigingen meer te ontvangen, dan kan je je uitschrijven via: <https://bit.ly/2lftFm> of aan de hand van volgende QR-code:

