



Imelda *Nieuwsbrief*

Augustus - 2019



p.4

Preconceptionele gezondheid

een goede zwangerschap begint voor de conceptie

p.8

Zwangerschapsdiabetes

Teamwerk

p.20

De dienst algemene en abdominale heelkunde

stelt zich voor

... in deze *nieuwsbrief*



***Preconceptionele
gezondheid***



***Zwangerschapsdiabetes:
teamwork!***



***Beweeg naar
je herstel***



***De Borstkliniek
stelt zich voor***



***Dokter Bossuyt
geeft een gastcollege***



***De dienst Algemene en
abdominale heelkunde***



***1000km voor
Kom op tegen Kanker***



***Grandioos: letterlijk en
figuurlijk in beweging***



Publicaties

Colofon

Imelda Nieuwsbrief, 2019, Augustus

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

*Hoofdredactie &
coördinatie:
Dienst communicatie
communicatie@imelda.be*

*Redactie:
Thierry Aerts, Toon Blux, Ilke Montag,
Dorien Vandenberghe, Kathleen
Vermeulen, Marita Wittebols*

*Vormgeving:
Crossmark.be*

Beste lezer

39,9 °C, de warmste temperatuur ooit gemeten in België. Om een warme zomervakantie te hebben, hoeven we ons alvast niet meer buiten België te begeven (en zo kunnen we onze ecologische voetafdruk toch wat kleiner houden).

Imelda zelf trekt ook zeer bewust de ecologische kaart: 1.137 nieuwe zonnepanelen werden er gelegd op de Meldadaken. Zo willen we als ziekenhuis ook zorg dragen voor de omgeving en meebouwen aan een groenere wereld.

Hopelijk volgt nu ook nog een aangename nazomer, waarbij er kan teruggeblikt worden op wat we de voorbije maanden zoal realiseerden, maar waarbij er ook vooruit gekeken wordt, richting 2020.

Vooruitkijken doen we alvast met de ingebruikname van het nieuwe onthaal medio oktober. De laatste hand wordt gelegd aan de afwerking binnen en dan volgt nog de buitenaanleg.

In deze editie wordt er ook stevig aan de toekomst gedacht: dat een goede zwangerschap reeds begint voor de conceptie wordt toegelicht door dr. Lynn Vercammen. Het aanpakken of beter nog voorkomen van obesitas is hierbij ook

een hot topic. Binnen Imelda wordt al vele jaren ingezet op de multidisciplinaire aanpak van obesitas. De finale chirurgie is slechts een puzzelstukje uit het veel grotere geheel. En zo is bewegen in groep veel aangenamer dan alleen.

Soms wordt een zwangerschap gecompliceerd door zwangerschapsdiabetes. Vaak komt dit nieuws voor de zwangere als een donderslag bij heldere hemel, maar ook hier kan een multidisciplinaire benadering wonderen doen en de toekomstige ouders geruststellen.

Zijn pionierswerk en expertise binnen de toepassing van artificiële intelligentie voor een meer objectieve beoordeling van de ziekteactiviteit bij patiënten met chronisch inflammatoire darmaandoeningen, maakte dat dr. Peter Bossuyt werd uitgenodigd voor een gastcollege aan de universiteit van Oxford. Dus ook hier wordt er gewerkt aan de toekomstige ontwikkelingen binnen de geneeskunde.

En wat de toekomst in de zorg betreft, hier beweegt er wel wat: de termen piloot en copiloot duiken meer en meer op. Als de patiënt als piloot aan het stuur kan en wil zitten, moeten we dat als zorgverleners,

soms met een bang hart, durven toe te laten. Soms ziet de patiënt de rol van piloot (tijdelijk) niet zitten en wil hij gewoon copiloot of zelfs passagier op de achterbank zijn en vertrouwt hij er op dat de zorgverleners hem bij de juiste zorg brengen. We zullen als zorgverleners vaker van rol moeten veranderen: soms coach, toekijkend vanop de zijlijn, maar soms ook de leider, die de teugels strakker houdt.

Zelf ruil ik mijn stoel in voor de functie van hoofdarts in het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper. Ik kijk tevreden terug op een periode vol uitdagingen, binnen een zeer snel veranderend zorglandschap. Ik wil jullie bedanken voor de samenwerking en ik wens mijn opvolger, dr. Philip Rijkers, een mooie toekomst toe in Imelda. Uitdagingen genoeg.

Der Weg ist das Ziel.

Ilke Montag
Hoofdarts





PRECONCEPTIONELE GEZONDHEID: **EEN GOEDE ZWANGERSCHAP BEGINT VOOR DE CONCEPTIE**

Lynn Vercammen, gynaecologe

De gezondheid van een vrouw, rond het ogenblik van conceptie, kreeg lange tijd slechts beperkte aandacht. Recente bevindingen hebben evenwel de interesse aangewakkerd in de mogelijke invloed van preconceptionele levensstijl op het verloop van de zwangerschap, de gezondheid en de ontwikkeling van het nageslacht.

Een recente Lancet Series ^(1,2,3) wijdt in drie reviewpapers uitgebreid aandacht aan de impact van de maternale levensstijl op de gezondheid van het kind, een impact die zelfs gevolgen kan hebben op meerdere generaties nakomelingen. Suboptimale voeding en obesitas steken de kop op bij vrouwen op reproductieve leeftijd, zowel in landen met een hoge als met een lage levensstandaard. Het dieet van vele jonge mensen, meer bepaald van adolescenten, is verre van uitgebalanceerd. Studies hebben aangetoond dat wanneer bepaalde voedings-supplementen worden opgestart tijdens de zwangerschap, belangrijke voedingsdeficiënties kunnen gecorrigeerd worden, al blijkt de impact op de gezondheid van het kind vooralsnog beperkt. Er is evenwel nog maar weinig onderzoek gebeurd naar zinvolle interventies voor de zwangerschap die de gezondheid van het kind positief kunnen beïnvloeden. Niet enkel het preconceptioneel dieet heeft een invloed, maar allerhande sociale, medische en omgevingsfactoren spelen een rol.

PRECONCEPTIONELE RISICOFACTOREN

De periode van twee tot drie maanden voor de conceptie heeft een cruciale impact op de functie van eicellen en zaadcellen, maar ook op de ontwikkeling van de placenta. Tijdens deze periode kunnen supplementen van foliumzuur het risico op defecten van de neurale buis verminderen met maar liefst 70%⁽⁴⁾. Foliumzuursupplementen tijdens deze preconceptionele periode kunnen wellicht ook het risico op pre-eclampsie, miskraam, laag geboortegewicht, een groeiachterstand tijdens de zwangerschap, doodgeboorte en autisme bij kinderen gunstig beïnvloeden. Ook ijzertekort bij de vrouw kan, wanneer

dit tekort niet tijdig wordt gecorrigeerd, een nadelig effect hebben op de ontwikkeling van de foetale hersenen. Een preconceptioneel tekort aan zink kan de foetale en placentaire groei, maar ook het sluiten van de neurale buis, in het gedrang brengen. De adolescentie is bij uitstek een erg kwetsbare periode voor het ontwikkelen van bepaalde vormen van een ongezonde levensstijl, zoals roken, ongezonde voeding en eetstoornissen. De effecten van deze levensstijl kunnen bijvoorbeeld obesitas bij nakomelingen in de hand werken⁽⁵⁾.

Ondergewicht, maar meer nog overgewicht, vormt een belangrijke risicofactor voor gezondheidsproblemen bij het kind. De prevalentie van obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) bij vrouwen is tijdens de periode van 1975 tot 2014 toegenomen van 6% tot 15%. In een stijgend aantal landen bedraagt de prevalentie van overgewicht of obesitas bij vrouwen in de preconceptionele periode bijna 50%. Obesiteit wordt geassocieerd met een verhoogd risico op majeure zwangerschapscomplicaties, zoals pre-eclampsie en gestationele diabetes. Maar ook macrosomie, congenitale afwijkingen en doodgeboorte, en op verminderde vruchtbaarheid, het falen van de borstvoeding en zelfs op maternale sterfte. Ook de toenemende prevalentie van obesiteit bij mannen (een toename van 3% tot 11% tijdens de periode van 1975 tot 2014) is niet zonder gevolgen. Paternale obesitas wordt gelinkt aan verminderde spermakwaliteit en -kwantiteit, en aan een verhoogd risico op chronische ziekten bij nakomelingen⁽⁶⁾. De nadelige effecten van ouderlijke obesitas op de gezondheid van het kind en op het risico voor obesitas bij het kind verlopen via verschillende mechanismen van genetische en epigenetische



aard. Observationele studies hebben aangetoond dat een preconceptioneel gewichtsverlies dat resulteert in een daling van de BMI met 10%, geassocieerd is met een gevoelige daling van het risico op pre-eclampsie, gestationele diabetes, vroeggeboorte, doodgeboorte en macrosomie. Ook hebben vrouwen die bariatrische heelkunde ondergingen minstens twee jaar voor de conceptie een beduidend lager risico op gestationele diabetes en hypertensieve zwangerschapsaandoeningen in vergelijking met vrouwen met vergelijkbare BMI die geen bariatrische heelkunde ondergingen. Op basis van de resultaten van een aantal cohortstudies wordt fysieke activiteit gelinkt aan een verlaagd risico op gestationele diabetes en pre-eclampsie. ▶



Hoewel de levensstijl van de ouders tot belangrijke langetermijnrisico's kan leiden voor wat betreft cardiovasculaire, metabole, immunologische en neurologische morbiditeit, lijkt de definitie van de preconceptionele periode toch aan een herziening toe. Zo werd reikhalzend uitgekeken naar de resultaten van een gerandomiseerde studie in Nederland⁽⁷⁾, waarbij obese vrouwen werden gerandomiseerd in een groep die zes maanden gewichtsreductie diende na te streven alvorens een vruchtbaarheidsbehandeling te ondergaan en een groep die meteen kon starten met een vruchtbaarheidsbehandeling. Wat bleek? Vierentwintig maanden na randomisatie was er geen verschil tussen beide groepen in het percentage vrouwen dat uiteindelijk een vaginale bevalling had gehad van een gezond kind. Hoewel in deze studie niet werd nagegaan wat het effect was van gewichtsdaling op spontane conceptie, hebben deze en andere studies geleid tot de conclusie dat de focus van de richtlijnen over een gezonde levensstijl en conceptie zou moeten georiënteerd worden naar de preventie van gewichtstoename, aangezien een daling van het gewicht op korte termijn weinig efficiënt bleek. Enkel een normalisatie van het lichaamsgewicht op lange termijn, twee jaar voor de conceptie, zou een gunstig effect hebben.

Bijkomende richtlijnen houden in dat men vanaf meer dan een jaar voor de conceptie gezonde voedingsgewoonten zou moeten aannemen, met name het reduceren van de inname van rood vlees en snelle koolhydraten, en de inname van vijf stukken fruit per dag; vanaf drie maanden voor de conceptie zouden vrouwen hun inname van alcohol moeten reduceren tot een minimum en foliumzuursupplementen (400 µg per dag) moeten starten, evenals stoppen met roken. Cafeïneconsumptie tijdens de zwangerschap is in verband gebracht met een daling van het geboortegewicht, in dezelfde mate als dit het geval is met alcohol. Aangezien vele zwangerschappen ongepland zijn, nopen deze bevindingen tot publieke aanbevelingen die tot doel moeten hebben om risicovol gedrag te ontraden bij de algemene bevolking, zodat ongeplande zwangerschappen ook een positieve invloed van deze aanbevelingen zouden ondervinden. Aanpassing van ongezond gedrag en reductie van het lichaamsgewicht tijdens de zwangerschap mogen dan wel een gunstig effect hebben op lange termijn, interventies tijdens de zwangerschap hebben blijkbaar geen effect op de incidentie van gestationele diabetes mellitus, pre-eclampsie, macrosomie of preterm geboorte. Enkel het risico op een keizersnede zou verlaagd kunnen worden door een reductie van de BMI tijdens de zwangerschap⁽⁸⁾.

Voor wat voedingssupplementen tijdens de zwangerschap betreft, behalve de foliumzuursuppletie, werd jodiumdeficiëntie tijdens de zwangerschap gelinkt aan een lagere intelligentie bij nakomelingen, hoewel het evenwicht tussen de risico's en de voordelen van jodiumsupplementen tijdens of voor de zwangerschap niet helemaal duidelijk

is. De aanbevolen inname van jodium als micronutriënt is 70 microgram per dag, maar tijdens zwangerschap en lactatie bedraagt de aanbevolen dagelijkse inname 250 microgram per dag, deze mag de 500 microgram per dag niet overschrijden. Ijzersupplementen tijdens de zwangerschap verlagen de incidentie van ijzergebreksanemie en het risico op een laag geboortegewicht. Tekort aan vitamine D vertoont een toenemende frequentie bij zwangere vrouwen uit landen met een hoger inkomen en kan leiden tot een verlaagde botdensiteit bij de foetus, en zou eventueel kunnen leiden tot pre-eclampsie, laag geboortegewicht en preterm geboorte. Uiteindelijk is aangetoond dat interventies, die tot doel hebben het dieet van de zwangere vrouw te verrijken en te verbeteren, de gewichtstoename tijdens de zwangerschap wel onder controle kunnen brengen, maar niet kunnen leiden tot een belangrijke verbetering van de gezondheid van de neonat, noch deze van de zwangere vrouw.

HYPOTHYROÏDIE & ZWANGERSCHAP

Zwangerschap is een periode die grote fysiologische stress veroorzaakt bij zowel de moeder als de foetus. Wanneer tijdens de zwangerschap endocriene stoornissen optreden zoals hypothyreoïdie, kan dit belangrijke gevolgen hebben voor de moeder, zoals verhoogd risico op miskraam, pre-eclampsie, zwangerschapshypertensie en intra-uteriene vruchtdood, en neurologische gevolgen voor de foetus.⁽⁹⁾

Subklinische hypothyreoïdie (SCH) tijdens de zwangerschap wordt gedefinieerd als een TSH-serumconcentratie

tratie van meer dan 2,5 mIU/L bij een normale serumconcentratie van thyroxine. Subklinische hypothyreoïdie wordt meestal veroorzaakt door auto-immune thyroïditis of door jodiumtekort. Er wordt aanbevolen om bij een diagnose van SCH de titer van anti-thyroperoxidase antistoffen te bepalen (anti TPO Ab). In België wordt de prevalentie van SCH bij zwangere vrouwen geschat op 6,8%⁽¹⁰⁾.

Voor de zwangerschap en tijdens het eerste zwangerschapstrimester wordt gestreefd naar een serum TSH van maximaal 2,5 mIU/L. De rol van schildklierantistoffen bij de zwangerschap-uitkomst bij een euthyroïde vrouw is nog niet helemaal duidelijk. Snelle diagnose en behandeling van (subklinische) hypothyreoïdie tijdens de zwangerschap is essentieel, al is het niet duidelijk of correctie van hypothyreoïdie tijdens de zwangerschap het risico op de geboorte van een kind met neuro-intellectuele problemen kan verminderen. Omdat vrouwen met auto-immune hypothyreoïdie tijdens de zwangerschap na de bevalling een opflakking van de stoornis kunnen hebben, is adequate follow-up na de zwangerschap aangewezen.

Wanneer hypothyreoïdie ontdekt wordt tijdens de zwangerschap, wordt de volgende suppletie met levothyroxine aanbevolen: 1,20 µg/kg/dag voor SCH met een serumconcentratie van TSH ≤4,2 mU/l, 1,42 µg/kg/dag met een serumconcentratie van TSH > 4,2-10 en 2,33 µg/kg/dag voor een floride hypothyreoïdie. De TSH-waarden dienen iedere 4-6 weken gecontroleerd te worden, zeker in het eerste trimester, en verder telkens eenmaal in het tweede en derde trimester⁽¹¹⁾.

ZWANGERSCHAP & BLOEDDRUK

Er wordt door het Kenniscentrum voor Epidemiologie aanbevolen om de bloeddruk gestandaardiseerd preconceptioneel te meten en verder bij elke raadpleging tijdens de zwangerschap. Een diastolische bloeddruk van > 90 mmHg wordt als een risicofactor beschouwd. Vooraf bestaande, chronische of essentiële hypertensie is een hypertensie die wordt gediagnosticeerd voor de zwangerschap, of voor de 20ste zwangerschapsweek, met een systolische bloeddruk ≥140 mmHg en/of diastolische bloeddruk ≥90 mmHg bij vrouwen die geen antihypertensiva nemen. Chronische hypertensie kan tijdens de zwangerschap evolueren tot ernstige hypertensie met mogelijke complicaties zoals solutio placenta, intra-uteriene groeiretardatie, prematuriteit en pre-eclampsie of zelfs HELLP-syndroom (hemolyse, verhoogde leverenzymen en trombocytopenie) tot gevolg. Het risico om pre-eclampsie te ontwikkelen is evenredig met de hoogte van de bloeddruk en kan bij vrouwen met chronische hypertensie tot 25% bedragen.

CONCLUSIE

Bij het bewust plannen van een zwangerschap hoort een tijdige aanpassing van het gezondheidsgedrag voor de conceptie. Een scherpe focus op interventie vóór de conceptie is nodig om de gezondheid van moeder en kind te optimaliseren en het risico op zwangerschapscomplicaties te verminderen. Naast publieke voorlichtingscampagnes om roken te ontraden en excessief alcoholgebruik en obesitas bij de bevolking aan te pakken, zou ook een gezonde preconceptionele voeding best wat aandacht mogen krijgen.

REFERENTIES

1. Stephenson, J., Heselehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J., Cade, J. E., et al. (2018). *Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. The Lancet*, 391(10132), 1830-1841.
2. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, Mathers JC, Prentice AM, Stephenson J, Barker M, et al. (2018) *Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. The Lancet*, 391(10132):1842-1852.
3. Barker, M., Dombrowski, S. U., Colbourn, T., Fall, C. H. D., Kriznik, N. M., Lawrence, W. T., et al. (2018). *Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. The Lancet*, 391(10132), 1853-1864.
4. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. *Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database Syst Rev* 2015; 12: CD007950.
5. Hanson M, Barker M, Dodd JM, et al. *Interventions to prevent maternal obesity before conception, during pregnancy, and post partum. Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 65-76.
6. Kaati G, Bygren LO, Edvinsson S. *Cardiovascular and diabetes mortality determined by nutrition during parents' and grandparents' slow growth period. Eur J Hum Genet* 2002; 10: 682-88.
7. Mutsaerts et al., *NEJM* 2016.
8. International Weight Management in Pregnancy Collaborative Group. *Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. BMJ* 2017; 358: j3119.
9. Lazarus, J., Brown, R. S., Daumerie, C., Hubalewska-Dydejczyk, A., Negro, R., & Vaidya, B. (2014). *2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. European Thyroid Journal*, 3(2), 76-94. <http://doi.org/10.1159/000362597>
10. Moreno-Reyes R, Glinoeer D, Van Oyen H, Vandevijvere S: *High prevalence of thyroid disorders in pregnant women in a mildly iodine-deficient country: a population-based study. J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 3694-3701.
11. Yassa L, Marqusee E, Fawcett R, Alexander EK: *Thyroid hormone early adjustment in pregnancy (the THERAPY) trial. J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:3234-3241.

ZWANGERSCHAPS- DIABETES:

TEAMWORK!

Toon Maes, endocrinoloog

Dr. DaHae
Lee

 imelda
ZIEKENHUIS

DR. D. LEE



Alles is nog rustig op de diabetesafdeling, wanneer Karolien zich aanmeldt. Het is donderdagochtend en buiten schijnt een zwak lentezonnetje. Karolien is 26 weken zwanger van haar eerste kindje, en tot nu toe verliep alles prima. Twee dagen geleden onderging ze echter een 'lange suikertest' nadat eerder de 'korte suikertest' een afwijkend resultaat gaf. 's Avonds kreeg ze van haar gynaecoloog het resultaat: "Eén waarde van de suikertest is afwijkend," klonk het, "dus je hebt zwangerschapsdiabetes".



Een donderslag bij heldere hemel. "Je wordt donderdagvoormiddag verwacht bij het diabetesteam op route 47". Die avond had ze net een etentje gepland met vriendinnen. Beduusd had ze een slaatje besteld en sloeg het dessert over.

"Een hele hoop vragen spookten sindsdien door haar hoofd", vertelt ze ons. "Wat met de rest van de zwangerschap? Mag ik geen suiker meer eten? Moet ik gaan spuiten? Heeft mijn kindje hierdoor schade opgelopen? Moet ik nu een keizersnede krijgen?"

Met een bang hartje neemt ze plaats in de wachtzaal. Ze is niet alleen. Er zitten nog twee andere zwangere vrouwen. Twee verpleegsters komen lachend binnen. Ze wenken hen: "Julie mogen alle drie met ons meekomen. Wij zijn Ann en Dana en zullen jullie vanaf nu begeleiden".

Ann legt hen uit hoe deze begeleiding verloopt. Eerst krijgen ze in groep een presentatie over zwangerschapsdiabetes, wat het betekent voor de zwanger-

schap en de baby, hoe de opvolging en behandeling kan gebeuren. Ze zullen ook leren hoe ze hun bloedsuikerspiegel kunnen bepalen met een vingerprik en welke waarden hierbij worden nagestreefd. Vervolgens worden ze verwacht bij dokter Lee voor een individueel gesprek, een lichamelijk onderzoek en een kleine bloedafname. Samen met de arts wordt daarbij een plan opgesteld voor het verdere verloop van de zwangerschap. Daarna volgt nog een ontmoeting met één van de diëtisten, Anneleen of Marianne.

Het zijn twee intensieve uren, maar Karolien voelt zich toch al veel geruster wanneer ze uiteindelijk de deur van de diabetesafdeling terug achter zich dichttrekt.

Dana en Ann zwaaien haar uit. Nu hebben ze even tijd voor wat meer uitleg aan ons. "We zijn vroedvrouwen van opleiding én diabeteseducatoren. Bij de begeleiding van vrouwen met zwangerschapsdiabetes komen onze interesses dus mooi samen." Ann komt helemaal op dreef wanneer ze verder vertelt.

"Een verhoogde bloedsuikerspiegel tijdens de zwangerschap komt vaak voor, in gemiddeld zo'n 10% van de zwangerschappen. Verhoogde bloedsuikerspiegels bij de moeder kunnen aanleiding geven tot een hoog geboortegewicht van het kindje ("macrosomie"), waardoor er verwickelingen bij de bevalling kunnen optreden. Daarom gebeurt er tussen week 24 en 28 van de zwangerschap een screeningstest. In Vlaanderen gebeurt deze screeningstest in twee stappen. Eerst is er de "korte suikertest" (de zogenaamde glucose challenge test), waarbij de bloedsuikerspiegel 1 uur na inname van 50 gram suiker wordt bepaald. Indien deze test afwijkend is (een bloedsuikerspiegel > 130 mg/dL) volgt daarop de "lange suikertest": de Orale Glucose Tolerantie Test (OGTT). Hierbij wordt de bloedsuikerspiegel gemeten bij aanvang, 1 en 2 uur na inname van 75 gram suiker. Eén te hoge waarde volstaat voor de diagnose zwangerschapsdiabetes."

"Gelukkig kunnen we dit goed behandelen", gaat Dana verder. "Het belangrijkste is een aanpassing van de ▶



levensstijl: aandacht voor gezonde voeding met mijden van snelle suikers, en proberen regelmatig te bewegen. Slechts een minderheid van de vrouwen (zo'n 15%) dient uiteindelijk insuline te gaan spuiten. We vragen hen op vaste tijdstippen met een vingerprik de bloedsuikerspiegel te meten, en hierbij aan te geven wat ze voordien gegeten hebben. Deze gegevens worden via een beveiligde app doorgezonden naar ons team. Zo kunnen we hen tijdens het verdere verloop van de zwangerschap opvolgen, en de behandeling zo nodig bijsturen. Met deze begeleiding slagen we erin de risico's op verwickelingen tijdens de zwangerschap belangrijk te verminderen”.

Ondertussen is ook dokter Lee erbij komen zitten. Ze maakt sinds februari deel uit van het diabetesteam, nadat ze haar studies in de endocrinologie afrondde te UZ Leuven. Ook voor dokter Lee is zwangerschapsdiabetes een domein dat verschillende van haar interesses bundelt. Ze doctoreerde op een

experimentele behandeling voor diabetes, namelijk het transplanteren van insulineproducerende cellen (“eilandjestransplantatie”), maar volgde ook een extra opleiding in Toronto (Canada) over internistische problemen tijdens de zwangerschap. Vol enthousiasme haakt ze dan ook in op ons gesprek.

“De zwangerschap is eigenlijk een soort stresstest voor hoe het lichaam met suiker omgaat”, vertelt ze. “Vrouwen met zwangerschapsdiabetes blijken dan ook later meer diabetes te krijgen: ongeveer de helft zal diabetes ontwikkelen binnen de 10 jaar na de bevalling. Daarom bestaat er al enkele jaren een overheidsproject om deze vrouwen jaarlijks te stimuleren hun bloedsuikerspiegel te laten testen via de huisarts: het “Zoet Zwanger-project”.”

“Het hoogste risico zien we bij die vrouwen die na de bevalling nog steeds een gestoorde OGTT (zogenaamde “prediabetes”) hebben. Daarbij zal de helft binnen de 5 jaar diabetes krijgen. Dit is

dus een groep vrouwen die goed moet worden begeleid. Vooral een gezonde levensstijl aanhouden is hierbij cruciaal. Een gezonde en evenwichtige voeding, regelmatig bewegen en het nastreven van een normaal gewicht, halveert immers de kans op diabetes. Voor jonge moeders is dit echter niet eenvoudig en goede voornemens verdwijnen soms snel met slapeloze nachten, het gevoel er altijd te moeten zijn voor de baby, het hervatten van de beroepsactiviteit, enzovoort. Het ontbreekt hen vaak ook aan tijd om zich intensief te laten begeleiden. We zijn daarom op zoek naar een goede manier om deze vrouwen te coachen, zodat we het ontstaan van diabetes kunnen voorkomen.”

“Daarom werd het Melinda-project opgestart, een samenwerking van 7 Vlaamse ziekenhuizen, waaronder het Imeldaziekenhuis.”

“Eerst willen we evalueren hoe vaak het voorkomt dat de bloedsuikerspiegel gestoord blijft bij suikerinname na de



bevalling bij vrouwen met een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes. Dit gebeurt opnieuw met behulp van een OGTT, die we zullen afnemen in de periode van 6 tot 16 weken na de bevalling. Er wordt geschat dat ongeveer 30% van de deelnemende vrouwen ook na de bevalling nog een afwijkende OGTT (prediabetes) zullen hebben.”

“Vervolgens zullen we bij deze vrouwen met prediabetes nagaan of een intensievere ondersteuning van levensstijlaanpassing mogelijk is door middel van een mobiele app en telefonische coaching. Op deze manier hoeven die vrouwen zich niet te verplaatsen naar het ziekenhuis. De helft van de vrouwen met prediabetes zal willekeurig worden geselecteerd om deel te nemen aan deze interventie, de andere helft wordt verwezen naar de huisarts. De mobiele app (de “Melinda app”) werd speciaal voor de studie ontwikkeld. Via deze app worden aan de deelnemers doelen vooropgesteld die ze moeten proberen te bereiken, bv. 150 minuten per week

bewegen. Er worden tips aangereikt hoe deze doelen te behalen, en de app geeft toegang tot een bibliotheek met bijkomende info over levensstijlaanpassingen. De deelnemers krijgen ook een stappenteller die in verbinding staat met de app en die toelaat hun progressie te volgen. Daarnaast voorzien we ook een maandelijks telefonische coaching.”

“Deze coaching zal door Dana en mij gebeuren”, zegt Ann enthousiast. “Na 1 jaar wordt dan bekeken of deze ondersteuning een verschil gemaakt heeft in vergelijking met de andere helft vrouwen, die niet intens door ons werden begeleid. Hierbij kijken we naar parameters zoals: gewichtsevolutie, de bloedsuikerspiegel en de hoeveelheid behaalde beweging.”

“Dit project is toch wel uniek voor Vlaanderen, dus we kijken uit naar de resultaten”, besluit dokter Lee.

En zo zit ons gesprek erop. Enkele weken later bots ik in de gang op Karolien. Ze

straalt. “Alles gaat prima, ik kom net van de gynaecoloog”. En de suiker? “De voeding aanpassen was wat wennen, maar ik heb snel mijn draai gevonden. Ze knip-oogt, “en mijn man, die moet meedoen!”

VOOR MEER INFO:

zoetzwanger.diabetes.be
melindaproject.be

Diabetesteam Imeldaziekenhuis:
Afspraken: 015 50 51 11

Artsen: Dr. DaHae Lee, Dr. Toon Maes, Dr. Chris Vercammen, Dr. Bart Vets

Els Heyde, hoofdverpleegkundige
015 50 57 08

Ann Debie en Dana Baeten, vroedvrouw educatoren
015 50 47 20

Marianne Staquet en Anneleen Van Frausum, diëtist educatoren
015 50 57 14



“BEWEEG NAAR JE HERSTEL”

LAUREAAT GRANTS FYSIEKE ACTIVITEIT
2019 STICHTING TEGEN KANKER

Sofie Geukens, arts Fysische geneeskunde en revalidatie

De Stichting tegen Kanker geeft met de ‘Grants Fysieke Activiteit’ financiële ondersteuning aan 30 projecten die de fysieke activiteit voor kankerpatiënten promoten en faciliteren. Wetenschappelijke studies tonen aan dat de levenskwaliteit verhoogt bij kankerpatiënten die voldoende fysiek actief zijn tijdens en na hun kankerbehandeling. Met het project ‘Beweeg naar je herstel’ van KADANS, de oncologische revalidatie op onze dienst Fysische geneeskunde en revalidatie, is het Imeldaziekenhuis weerhouden als één van de laureaten voor de Grants Fysieke activiteit 2019 van de Stichting tegen Kanker.



Dankzij de financiële steun van de Stichting tegen Kanker kan KADANS uitbreiden. Hierdoor kunnen we meer patiënten met kanker motiveren en activeren tot fysieke activiteit tijdens en na kanker. Sinds 2007-2008 bieden we op onze dienst Fysische geneeskunde en revalidatie een oncologisch revalidatieprogramma, KADANS, aan. Na de acute behandeling (chirurgie, chemotherapie, radiotherapie) van kanker kunnen patiënten bij ons terecht voor een aangepast revalidatieprogramma, met als doel hen te begeleiden in hun herstel. Er wordt in groep getraind, maar elke patiënt heeft een op maat gemaakt trainingsschema, rekening houdend met de specifieke aandachtspunten en beperkingen van de patiënt. Er wordt 2x/week 1,5 uur getraind en dit gedurende een 3-tal maanden. Hierbij wordt vooral gewerkt aan kracht, conditie en lenigheid. Bij mooi weer wordt er buiten geoefend, in de groene omgeving van ons ziekenhuis. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de fito-meter in ons bos. Naast de fysieke trainingen proberen wij met infosessies een optimale ondersteuning te bieden aan de patiënt in het pad naar zijn herstel. De infosessies worden gegeven door de oncopyschologe en de oncodiëtiste.

Sinds vier jaar bieden we ook KADANS Plus aan, een oncologisch revalidatieprogramma voor patiënten met prostaatkanker met hormonale behandeling. Naar analogie met KADANS begeleiden wij deze patiënten bij het aanpakken van de ongewenste effecten van de ziekte en de behandelingen (hormoontherapie). Op deze manier helpen wij deze patiënten bij hun herstel en bij het vinden van een nieuw evenwicht in hun leven om zodoende hun levenskwaliteit te bevorderen. Zo gewenst is er ook mogelijkheid tot individueel begeleid revalidatie van kankerpatiënten.

Dankzij de financiële steun die we als laureaat mogen ontvangen, bieden we patiënten met kanker vanaf september 2019 driemaal per week de mogelijkheid tot het volgen van een bewegings- of relaxatiesessie op het oncologisch

dagziekenhuis. Om ook na kanker de re-integratie in het reguliere aanbod van fysieke activiteit te verbeteren willen we patiënten, na het volgen van een begeleid oncologisch revalidatieprogramma in het ziekenhuis, de mogelijkheid bieden om de sport- en bewegingsmogelijkheden van het sportcentrum Berentode van Bonheiden te laten ontdekken door middel van een tienbeurtenkaart. Deze tienbeurtenkaart zal dan voor een symbolisch bedrag van € 5 aangeboden worden. Vanaf september 2019 start het sportcentrum Berentode ook met een nieuwe groepsles voor mensen na kanker.

Met deze initiatieven willen we patiënten met kanker stimuleren en activeren tot beweging tijdens en na hun behandeling om zo hun levenskwaliteit te verhogen!

Dienst Fysische geneeskunde en revalidatie: Dr. Maries Aertgeerts, dr. Sofie Geukens & dr. Stijn Gysenbergs
Voor meer info en afspraken kan je terecht op het secretariaat van onze dienst: Tel: 015 50 52 50

Wat? Gratis beweging- of relaxatiesessie tijdens de behandeling op het oncologisch dagziekenhuis.
Wanneer? Vanaf september 2019, 3 keer per week, 30 min./sessie.
Waar? Oncologisch dagziekenhuis.



DE VERNIEUWDE BORSTKLINIEK

Carine De Rop, gynaecologe, Vicky Geerts en Inneke Le Beer, borstverpleegkundigen

In geïndustrialiseerde landen treft borstkanker ongeveer één op acht vrouwen. België telt het hoogste aantal borstkankers in West-Europa. Gelukkig zien we een daling in het aantal overlijdens door borstkanker. Deze daling is enerzijds toe te schrijven aan een betere screening, opvolging en diagnostische oppuntstelling en anderzijds is er ook een continue verbetering van de behandelingsopties, die een meer doorgedreven multidisciplinaire therapeutische aanpak vereisen. Sinds 2007 heeft het Imeldaziekenhuis een erkende borstkliniek. Dit voorjaar kreeg onze borstkliniek een nieuwe en beter uitgeruste locatie in het ziekenhuis. We stellen dan ook graag de vernieuwde borstkliniek aan jullie voor.



HOE HET BEGON

Toen dokter De Rop zich in 1999 als stafid aansloot, was het vooral haar doel om de gynaecologische oncologie en de senologie verder uit te bouwen. In het KB van 26 april 2007 werden de normen vastgelegd waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moest voldoen om erkend te worden als borstkliniek. Het minimaal activiteitsniveau werd ruim gehaald (jaarlijks ten minste 125 nieuwe diagnoses van borstkanker), alsook de noodzakelijke medische en paramedische omkadering: specialisten in de heelkunde of gynaecologie met een specifieke ervaring in de borstkankerchirurgie, medisch oncologen, anatoom-pathologen, radiotherapeuten, radiologen met bekwaamheid mammografie/echografie borst, plastisch chirurgen, artsen menselijke erfelijk-

heid, nuclearisten maar ook borstverpleegkundigen, psychologen, sociale werker en kinesitherapeuten. 12 jaar geleden werd de borstkliniek in ons ziekenhuis officieel erkend. Het team groeide snel uit tot een hecht multidisciplinair team met als missie: “een multidisciplinaire benadering van de patiënt waarbij kwaliteit, empathie en efficiëntie centraal staan”. Elk teamlid omringt de patiënt, vanuit zijn eigen opleiding en ervaring, met warme zorg en aandacht voor de unieke leefwereld van iedere patiënt en haar/zijn familie.

WIE DOET WAT?

Als coördinator ben je samen met het hele team verantwoordelijk voor een efficiënte en snelle diagnose, oppuntstelling en planning van de therapie. De borstverpleegkundigen Vicky en Inneke begeleiden de patiënten door

dit hele traject. Voor patiënten kan het krijgen van een diagnose “borstkanker” zeer heftig en overweldigend zijn. Er staat hen dan ook veel te wachten qua aantal onderzoeken en behandelingen. De borstverpleegkundigen zorgen voor de eerste opvang, zijn aanwezig wanneer de patiënten geïnformeerd worden over de diagnose en het voorstel voor behandeling. Zij begeleiden de patiënten doorheen het hele traject en dit in samenwerking met het multidisciplinair team. De borstverpleegkundigen zijn het aanspreekpunt voor de patiënt gedurende deze ganse periode.

Wekelijks is er een multidisciplinair overleg (MOC) waarbij de behandeling van alle nieuwe patiënten alsook therapie-aanpassingen van bestaande patiënten wordt besproken. ▶



VOOR WIE?

Elke patiënt die ongerust is over een borstprobleem, een abnormaal resultaat krijgt na een screeningsonderzoek voor borstkanker of diagnostische mammografie, een knobbeltje ontdekt in de borst, familiaal verhoogd risico heeft of erfelijk belast is, zal in onze borstkliniek op korte termijn onderzocht worden door het gespecialiseerd team en zo nodig bijkomende onderzoeken krijgen. Naast medische zorg kenmerken oprechte aandacht, luisteren, vertrouwen en betrokkenheid onze aanpak.

NIEUWE LOCATIE

Sinds het voorjaar van 2019 is er een nieuwe locatie voor de borstkliniek. Je kan ons vinden op route 51. Op deze locatie is er ruimte voor multidisciplinaire raadplegingen en hebben de borstverpleegkundigen hun vaste lokalen. Na jaren verspreid gezeten te hebben, mag het borstteam nu vanop haar

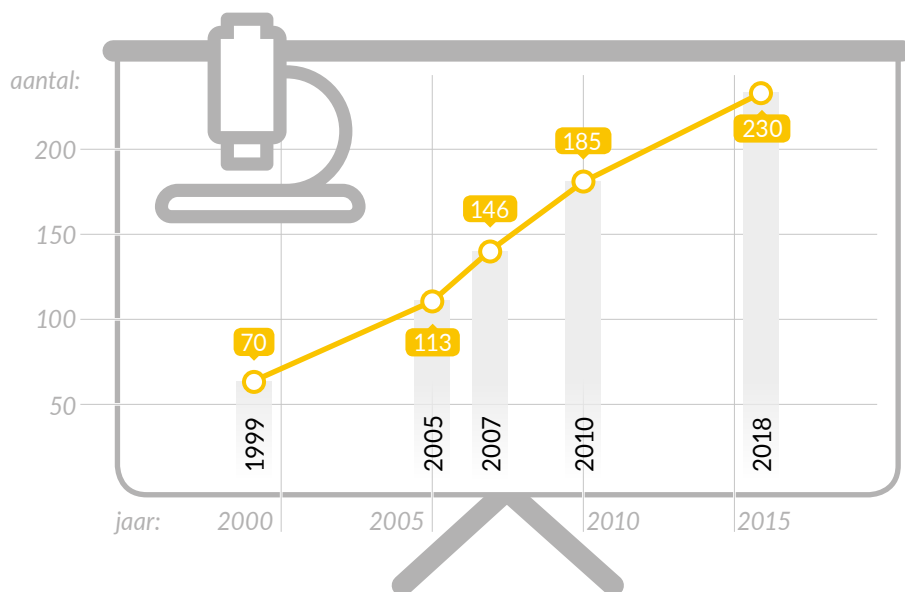
vernieuwde plaats de patiënten ontvangen. Er is meer ruimte om te werken en het is een vaste uitvalsbasis waar zo mogelijk en nodig meerdere disciplines samen raadpleging kunnen houden. De aparte wachtzaal tegenover de consultatieruimte zorgt voor rust en privacy voor onze patiënten. Mede dankzij de nieuwe werkplek kunnen we meer gecentraliseerde efficiëntere, patiëntenzorg aanbieden.

TOEKOMST

Naar de toekomst toe hopen we deze kwalitatieve en efficiënte zorg te blijven uitbouwen, dit in samenwerking met de huisartsen alsook met de verschillende netwerken waar we deel van uitmaken: Briant en Vesalius. Het is onze intentie om ook over de ziekenhuismuren heen een doorgedreven samenwerking te bekomen waar nog altijd de patiënt centraal staat en er een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd.



1. Diagnoses borstkanker in het Imeldaziekenhuis

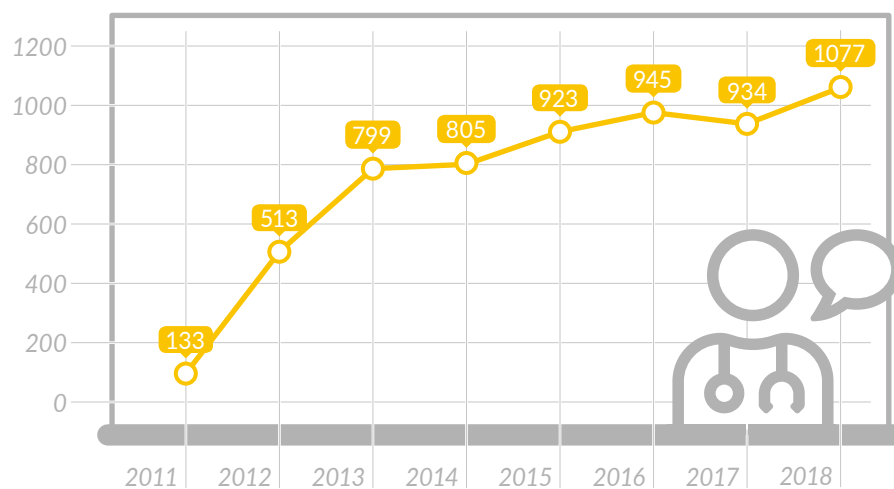


ENKELE CIJFERS

Graag geven we je nog enkele cijfers mee die de nood aan een kwalitatieve borstkliniek weergeven. Op de eerste grafiek zie je het aantal diagnoses van borstkanker in ons ziekenhuis over de jaren heen. Zoals je kan zien is er een duidelijke stijging, zeker vanaf 2007 wanneer de borstkliniek werd erkend. Vorig jaar werden er 230 diagnoses gesteld. Dit is een verdubbeling van het aantal in 2005. Dit kan enerzijds verklaard worden doordat het aantal gevallen van borstkanker toeneemt maar anderzijds ook doordat er een meer doorgedreven screening gebeurt. ▶



2. Afspraken bij onze borstverpleegkundigen



In de tweede grafiek geven we weer hoeveel verschillende afspraken er gemaakt werden in de afgelopen jaren. Ook daar kunnen we spreken van een grote stijging. In 2012 stonden er 513 afspraken op de agenda van onze borstverpleegkundigen. Vorig jaar, in 2018, is dit aantal verdubbeld naar 1077.

Hieruit kunnen we besluiten dat de borstkliniek erg bedrijvig is. Voor ieder van deze patiënten staan we klaar met ons multidisciplinair team om hen warme zorg op maat te bieden.

DE BORSTKLINIEK (ROUTE 51)

Medische ondersteuning

- **Coördinator:** dr. Carine De Rop
- **Heelkunde:** dr. Carine De Rop en dr. Nele Roggen
- **Medische beeldvorming:** dr. Annick Demeyere, dr. Sofie De Vuysere, dr. Isabelle Lambrechts
- **Anatomo-pathologie:** dr. Claire Bougain, dr. Erwin Pierré, dr. Florence Ballaux en dr. Lieven Peperstraete
- **Medische oncologie:** dr. Wim Wynendaele (coördinator zorgprogramma oncologie), dr. Heidi Van den Bulck, dr. Julie Van Dievel

- **Plastische en reconstructieve chirurgie:** dr. Peter Ceulemans, dr. Anne Missotten en dr. Bert Van den hof
- **Nucleaire geneeskunde:** dr. Isabelle D'hoore, dr. Alexandra De Waele en dr. Sofie Van Binnebeek
- **Radiotherapie:** Samenwerking met UZ Leuven (oncologisch netwerk Vesalius) en AZ Sint-Maarten (netwerk Briant)
- **Centrum menselijke erfelijkheid UZ Leuven (consultatie 1x/maand)**

Verpleegkundige ondersteuning

- **Borstverpleegkundigen:** Vicky Geerts en Inneke Le Beer

Psychosociale ondersteuning

- **Psychologen:** Karen Lambert en Aga Pironet
- **Sociaal werker:** Silke Mols
- **Fysische geneeskunde en revalidatie:** postoperatieve begeleiding en revalidatieprogramma

Voor een afspraak kan je contact opnemen met het secretariaat op 015 50 61 94 of ASO gynaecologie op 015 50 62 49. Tijdens de kantooruren kan je contact opnemen met de borstverpleegkundigen Vicky of Inneke op 015 50 47 38 of 015 50 47 39.

DR. BOSSUYT GEEFT EEN GASTCOLLEGE

AAN DE UNIVERSITEIT VAN OXFORD

Op 4 juli '19 gaf dokter Peter Bossuyt van de dienst Gastro-enterologie en IBD-kliniek Bonheiden een gastcollege aan de Universiteit van Oxford (UK). Dokter Bossuyt was er uitgenodigd voor een "Invited Lecture" op de Translational Gastroenterology Unit van professor Simon Travis. De Universiteit van Oxford staat op de hoogste plaats in de ranking van de Europese topuniversiteiten. Het spreekt dan ook voor zich dat een dergelijke uitnodiging enkel wordt verleend aan zeer hoogkwalitatief wetenschappelijk onderzoek.

Dokter Bossuyt werkt naast zijn dagelijkse praktijk binnen de IBD-kliniek van de dienst Gastro-enterologie aan een PhD Thesis via de KU Leuven rond nieuwe endoscopische en beeldvormingstechnieken voor de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.

De aanleiding voor deze prestigieuze uitnodiging is voornamelijk zijn pionierswerk en expertise binnen de toepassing van artificiële intelligentie voor het automatisch scoren en herkennen van ziekteactiviteit bij colitis ulcerosa. Door het gebruik van artificiële intelligentie bij automatische beeldanalyse is het mogelijk om op een veel objectievere manier een juiste inschatting te krijgen van de ziekteactiviteit bij patiënten met een chronische inflammatoire darmaandoening. In zijn onderzoek gebruikt dokter Bossuyt de digitale data van het endoscopische beeld. Deze data bevatten een enorme bron aan informatie die op

zich door het menselijke oog niet kan worden geëvalueerd. Deze digitale data worden hierbij gelinkt aan de gegevens over de histologische graad van ontsteking. Zo is het mogelijk om correct in te schatten wat de juiste graad van ontsteking is zowel op endoscopisch als histologisch vlak. Deze informatie is cruciaal in het behandelplan van een patiënt met inflammatoire darmaandoeningen. Het past perfect binnen een "treat-to-target"-strategie. Hierbij gaat men patiënten behandelen tot aan een zeker doel (target) waarvan men weet dat dit op lange termijn de prognose zal verbeteren. Het probleem tot nu toe was dat deze targets zeer afhankelijk waren van de persoon die het target evalueerde (in casu de endoscopist of patholoog). Deze inter-observer-variabiliteit kan door artificiële intelligentie vermeden worden. Hierdoor krijg je een objectief target dat kan gebruikt worden in een "treat-tot-target"-strategie.



Naast zijn gepland gastcollege had dokter Bossuyt die dag ook meerdere ontmoetingen met professoren van de Universiteit van Oxford om gedachten uit te wisselen rond zijn onderzoeksprojecten. Dokter Bossuyt presenteerde zijn data reeds op meerdere internationale congressen en ontving voor zijn werk in 2018 de "Innovation of the Year Award" van de European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Dit baanbrekend onderzoek zorgt ervoor dat de IBD-kliniek van het Imeldaziekenhuis een referentiecentrum is in de regio en ver daar buiten voor de behandeling voor de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.

IBD kliniek dienst

Gastro-enterologie:

dr. Peter Bossuyt, dr. Lieven Pouillon & dr. August Van Olmen

Voor afspraken: 015 50 51 11

Secretariaat: 015 50 56 91

IBD verpleegkundige:

Eveline Hoefkens

015 50 48 68

IBDKliniekbonheiden@imelda.be

A photograph of two surgeons in an operating room. They are wearing blue scrubs, blue bouffant caps, and white surgical masks. They are focused on a surgical procedure on a patient lying on a table. The room is dimly lit, with a bright surgical light illuminating the patient's body. In the background, there are medical monitors and equipment.

***DIENST ALGEMENE
& ABDOMINALE
HEELKUNDE***

STELT ZICH VOOR

Tim Tollens, Koen Vermeiren en Kurt Devroe



Graag stellen we onze dienst, Algemene en abdominale heelkunde, kort voor. Tijden veranderen immers en ook onze dienst ontsnapt hier niet aan. Afgelopen maand maart ging collega dr. Chris Aelvoet immers met pensioen, wat enkele veranderingen met zich meebracht.

Waar vroeger de traumatologie ook door onze dienst werd verzorgd, wordt dit nu volledig door de dienst Orthopedie gedragen. Daardoor kunnen we ons als abdominaal en algemeen chirurg nog meer toespitsen op nieuwere technieken en ons nog meer profileren in de deelgebieden van de abdominale heelkunde.

We kunnen met fierheid stellen dat onze dienst qua **herniachirurgie** bij de grootste van de wereld hoort. Met ruim 700 ingrepen voor buikwandhernia is dr. Tim Tollens één van de meest gerenommeerde experts in dit verhaal. Door zijn meer dan 10-jarige inzet vinden ook internationale patiënten ondertussen vlot de weg naar de Bonheidense bossen en neemt de complexiteit van de ingrepen ook toe. Jaarlijks komen tientallen binnen- en buitenlandse chirurgen de knepen van het herniavak leren en krijgt dr. Tim Tollens en de dienst hiervoor de gepaste waardering.

Naast herniachirurgie is de **dikkedarmchirurgie of colonchirurgie** één van de speerpunten van de dienst. dr. Tim Tollens en dr. Kurt Devroe voeren deze ingrepen uit. Zowel goedaardige – als kwaadaardige ziekten worden behandeld in nauw overleg met maag- en darmspecialisten of gynaecologen.

Sinds de komst van dr. Kurt Devroe, zo'n drie jaar geleden, is de chirurgische behandeling van **obesitas** sterk toegenomen. Na een bijkomende opleiding bij

dr. Dillemans in AZ St-Jan Brugge werd door dr. Kurt Devroe de obesitaskliniek verder uitgebouwd met specifieke aandacht voor de opvolging van de patiënt ook na de ingreep. Maandelijkse casusbesprekingen met collega's van binnen- en buitenland zijn een routine geworden binnen onze dienst.

Ook nieuwere technieken komen zeker aan bod. Sinds kort bieden we voor **aambeien lasertechnieken** aan met zeer bevredigende en quasi pijnloze resultaten. We blijven ons bijscholen in de laatste nieuwe stand van de wetenschap.

Wekedelenchirurgie wordt sinds het pensioen van dr. Chris Aelvoet vooral door dr. Koen Vermeiren ter harte genomen. De lipomen, huidletsels,... blijven vakkundig behandeld worden. Meer en meer wordt de samenwerking met andere diensten uitgebreid. Met de dienst dermatologie werkt dr. Koen Vermeiren intens en multidisciplinair samen, om **de ziekte van Verneuil** (= hidradenitis suppurativa) aan te pakken. We zien het aantal patiënten steeds meer toenemen door een grotere bekendheid van deze aandoening.

De **wond- en stomaraadpleging** werd, door het recente pensioen van onze hoofdverpleegkundige Theo Leysen, overgenomen door Christine Haeckx en haar verpleegkundige team van Heelkunde 4. Dagelijks kunnen patiënten met wond- of stomaproblemen terecht op onze afdeling. ▶



Contact:

Secretariaat 015 50 61 95

(elke werkdag te bereiken van 10 tot 12 uur en van 13 tot 16 uur)

REFERENTIECENTRUM PANCREASCHIRURGIE

We kunnen met grote blijdschap melden dat de dienst Abdominale heelkunde van Imeldaziekenhuis samen met de collega's van het H.-Hartziekenhuis van Lier sinds juli 2019 het statuut van referentiecentrum voor pancreaschirurgie bekomen heeft. In Vlaanderen kunnen nog slechts 9 centra deze complexe pancreasingrepen uitvoeren. Vanaf 1 januari 2020 zal deze chirurgie op de campus van Imeldaziekenhuis worden uitgevoerd door dr. Koen Vermeiren en dr. Filip Gryspeerdt (H.-Hartziekenhuis,

Lier). Beiden genoten ze een opleiding in Noord-Amerika (Montréal, Boston, New York) om deze complexe ingrepen onder de knie te krijgen. Samen met de diensten Radiologie, Oncologie, Anatomopathologie en Gastro-enterologie van beide ziekenhuizen, én met ondersteuning van het Briant-netwerk, willen we patiënten met pancreasproblemen (voornamelijk kankers) de meest professionele zorg aanbieden. Hiervoor zullen dr. Koen Vermeiren en dr. Filip Gryspeerdt ook met collega-chirurgen van de andere pancreascentra samenwerken en hebben zij ook regelmatig

contact met hun Amerikaanse opleiders om kennis te delen en uit te wisselen. Naast het behandelen van patiënten, hebben we als dienst ook een belangrijke opleidingstaak en dit om onze kennis over te brengen aan de toekomstige artsen. Iedere jaar zijn er verschillende assistenten en stagiairs actief binnen onze dienst.

We hebben in een notendop geprobeerd om onze dienst en activiteiten voor te stellen. Je kan ons steeds bereiken voor verdere inlichtingen via ons secretariaat Algemene en abdominale heelkunde.

DR. TIM TOLLENS

Hoe lang werk je in Imelda?

Ik ben op vrijdag 1 Augustus 2003 begonnen als stafid in het Imeldaziekenhuis in samenwerking met dr. Frans De Weer, dr. Vanrijkel en dr. Chris Aelvoet. Zij waren enkele jaren voordien ook mijn opleiders geweest, tijdens mijn tweede en derde opleidingsjaar te Bonheiden. Tot op vandaag werk ik met veel plezier en ijver in dit ziekenhuis waar ik nog steeds heel fier op ben.

Waar heb je jouw opleiding gevolgd?

Ik werd in 1997 in UZ Leuven GHB geselecteerd door prof. Paul Broos om mijn opleiding algemene en abdominale heelkunde aan te vatten. Toen besliste de grote baas nog waar je naartoe zou gaan voor je opleiding. Ik werd naar het Imeldaziekenhuis uitgezonden voor mijn tweede en derde opleidingsjaar. Mijn eerste en twee laatste opleidingsjaren heb ik in UZ Leuven GHB gedaan. Met mijn vierde jaar opleiding in Zuid-Afrika ging een droom in vervulling. Ik ben opgegroeid in Zaïre, nu bekend als Congo, en gezien er vanuit mijn familie een grote passie was voor het Afrikaanse continent, was het maar normaal dat ook ik voor mijn opleiding terug naar het Afrika zou afzakken. Zo deed ik mijn vierde opleidingsjaar te Pretoria. Het was er een fantastische tijd waar ik veel traumatologie en kinderchirurgie heb mogen doen.

Hoe kwam je tot de keuze van algemeen abdominale chirurgie?

Aanvankelijk was mijn gedachte traumatologie te doen en academisch te gaan. Na mijn zeer positieve ervaring tijdens mijn eerste twee jaren opleiding te Bonheiden werd voor de eerste maal door dr. Frans De Weer de gedachte geformuleerd om in Bonheiden te komen werken.

Om een lang verhaal kort te maken, de beslissing was vlug genomen want ik voelde mij goed in dit ziekenhuis. Voor mij voelde dit als thuiskomen.

Wat boeit jou in algemeen abdominale chirurgie?

Van alle disciplines vind ik de algemeen abdominale chirurgie nog altijd één van de leukste. Wij vormen een scharnierpunt tussen alle andere snijdende disciplines, wat ook zijn zwakte vormt in die zin dat over de jaren heen onze specialisatie enger en enger wordt. Superspecialisatie is dan ook duidelijk de trend voor de toekomst en wij zijn daar soms het slachtoffer. Dit is dan ook de reden dat er zelfs binnen onze praktijk steeds meer doorgedreven specialisatie is. Zo ben ik het aanspreekpunt voor de herniachirurgie, mijn grote passie, en voor de colorectale heelkunde. Alles wat minimaal invasief kan gebeuren krijgt mijn aandacht.

Wat is jouw specialisatie?

Ik leg mij vooral toe op de colorectale heelkunde en de herniachirurgie. In dit laatste gebied geef ik sedert 2006 verschillende opleidingsformaten en is het Imeldaziekenhuis uitgegroeid tot een Hernia Centre of Excellence. Jaarlijks komen er zo'n 300 internationale chirurgen op bezoek. Over de jaren heen heb ik meer dan 40 peer reviewed artikels geschreven en ben ik betrokken bij grote internationale studies. Ik heb meer dan 500 communicaties gedaan op internationale congressen allerhande. Nationaal maar nog meer internationaal ben ik een aanspreekpunt voor zeer complexe herniaproblematiek. Zo komen patiënten van ver naar Bonheiden om geopereerd te worden. ▶

A portrait of Dr. Tim Tollens, a middle-aged man with glasses, wearing a dark suit, white shirt, and a light-colored tie. He is standing with his arms crossed and a slight smile. The background is plain white.

Dr. Tim Tollens

DR. KOEN VERMEIREN

Hoe lang werk je in Imelda?

Ik ben in dienst sinds 1 april 2012 in Imelda. Daarvoor was ik werkzaam in het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis van Aalst.

Waar heb je jouw opleiding gevolgd?

Mijn studie geneeskunde heb ik in Leuven (KU) en Kortrijk (KULAK) gevolgd. Nadien heb ik mijn opleiding chirurgie volledig in het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis van Aalst genoten onder leiding van dr. Gillardin, dr. Vanermen en dr. Rumbaut.

Vervolgens ben ik de plas overgetrokken om mij verder te specialiseren in de lever- en pancreaschirurgie in het Universitair Ziekenhuis (CHUM) van Montreal in Canada, in Massachusetts General Hospital (Harvard University) in Boston en in New York in het Presbyterian Hospital (Columbia University).

Vervolgens ben ik terug geland in het OLV van Aalst waar ik de leverchirurgie heb opgestart en de pancreaschirurgie heb uitgebreid. Maar mijn honger was nog niet gestild. Ik volgde in het ZOL in Genk nog 1 jaar opleiding voor HIPEC-procedures (= spoelingen in de buik met hete chemotherapie).

Op vraag van ons toenmalig diensthoofd in Aalst heb ik ook nog korte stages gevolgd in Marseille en Rijsel als ondersteuning voor de schildklierchirurgie.

Hoe kwam je tot de keuze van algemeen abdominale chirurgie?

Zoals je in mijn opleiding kan zien wou ik eigenlijk “alles” kunnen. En de vroegere algemeen chirurg deed ook alles. Ik was nog wat naïef om zoiets te veronderstellen want vandaag de dag is dit niet meer denkbaar. Maar ik wou als student vooral iets doen met mijn “handen”. Iets zelf doen bij een patiënt om hem zo te genezen, vandaar mijn keuze voor chirurgie.

Wat boeit jou in algemeen abdominale chirurgie?

De variëteit. Er zijn zoveel organen te kennen en te snappen. Ik probeer een patiënt toch nog zo “algemeen” mogelijk te benaderen en niet in een vakje te hervallen. Er zit ondertussen veel routine in, maar elke week leer je toch nog van één van de buikorganen bij. Wat het natuurlijk boeiend maakt.

Wat is jouw specialisatie?

Binnen onze dienst hou ik mij vooral bezig met de “bovenbuikchirurgie”, nl. lever, galblaas en pancreasoperaties en maagkankers. Maar ook de grotere kankerchirurgie met HIPEC (hyperthermie intraperitoneale chemotherapie) voer ik uit. Verder doe ik ook nog de weke delen (zijnde lipomen, cysten, huidtumoren,...) en in het bijzonder de laatste jaren werk ik samen met de dermatologen om mee de ziekte van Verneuil (hidradenitis) aan te pakken.



Dr. Koen Vermeiren

DR. KURT DEVROE

Hoe lang werk je in Imelda?

Sinds 1 augustus 2016 ben ik Is algemeen en abdominaal chirurg. Mijn eerste kennismaking in het Imeldaziekenhuis was reeds in 2006 als stagiair-arts en nadien was ik er nog werkzaam als assistent-arts.

Waar heb je jouw opleiding gevolgd?

Mijn studies als arts heb ik gevolgd in Kortrijk (KULAK) en aan de KU Leuven. Na de keuze voor chirurg, ben ik twee jaar werkzaam geweest in het Imeldaziekenhuis te Bonheiden (onder supervisie van dr. Vanryckel). Via het KLINA ziekenhuis te Brasschaat, het VieCuriziekenhuis in Venlo (Nederland), heb ik mijn laatste opleidingsjaar in het universitaire ziekenhuis te Leuven gevolgd. Als net afgestudeerd chirurg ben ik terechtgekomen in het Imeldaziekenhuis voor een fellowship van 1 jaar in de abdominale heelkunde. Met zicht op het verder ontwikkelen van de chirurgische behandeling van obesitas in het Imeldaziekenhuis, heb ik gedurende één jaar een fellowship gevolgd bij dr. B. Dillemans, een wereldautoriteit op gebied van bariatrische heelkunde, in Brugge.

Hoe kwam je tot de keuze van algemeen abdominale chirurgie?

Voor mij zijn het vooral de stagemeeesters en artsen in de verschillende ziekenhuizen die mij richting hebben gegeven naar de abdominale heelkunde. Naast mijn eigen interesse, keek ik als jonge arts op naar de chirurg die zo feilloos alles kan behandelen en alle problemen verhelpt.

Wat boeit jou in algemeen abdominale chirurgie?

De diversiteit aan ziektes en ingrepen. Enerzijds behandelen we patiënten met obesitas, vooral preventief om het risico op diabetes en hart- en vaatziekten te verlagen. Anderzijds patiënten met de recente diagnose van darmkanker. Het mee begeleiden en verder helpen van de patiënten tijdens hun ziekte door middel van een technisch correct uitgevoerde operatie is voor mij de belangrijkste drijfveer.

Verder probeer ik alle operaties via minimaal invasieve weg of kijkoperatie uit te voeren. Hierdoor dient de patiënt minder lang in het ziekenhuis te blijven, is er minder pijn en kan hij of zij veel sneller terug het normale leven verder leiden.

Wat is jouw specialisatie?

Mijn voornaamste specialiteit is de chirurgische behandeling van obesitas. Obesitas is een ziekte die in onze wereld alleen maar toeneemt. Een operatie is nog steeds de meest effectieve behandeling van obesitas en ziektes die hieraan gerelateerd zijn. Na de operatie is er ook een langdurige opvolging door mezelf en het team van diëtisten. Hopelijk ondersteunt de overheid in de toekomst nog beter deze nazorg.

Door het gewichtsverlies kan er soms overtollige huid ter hoogte van de buikwand zijn. Omwille van hygiënische redenen kunnen we dit behandelen door middel van een buikwandcorrectie.

Ik behandel ook patiënten met uitgesproken maagzuurklachten of een maagbreuk. Door middel van een kijkoperatie wordt de maag terug op zijn correcte positie geplaatst, wordt het middenrif hersteld en maken we een klep rond de ingang van de maag.

Tot slot behandel ik, samen met dr. Tim Tollens, ook patiënten met allerlei darmziekten (goed- of kwaadaardig). Het meest voorkomend is natuurlijk darmkanker. Hiervoor maken we ook gebruik van kijkoperaties om het herstel van de patiënt zo goed en zo snel mogelijk te laten verlopen.



Dr. Kurt Devroe



FOTOVERSLAG 1000KM VAN KOM OP TEGEN KANKER

Dorien Vandenberghe

Sommigen onder jullie weten het misschien al wel maar ieder jaar neemt het Imeldaziekenhuis met 5 ploegen deel aan de 1000km van Kom op tegen Kanker. Dan wordt er tijdens het hemelvaartweekend enthousiast gefietst voor het goede doel. In totaal fietsen we met 40 artsen, medewerkers, directieleden én patiënten.



Ook in 2019 waren we weer van de partij. We laten jullie graag mee proeven van de sfeer, gezelligheid en de indruk die de 1000km op je nalaat.

Naar goede gewoonte zoeken we steeds ook een tweetal huisartsen die graag willen fietsen in een Imeldaploeg. Ben jij een fervente fietser en wil je graag meetrappen voor het goede doel? Laat het ons weten. Stuur een mail naar communicatie@imelda.be !

WIST JE DAT...

... er dit jaar maar liefst 1.140 ploegen ingeschreven waren voor de 1000km van Kom op tegen Kanker? Met trots kunnen we dan ook zeggen dat Imelda vzw goed was voor 5 hiervan.

... dit hele evenement een record-bedrag opbracht van 5.700.000 euro? Dit geld gaat naar klinisch onderzoek dat een directe meerwaarde biedt voor de behandeling van de kankerpatiënt én waarvoor er onvoldoende interesse is bij de farmaceutische industrie.



GRANDIOOS:

“LETTERLIJK & FIGUURLIJK IN BEWEGING”

Leen Goolaerts, psychologe Cardiale Revalidatie, Sportcardiologie & Obesitasbegeleiding - Endocrinologie

Overgewicht en obesitas komen steeds vaker voor en brengen heel wat gezondheidsrisico's met zich mee (o.a. hart- en vaataandoeningen, diabetes, hypertensie). Bijna één op twee Belgen kampt met overgewicht. Vijftien procent lijdt aan obesitas. Dit maakt de aanpak en preventie ervan tot een belangrijk doel binnen de gezondheidszorg. Dit streven omzetten in de praktijk loopt niet altijd van een leien dakje. Voor velen blijft het een zoektocht en worsteling. . . Het Grandioos-programma van ons ziekenhuis tracht mensen hierbij te ondersteunen en te begeleiden.

HET PROGRAMMA

Grandioos is een intensief multidisciplinair programma dat streeft naar de stapsgewijze uitbouw van een gezonde(re) levensstijl. Het programma tracht een aanzet te geven naar een duurzame verandering van je gedrag. We motiveren iedereen om op hun eigen tempo aanpassingen te doen die haalbaar zijn en die ook kunnen volgehouden worden op lange termijn. We streven dan ook geen kortstondig, spectaculair gewichtsverlies na, omdat we weten dat de meesten dit niet voor lange tijd kunnen volhouden. Een gewichtsval van 5 tot 10 % is voldoende om een aanzienlijke vermindering van het gezondheidsrisico te behalen.

Jeanne (62 jaar) ziet het niet langer zitten: ... "Zowat alle diëten geprobeerd, een laatste poging alvorens een operatie te overwegen..."

Geert (35 jaar) meldt bij aanmelding: "Ik vecht al jaren tegen de kilo's, ik luk er niet in om het vol te houden".

Het tweeledige programma bestaat uit fysieke training en paramedische groepsopvolging.

1. Fysieke training

Er wordt stevig ingezet op het aansterken van je fysieke conditie, dit voor 48 sessies van telkens 90 minuten. Aanvankelijk wordt de patiënt driemaal per week verwacht in ons centrum om een beweegsessie af te werken. Deze trainingen, gericht op conditie en spierversterking, gebeuren steeds onder begeleiding van een kinesist die hen opvolgt en hun schema aanpast. Gaandeweg wordt de frequentie van de trainingen in ons centrum afgebouwd en gaat de patiënt samen met de kinesist op zoek naar een alternatief in zijn thuis-situatie. Het individuele schema wordt



v.l.n.r. Sara Cloetens (sociaal werkster), Katrien Van Camp (diëtiste), Griet Vandensande (diëtiste), Kaat De Smedt (kinesiste), Kathleen Teughels (psychologe) en Gudrun Depotter (hoofdkinesist Cardiale Revalidatie)

gemaakt op basis van een conditietest. Dit is een fietstest, waarbij we verschillende metingen uitvoeren, om zo een vrij volledig beeld te krijgen van de conditie van de patiënt op dat moment. De resultaten hiervan bepalen de trainingszone die voor hen de meest geschikte is. Het doel van de trainingen is in de eerste plaats het verbeteren van de conditie en is daarnaast gericht op vetverbranding en opbouwen van spieren.

De conditietest wordt voor de eerste maal afgenomen vóór de aanvang van de trainingssessies en wordt herhaald in het midden en op het einde van het programma, om zo de fysieke evolutie op de voet te kunnen volgen.

2. Groepsopvolging

Gedurende 18 weken wordt de patiënt éénmaal per week verwacht voor een groepsessie van 90 minuten. Deze sessies worden georganiseerd in een groep van een 8 tot 12 personen. Hierdoor kunnen we ook gericht aan de slag met hun vragen en/of bedenkingen. Er wordt ingezet op het verstrekken van informatie. Maar er wordt ook concreet geoefend en interactief gewerkt. De interactie met andere deelnemers werkt ondersteunend en motiverend.

Zo meldt Kenneth (23 jaar): "Het doet deugd te weten dat ik niet alleen worstel, het verhaal van medepatiënten motiveert"...

In de voedingssessies door de diëtist wordt inhoudelijk ingegaan op het hoe en waarom van een gezond voedingspatroon (conform de algemene richtlijnen volgens de WHO). Hierbij wordt uitvoerig stilgestaan bij hoe de adviezen in de praktijk op een haalbare manier kunnen omgezet worden.

Marina (56 jaar) geeft aan na de sessie rond etiket-lezen: "Ik besef nu pas hoeveel ik tussendoor wel snack door stil te staan bij de specifieke voedingswaarden. Het stimuleert me om gerichter boodschappen te doen"...

Jozef (37 jaar): ... "Ik leerde groenten eten"...

Griet (45 jaar): "Het gebruik van de app helpt me om de juiste keuze te maken"...

Bij de psycholoog wordt gewerkt rond het implementeren van een gezondere levensstijl. We gaan dieper in op mogelijke valkuilen en hinderpalen en trachten deze te "tackelen" (bv. emotioneel eetgedrag, omgaan met sociale druk). We reiken concrete handvatten aan om moeilijke situaties constructiever aan te pakken.

Jef (62 jaar) vertelt: "Ik zondig nog, maar kan me sneller dan voorheen herpakken; ook voel ik me minder schuldig, alsof ik minder streng ben voor mezelf".

Linda (42 jaar): "Ik eet mijn frustratie niet langer weg, ik reageer me af door te sporten en ga meer in gesprek".



In de sessies bij de kinesist werkt de patiënt constructief door aan het inbouwen van beweging in zijn dagdagelijkse tred. Ook hier ligt de klemtoon op stapsgewijze, haalbare verandering.

Ann (38 jaar): "Ik ga tweemaal per week naar de aquagym, twee vliegen in één klap. Ik geniet van het bewegen en heb nieuwe mensen leren kennen."

Na de sessies voorzien we nazorg. Dit wordt in groep georganiseerd en afgestemd op de vragen en noden van de diverse groepsleden, dit maximaal tot één jaar na aanvang van het programma. De groep wordt dan op sleeptouw genomen door een lid van het team (afhankelijk van de vragen op dat moment).

HET TEAM

Medische opvolging

Het programma wordt mee opgevolgd door enkele arts-specialisten. Binnen hun eigen vakgebied zorgen zij voor een eerste evaluatie en opvolging van al de deelnemers. Het betreft:

- **De specialist fysische geneeskunde en revalidatie** (dr. Aertgeerts, coördinerend arts) gaat na wat de algemene impact van het overgewicht voor je

lichaam inhoudt (o.m. belasting van gewrichten).

- **De endocrinoloog** (dr. Vets) bekijkt de bloedresultaten en evalueert de interne huishouding van het lichaam (o.m. de schildklierwerking, suikerwaarden en het cholesterolprofiel).
- **De cardioloog** (dr. Roosen) bekijkt de werking van het hart en de bloedvaten en stuurt enkele parameters bij waar nodig (bv. hoge bloeddruk).

Paramedische opvolging

De opvolging binnen het programma wordt waargenomen door:

- **De kinesist:** neemt de fietstest(en) af en begeleidt de trainingssessies.
- **De diëtist:** voorziet in de groepsopvolging over gezonde voeding.
- **De psycholoog:** doet de screening van deelnemers en groepsbegeleiding binnen het psychologische luik.

VOOR WIE EN HOE DEELNEMEN?

Het Grandioos-programma is bedoeld voor mensen die kampen met een ernstig overgewicht en die gemotiveerd zijn om gedurende een langere periode in groep aan hun gezondheid te werken. Een BMI-waarde van +/-30 of meer is een eerste selectie criterium dat we gebruiken. Belangrijker dan dat cijfer echter is de motivatie die ze hebben om (zeer) hard te werken aan een gezondere levensstijl, want dat zal de slaagkans in

gunstige zin beïnvloeden. Daarnaast is ook een zekere draagkracht vereist en dit zowel op:

- **Praktisch vlak:** het programma vraagt een intens engagement gedurende langere tijd (aanvankelijk 4 contactmomenten, stapsgewijze afbouw). De aanwezigheid van de patiënt is een noodzakelijke voorwaarde om een gezondheidseffect op lange termijn te behalen.
- **Sociaal vlak:** het programma is tijdsintensief en vraagt ook afstemming met de omgeving (o.m. gezin, werk).
- **Emotioneel (psychologisch) vlak:** sleutelen aan een gezonde(re) levensstijl vraagt energie, het 'raakt', een proces dat mensen aan het denken én in beweging zet.

Om dit alles correct in te schatten en te evalueren wordt na contactname een eerste screening doorgevoerd aan de hand van een gesprek met de psychologe waarin de voornoemde criteria zorgvuldig worden geëvalueerd. De hulpvraag wordt verder uitgediept en alternatieve behandelopties worden overlopen. Indien het Grandioos-programma een gepast antwoord blijkt, wordt de medische screening ingezet. Indien deze gunstig verloopt, kan de patiënt instappen. Er worden jaarlijks een drietal instapmomenten voorzien (september, november en januari). Er vinden geen sessies plaats tijdens de schoolvakanties. Groepssessies voorzien we op verschillende momenten.

CONTACTINFO

Ken je een patiënt die baat kan hebben bij een deelname? De volgende sessies gaan door op 6 november 2019 en 31 januari 2020. Hiervoor kan vrijblijvend contact opgenomen worden met het Grandioos-team. Ook bieden we graag een woordje uitleg bij vragen en/of bedenkingen. Patiënten kunnen ons bereiken: telefoon: 015 50 60 80 (secretariaat Cardiale Revalidatie), e-mail: cardiale.revalidatie@imelda.be

Imelda Nieuwe stafleden



LAURENS DOBBELS

Mijn opleiding geneeskunde genoot ik aan de KU Leuven op campus Kortrijk en Leuven, om vervolgens in Leuven mijn opleiding neurologie aan te vatten. Ik heb mijn erkenning als neuroloog sinds 30/07/2018. Van mijn 5 opleidingsjaren waren er twee in AZ Sint-Jan te Brugge. Nadien volgde ik nog 3 maanden bijkomende stage in EMG in Rijsel en momenteel volg

Neurologie (01/05/'19)

ik in Frankrijk nog een theoretische opleiding klinische neurofysiologie. Tijdens mijn opleiding neurologie, bekwaamde ik me bijkomend in klinische neurofysiologie (EMG/EP/EEG), slaap en polysomnografie. Binnen de neurologie gaat mijn bijzondere interesse uit naar de klinische neurofysiologie, neuromusculaire ziekten en beroertezorg.



ROLF SYMONS

Na mijn studies geneeskunde aan de KU Leuven, heb ik de eerste 2 jaar van mijn assistentschap radiologie in het Imeldaziekenhuis kunnen lopen. Gedurende deze periode heb ik zowel de dienst Radiologie als de rest van het ziekenhuis van binnenuit leren kennen en was ik erg onder de indruk van de goede, kwaliteitsvolle zorg. Tijdens mijn verdere opleiding heb ik in samenwerking met de National Institutes of Health en Johns

Medische beeldvorming (01/08/'19)

Hopkins University in de Verenigde Staten een doctoraat vervolmaakt over nieuwe radiologische beeldvormingstechnieken met een focus op niet-invasieve cardiale beeldvorming met MRI en CT. De laatste jaren assistentschap heb ik gewerkt in het UZ Leuven waar ik me verder toegelegd heb op neuroradiologie. Mijn specifieke interessegebieden zijn de beeldvorming van ischemische hart- en hersenaandoeningen.



ELLEN ROSSOU

Op 1 augustus vervoegde ik het team oogartsen van de dienst Oogheelkunde. Ik studeerde geneeskunde aan de KU Leuven, waarna ik me specialiseerde in de oftalmologie. Tijdens mijn opleiding was ik werkzaam in het UZ Leuven en het Middelheimziekenhuis ZNA te Antwerpen. Na mijn opleiding volgde ik nog een bijkomende subspecialisatie in

Oftalmologie (01/08/'19)

de medische retina (fluo-angiografie, retinale lasertherapie en intravitreale injecties) te Melbourne, Australië en werkte ik gedurende 3 jaar op de dienst Medische retina van het AZ Nikolaas te Sint-Niklaas. Ik zal op dinsdag en vrijdag consultatie doen in het Imeldaziekenhuis, dit voor zowel algemene consultaties als specifieke consultaties medische retina.

Uit dienst

Chris Aelvoet

31-03-2019

Met pensioen

Danny Vangermeersch

31-07-2019

ALGEMENE EN ABDOMINALE HEELKUNDE

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.

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, Smits J, De Vos M. *Reprod Biol.* 2019 Jun;19(2):210-217. doi: 10.1016/j.repbio.2019.06.004. Epub 2019 Jun 28.

CARDIOLOGIE

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, Saponitis 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]

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]

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, Liebetrau 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.

Clinical Events After Deferral of LAD Revascularization Following Physiological Coronary Assessment. Sen S, Ahmad Y, Dehbi HM, Howard JP, Iglesias JF, Al-Lamee R, Petraco R, Nijjer S, Bhindi R, Lehman S, Walters D, Saponitis J, Janssens L, Vrints CJ, Khashaba A, Laine M, Van Belle E, Krackhardt F, Bojara W, Going O, Härle T, Indolfi C, Niccoli G, Ribichini F, Tanaka N, Yokoi H, Takashima H, Kikuta Y, Erglis A, Vinhas H, Silva PC, Baptista SB, Alghamdi A, Hellig F, Koo BK, Nam CW, Shin ES, Doh JH, Brugaletta S, Alegria-Barrero E, Meuwissen M, Piek JJ, van Royen N, Sezer M, Di Mario C, Gerber RT, Malik IS, Sharp ASP, Talwar S, Tang K, Samady H, Altman J, Seto AH, Singh J, Jeremias A, Matsuo H, Kharbanda RK, Patel MR, Serruys P, Escaned J, Davies JE. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Feb 5;73(4):444-453. doi: 10.1016/j.jacc.2018.10.070.

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.

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. Epub 2018 Oct 3.

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,

Value of Relative Myocardial Perfusion at MRI for Fractional Flow Reserve-Defined Ischemia: A Pilot Study. Ghekiere O, Dacher JN, Dewilde W, Mancini I, Cools W, Vanhoenacker PK, Dendale P, Lancellotti P, de Roos A, Nchimi A. *AJR Am J Roentgenol.* 2019 Mar 12;1-8. doi: 10.2214/AJR.18.20469.

GASTRO ENTEROLOGIE

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]

Upper gastrointestinal bleeding due to Gurgits' syndrome. Bronswijk M, Bossuyt P, Christiaens P, Van Olmen A. *Dig Liver Dis.* 2019 Jun 10. pii: S1590-8658(19)30623-1. doi: 10.1016/j.dld.2019.05.022. [Epub ahead of print] No abstract available.

Vedolizumab Induces Endoscopic and Histologic Remission in Patients With Crohn's Disease. Löwenberg M, Vermeire S, Mostafavi N, Hoenjten F, Franchimont D, Bossuyt P, Hindryckx P, Rispens T, de Vries A, Janneke van der Woude

C, Berends S, Ambarus CA, Mathot R, Clasquin E, Baert F, D'Haens G. *Gastroenterology*. 2019 Jun 5. pii: S0016-5085(19)40985-2. doi: 10.1053/j.gastro.2019.05.067. [Epub ahead of print]

Diffuse esophageal papillomatosis complicated by squamous cell carcinoma. Bronswijk M, Christiaens P, Moons V. *Dig Liver Dis*. 2019 May 27. pii: S1590-8658(19)30587-0. doi: 10.1016/j.dld.2019.05.008. [Epub ahead of print] No abstract available.

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]

Vedolizumab trough level monitoring in inflammatory bowel disease: a state-of-the-art overview. Pouillon L, Vermeire S, Bossuyt P. *BMC Med*. 2019 May 8;17(1):89. doi: 10.1186/s12916-019-1323-8. Review.

Evaluation of optimal biopsy location for assessment of histological activity, transcriptomic and immunohistochemical analyses in patients with active Crohn's disease. Novak G, Stevens T, Van Viegen T, Bossuyt P, Štabuc B, Jeyarajah J, Zou G, Gaemers IC, McKee TD, Fu F, Shackelton LM, Khanna R, van den Brink GR, Sandborn WJ, Feagan BG, Pai RK, Jairath V, Vande Casteele N, D'Haens G. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019 Jun;49(11):1401-1409. doi: 10.1111/apt.15250. Epub 2019 Apr 15.

Circumferential Ulcerations in the Ascending Colon. Bronswijk M, Christiaens P, Van Olmen A. *Gastroenterology*. 2019 Apr 6. pii: S0016-5085(19)35668-9. doi: 10.1053/j.gastro.2019.03.067. [Epub ahead of print] No abstract available.

Scoring endoscopic disease activity in IBD: artificial intelligence sees more and better than we do. Bossuyt P, Vermeire S, Bisschops R. *Gut*. 2019 Apr 6. pii: gutjnl-2019-318235. doi: 10.1136/gutjnl-2019-318235. [Epub ahead of print] No abstract available.

Consensus report: clinical recommendations for the prevention and management of the placebo effect in biosimilar-treated IBD patients. Pouillon L, Danese S, Hart A, Fiorino G, Argollo M, Selmi C, Carlo-Stella C, Loeuille D, Costanzo A, Lopez A, Vegni E, Radice S, Gilardi D, Socha M, Fazio M, González-Lorenzo M, Bonovas S, Magro F, Peyrin-Biroulet L. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019 May;49(9):1181-1187. doi: 10.1111/apt.15223. Epub 2019 Apr 1.

Binimetinib, Encorafenib, and Cetuximab Triplet Therapy for Patients With BRAF V600E-Mutant Metastatic Colorectal Cancer: Safety Lead-In Results From the Phase III BEACON Colorectal Cancer Study. Van Cutsem E, Huijberts S, Grothey A, Yaeger R, Cuyle PJ, Elez E, Fakih M, Montagut C, Peeters M, Yoshino T, Wasan H, Desai J, Ciardiello F, Gollerkeri A, Christy-Bittel J, Maharry K, Sandor V, Schellens JHM, Kopetz S, Taberero J. *J Clin Oncol*. 2019 Jun 10;37(17):1460-1469. doi: 10.1200/JCO.18.02459. Epub 2019 Mar 20.

Clostridium difficile infection in inflammatory bowel disease: epidemiology over two decades. Moens A, Verstockt B, Machiels K, Bossuyt P, Verdonck A, Lagrou K, van Assche G, Vermeire S, Ferrante M. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Jun;31(6):668-673. doi: 10.1097/MEG.0000000000001394.

A Presumed Double Appendiceal Orifice: Diagnosis of an Appendico-Cecal Fistula. Bronswijk M, Christiaens P, Moons V. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Feb 28. pii: S1542-3565(19)30244-7. doi: 10.1016/j.cgh.2019.02.038. [Epub ahead of print] No abstract available.

Deep ulcerative esophagitis: A rare presentation of gastrointestinal actinomycosis. Bronswijk M, Victoor J, Cuyle PJ. *Dig Liver Dis*. 2019 Jun;51(6):907. doi: 10.1016/j.dld.2019.01.026. Epub 2019 Feb 11. No abstract available.

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 Jan 29. doi: 10.1093/ecco-jcc/ijz029. [Epub ahead of print]

A Foreign Cause of Abdominal Pain. Bronswijk M, Aelvoet C, Christiaens P. *Gastroenterology*. 2019 May;156(6):1576-1577. doi: 10.1053/j.gastro.2019.01.004. Epub 2019 Jan 11. No abstract available.

Effectiveness of golimumab in ulcerative colitis: A review of the real world evidence. Olivera P, Danese S, Pouillon L, Bonovas S, Peyrin-Biroulet L. *Dig Liver Dis*. 2019 Mar;51(3):327-334. doi: 10.1016/j.dld.2018.11.002. Epub 2018 Nov 16. Review.

Dose de-escalation to adalimumab 40 mg every three weeks in patients with inflammatory bowel disease-A multicenter, retrospective, observational study. Pouillon L, Lamoureux A, Pineton de Chambrun G, Vuitton L, Pariente B, Zallot C, Dufour G, Fumery M, Baumann C, Amiot A, Nancey S, Rousseau H, Peyrin-Biroulet L. *Dig Liver Dis*. 2019 Feb;51(2):236-241. doi: 10.1016/j.dld.2018.10.022. Epub 2018 Nov 8.

Efficacy and safety of radiofrequency ablation of Barrett's esophagus in the absence of reimbursement: a multicenter prospective Belgian registry. Vliebergh JH, Deprez PH, de Looze D, Ferrante M, Orlent H, Macken E, Christiaens P, Mana F, De Hertogh G, Willekens H, Bisschops R. *Endoscopy*. 2019 Apr;51(4):317-325. doi: 10.1055/a-0739-7679. Epub 2018 Oct 25.

Treatment Persistence of Infliximab Versus Adalimumab in Ulcerative Colitis: A 16-Year Single-Center Experience. Pouillon L, Baumann C, Rousseau H, Choukour M, Andrianjafy C, Danese S, Peyrin-Biroulet L. *Inflamm Bowel Dis*. 2019 Apr 11;25(5):945-954. doi: 10.1093/ibd/izy322.

Loss of Response to Vedolizumab and Ability of Dose Intensification to Restore Response in Patients With Crohn's Disease or Ulcerative Colitis: A Systematic Review and Meta-analysis. Peyrin-Biroulet L, Danese S, Argollo M, Pouillon L, Peppas S, Gonzalez-Lorenzo M, Lytras T, Bonovas S. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Apr;17(5):838-846.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2018.06.026. Epub 2018 Jun 20. Review.

Early Mucosal Healing Predicts Favorable Outcomes in Patients With Moderate to Severe Ulcerative Colitis Treated With Golimumab:

Data From the Real-life BE-SMART Cohort. Bossuyt P, Baert F, D'Heygere F, Nakad A, Reenaers C, Fontaine F, Franchimont D, Dewit O, Van Hootegeem P, Vanden Branden S, Lambrecht G, Ferrante M; Belgian IBD Research and Development Group. *Inflamm Bowel Dis.* 2019 Jan 1;25(1):156-162. doi: 10.1093/ibd/izy219.

Impact of endoscopy system, high definition, and virtual chromoendoscopy in daily routine colonoscopy: a randomized trial. Roelandt P, Demedts I, Willekens H, Bessissow T, Braeye L, Coremans G, Cuyle PJ, Ferrante M, Gevers AM, Hiele M, Osselaer M, Tack J, Tejpar S, Ulenaers M, Van Assche G, Van Cutsem E, Van Gool S, Vannoote J, Vermeire S, Bisschops R. *Endoscopy.* 2019 Jan 15. doi: 10.1055/a-0755-7471. [Epub ahead of print]

Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion caused by proton pump inhibitor use. Engelen A, Christiaens P, Bossuyt P, Cuyle PJ, Van Olmen A, Carton S, Moons V. *Acta Gastroenterol Belg.* 2018 Oct-Dec;81(4):542. No abstract available.

GERIATRIE

Age-related bone loss and sarcopenia in men. Laurent MR, Dedeyne L, Dupont J, Mel-laerts B, Dejaeger M, Gielen E. *Maturitas.* 2019 Apr;122:51-56. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.01.006. Epub 2019 Jan 23. Review.

Myostatin: A Powerful Biomarker for Sarcopenia and Frailty? Laurent MR, Dupont J, Dejaeger M, Gielen E. *Gerontology.* 2019;65(4):383-384. doi: 10.1159/000495839.

Poor Vitamin K Status Is Associated With Low Bone Mineral Density and Increased Fracture Risk in End-Stage Renal Disease. Evenepoel P, Claes K, Meijers B, Laurent M, Bammens B, Naesens M, Sprangers B, Pottel H, Cavalier E, Kuypers D. *J Bone Miner Res.* 2019 Feb;34(2):262-269. doi: 10.1002/jbmr.3608.

Androgen Receptor in Neurons Slows Age-Related Cortical Thinning in Male Mice. Jardí F, Kim N, Laurent MR, Khalil R, Deboel L, Schollaert D, van Lenthe GH, Decallonne B, Carmeliet G, Claessens F, Vanderschueren D. *J Bone Miner Res.* 2019 Mar;34(3):508-519. doi: 10.1002/jbmr.3625. Epub 2019 Jan 15.

Bone mineral density, bone turnover markers, and incident fractures in de novo kidney transplant recipients. Evenepoel P, Claes K, Meijers B, Laurent MR, Bammens B, Naesens M, Sprangers B, Pottel H, Cavalier E, Kuypers D. *Kidney Int.* 2019 Jun;95(6):1461-1470. doi: 10.1016/j.kint.2018.12.024. Epub 2019 Mar 4.

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 Jul 26. doi: 10.1002/jbmr.3753. [Epub ahead of print] No abstract available.

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.

Cost-of-illness of inflammatory bowel disease patients treated with anti-tumour necrosis factor: A French large single-centre experience Jean Lawton, Hamzi Achit, Lieven Pouillon, Emmanuelle Boschetti, Béatrice Demore, Thierry Matton, Char-lène Tournier, Martin Prodel, Laurent Peyrin-Biroulet, Francis Guillemin DOI: 10.1177/2050640619853448

Infiltrating stromal immune cells in inflammatory breast cancer are associated with an improved outcome and increased PD-L1 expression Christophe Van Berckelaer, Charlotte Rypens, Peter van Dam, Lieven Pouillon, Maxim Parizel, Kelly A. Schats, Mark Kockx, Wiebren A.A. Tjalma, Peter Vermeulen, Steven van Laere, François Bertucci, Cécile Colpaert, Luc Dirix DOI: 10.1186/s13058-019-1108-1

GYNAECOLOGIE

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, Muyldermans 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]

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 May 11. pii: S1553-4650(19)30215-8. doi: 10.1016/j.jmig.2019.05.002. [Epub ahead of print]

Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Hysterectomy and Apical Suspension of the Vaginal Cuff to the Uterosacral Ligament. Lowenstein L, Baekelandt J, Paz Y, Lauterbach R, Matanes E. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Apr 10. pii: S1553-4650(19)30185-2. doi: 10.1016/j.jmig.2019.04.007. [Epub ahead of print]

Endometrial scratching prior to IVF; does it help and for whom? A systematic review and meta-analysis. van Hoogenhuijze NE, Kasius JC, Broekmans FJM, Bosteels J, Torrance HL. *Hum Reprod Open.* 2019 Jan 29;2019(1):hoy025. doi: 10.1093/hropen/hoy025. eCollection 2019. Review.

Screening hysteroscopy in subfertile women and women undergoing assisted reproduction (Review) Kamath MS, Bosteels J, D'Hooghe TM, Seshadri S, Weyers S, Mol BWJ, Broekmans FJ, Sunkara SK

Neurodevelopmental outcome of children with spina bifida aperta repaired prenatally vs postnatally: systematic review and meta-analysis A. INVERSETTI1,2, L. VAN DER VEEKEN1, D. THOMPSON3, K. JANSEN4, F. VAN CALENBERGH5, L. JOYEUX1,6, J. BOSTEELS7 and J. DEPREST1,6,8,9

INWENDIGE GENEESKUNDE

Een jonge vrouw met pijn in het rechterhypo-chonder S. Abbeel, P. Christiaens, E. Frans, S. De Vuysere *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 2019, 75, 486-91

MULTIDISCIPLINAIR

New environmental reservoir of CPE in hospitals. Smismans A, Ho E, Daniels D, Ombetlet 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.

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.

Authors' reply re: Hysterectomy by transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery versus laparoscopy as a daycare procedure: a randomised controlled trial. Baekelandt J, De Mulder PA, Le Roy I, Mathieu C, Laenen A, Enzlin P, Weyers S, Mol BW, Bosteels JJ. *BJOG.* 2019 Jul;126(8):1078-1079. doi: 10.1111/1471-0528.15744. Epub 2019 Apr 24. No abstract available.

Prediction of Glucose Intolerance in Early Postpartum in Women with 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. *J Clin Med.* 2019 Mar 19;8(3). pii: E383. doi: 10.3390/jcm8030383.

Post-transfusion hemoglobin values and patient blood management. Moerman J, Vermeulen E, Van Mullem M, Badts AM, Lybeert P, Compennolle V, Georgsen J. *Acta Clin Belg.* 2019 Jun;74(3):164-168. doi: 10.1080/17843286.2018.1475939. Epub 2018 May 17.

Hysterectomy by transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery versus laparoscopy as a day-care procedure: a randomised controlled trial. Baekelandt JF, De Mulder PA, Le Roy I, Mathieu C, Laenen A, Enzlin P, Weyers S, Mol B, Bosteels J. *BJOG.* 2019 Jan;126(1):105-113. doi: 10.1111/1471-0528.15504.

Characteristics and pregnancy outcomes across gestational diabetes mellitus subtypes based on insulin resistance K Benhalima, P Van Crombrugge, C Moyson, J Verhaeghe, S Vandeginste, H Verlaenen, C Vercammen, T Maes, E Dufraimont, C De Block, Y Jacquemyn,

F Mekahli, K De Clippel, A Van Den Bruel, A Loccufier, A Laenen, C Minschart, R Devlieger, C Mathieu Received: 5 March 2019 /Accepted: 17 June 2019

ONCOLOGIE

Weekly carboplatin plus neoadjuvant anthracycline-taxane-based regimen in early triple-negative breast cancer: a prospective phase II trial by the Breast Cancer Task Force of the Belgian Society of Medical Oncology (BSMO). Fontaine C, Renard V, Van den Bulk H, Vuylsteke P, Glorieux P, Dopchie C, Decoster L, Vanacker L, de Azambuja E, De Greve J, Awada A, Wildiers H. *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Aug;176(3):607-615. doi: 10.1007/s10549-019-05259-z. Epub 2019 May 8.

Real-world use of granulocyte colony-stimulating factor in ambulatory breast cancer patients: a cross-sectional study. Van Ryckeghem F, Haverbeke C, Wynendaele W, Jerusalem G, Somers L, Van den Broeck A, Vingerhoedt S, Van Belle S. *Support Care Cancer.* 2019 Mar;27(3):1099-1108. doi: 10.1007/s00520-018-4399-3. Epub 2018 Aug 11.

PNEUMOLOGIE

Azithromycin during Acute COPD Exacerbations Requiring Hospitalization (BACE): a Multicentre, 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, Vandenberg B, Willems R, Everaerts S, Belmans A, Bogaerts K, Verleden GM, Troosters T, Ninane V, Brusselle GG, Janssens W; BACE trial investigators. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019 May 3. doi: 10.1164/rccm.201901-0094OC. [Epub ahead of print]

THORACALE- EN VAATHEELKUNDE

Improvements in patient outcomes with next generation endovascular aortic repair devices in the engage global registry and the EVAR-1 clinical trial. Böckler D, Power AH, Bouwman LH, van Sterkenburg S, Bosiers M, Peeters P, Teijink JA, Verhagen HJ; ENGAGE investigators. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2019 Jul 9. doi: 10.23736/S0021-9509.19.11021-X. [Epub ahead of print]

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]

Editor's Choice - Five Year Outcomes of the Endurant Stent Graft for Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair in the ENGAGE Registry. Teijink JAW, Power AH, Böckler D, Peeters P, van Sterkenburg S, Bouwman LH, Verhagen HJ, Bosiers M, Rimbau V, Becquemin JP, Cuypers P, van Sambeek M. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2019 Aug;58(2):175-181. doi: 10.1016/j.ejvs.2019.01.008. Epub 2019 Jun 22.

Drug-Eluting Stent Versus Drug-Coated Balloon Revascularization in Patients With Femoropopliteal Arterial Disease. Bausback Y, Wittig T, Schmidt A, Zeller T, Bosiers M, Peeters P, Brucks S, Lottes AE, Scheinert D, Steiner S. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Feb 19;73(6):667-679. doi: 10.1016/j.jacc.2018.11.039.

EVOLUTION Study: 12-month results. Bosiers M, Deloose K, Callaert J, Peeters P, Verbist J, van der 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.

Drug-Coated Balloon Treatment of Femoropopliteal Lesions for Patients With Intermittent Claudication and Ischemic Rest Pain. Zeller T, Brodmann M, Micari A, Keirse K, Peeters P, Tepe G, Scheinert D, Jaff MR, Rocha-Singh KJ, Li P, Schmahl R, Ansel GM; IN.PACT Global Study Investigators. *Circ Cardiovasc Interv.* 2019 Jan;12(1):e007730. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.118.007730. No abstract available.

UROLOGIE

Castration-resistant prostate cancer-free survival in the Multicentric Prospective Local Treatment of Metastatic Prostate Cancer (LoMP) Trial Buelens S, Poelaert F, De Bleser E, Dhondt B, Verla W, Ost P, Rappe B, De Troyer B, Verbaeys C, Kimpe B, Billiet I, Plancke H, Fransis K, Willemen P, Ameye F, Decaestecker K, Lumen N.

23 tot 29 september 2019

Week van Dementie

30 september 2019

van 18 tot 20.30 uur

Bloed geven

12 oktober 2019

Ipodium

11 januari 2020

Nieuwjaarsreceptie

13 november 2019

19.30 uur, GC 't Blikveld

Infoavond: “Een kilo(otje) te veel: wie of wat kan me helpen?”

Op woensdag 13 november organiseert ons ziekenhuis samen met de gemeente Bonheiden en de Christelijke Mutualiteit een infoavond voor het ruime publiek. Meerdere specialisten geven toelichting zoals dr. Kurt Devroe en dr. Bart Vets. Ook ons Grandioos programma wordt voorgesteld.

De infoavond is gratis maar inschrijven is verplicht via bonheiden.be/kilootjeteveel

26 november 2019

Voorstelling Hybris

In Hybris, een voorstelling van Het Nieuwstedelijk, kijk je door een glazen wand binnen in een ziekenhuis-kamer. Je ziet er een toevallige ontmoeting tussen chirurgie Serneels (Inge Paulussen) die zich staande probeert te houden en patiënt David (Tom Ternest), die bijna twintig jaar geleden een verlamd onderlichaam overhield aan een hartoperatie. Beide kanten worden belicht in deze voorstelling. Christophe Aussems, regisseur, sprak chirurgen en patiënten over wat er met hen gebeurt als het fout loopt. We nodigen je graag uit om 26 november 2019 alvast te noteren in je agenda. De voorstelling gaat door in GC 't Blikveld en start om 20.15 uur.

Jaarverslag

In 2018 omringden 1.525 medewerkers, samen met ruim 150 artsen, patiënten met professionele en hartelijke zorg. In ons ziekenhuis werden in 2018 heel wat projecten geïnitieerd en gerealiseerd. We geven jou in ons Imeldajaarverslag 2018 graag een overzicht van deze

projecten, die ieder op zich kaderen in één van onze vijf strategische doelstellingen: Patiënt centraal, Samenwerkend, Erkende kwaliteit, Innoverend en Financieel evenwicht. Het volledige jaarverslag kan je terug vinden op onze website of via deze QR-code.



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:

