



## Gps voor de zorg

Patiënten die met een heupfractuur of een COPD-opstoot worden opgenomen in het AZ Sint-Elisabeth doorlopen sinds kort een 'klinisch pad'. Dat is een multidisciplinair zorgtraject dat loopt van de spoedopname tot aan het ontslag van de patiënt. Een gps voor de zorg, zeg maar, van start tot aankomst.



**Van links naar rechts: dr. Linda Remels, Inge De Prez, dr. Hilde De Nutte, Els Willems, Dirk Eeman, Katia Ronsse, Hildegard De Backer, Jo Oosterlinck**

Welk traject doorloopt een patiënt tijdens zijn opname in een ziekenhuis? En hoe kan je dat traject zo goed mogelijk organiseren en opvolgen? 'Klinische paden' bieden hierop een antwoord. Het AZ Sint-Elisabeth ontwikkelde twee nieuwe paden: één voor COPD (chronisch obstructief longlijden) en één voor heupfracturen. Het project kadert binnen een studie van de European Pathway Association naar de impact van klinische paden. De deelnemende ziekenhuizen voeren een meting uit vóór en na de toepassing van een klinisch pad.

### Neuzen in dezelfde richting

Een klinisch pad zorgt ervoor dat de betrokken pathologie een meer gestructureerde en multidisciplinaire aanpak krijgt. Belangrijk daarbij is dat alle neuzen in dezelfde richting staan. Op basis van aanbevelingen uit de literatuur vulden twee werkgroepen de klinische paden concreet in: hoe kunnen we de behandeling optimaliseren voor de patiënt, hoe kunnen we dit binnen onze organisatie toepassen en welke zorgverleners kunnen we in het zorgtraject betrekken?

Dr. Hilde De Nutte (adviseur medisch beleid): "Verschillende disciplines worden bij het herstel van de patiënt betrokken, al van op de spoedopname tot aan zijn ontslag. Om alle betrokken ziekenhuismedewerkers op elkaar af te stemmen, vindt een wekelijks dienstoverleg plaats. Tijdens dat overleg worden alle patiënten individueel besproken."

### Pad voor longlijden

Patiënten die zich met een opstoot van COPD aanmelden op de spoedopname stappen onmiddellijk in het klinisch pad in. "Om dit vlot te laten verlopen hebben we een soort van handleiding opgesteld", zegt Katia Ronsse (medewerker kwaliteit). "Zo bieden we de verpleegkundigen een duidelijk overzicht van de uit te voeren handelingen aan, zoals het afnemen van bloedgassen op de spoedopname in afwachting van de pneumoloog."

Naargelang de toestand van de patiënt volgt meestal een transfer naar de verpleegafdeling. "De aanpak op de afdeling is multidisciplinair: de pneumoloog kan bijvoorbeeld een bijkomend consult aanvragen van de diëtiste, patiënten doorverwijzen naar de longrevalidatie of het ontslag van de patiënt

## Tegen ondervoeding

**Het AZ Sint-Elisabeth gaat de strijd aan tegen ondervoeding: voedingsconsulente Sara Paridaens houdt de ondervoeding bij geriatrische patiënten systematisch in de gaten. Na een uitgebreide screening krijgen ondervoede patiënten of patiënten met een risico op ondervoeding aangepaste bijvoeding en de voedingsconsulente staat in voor de dagelijkse controle. Lees meer op pagina 10.**

## Verder in dit nummer

Klinisch pad	2
Samenwerking UZ Gent	3
Triverius	3
Handhygiëne	4
Nieuwe dienstkleidij	4
Nieuwe artsen	9
Ondervoeding	10
Lezing Damiaan	10
Obesitas	11
PAAZ	11
Neonatologie	12

Toelating gestoten  
verpakking B/43





**Herman De Vleeschouwer**  
afgevaardigd bestuurder

## Blijven innoveren

In naam van alle medewerkers en de directie van het AZ Sint-Elisabeth wil ik u eerst en vooral een voorspoedig, vreugdevol en gezond 2011 wensen. Om de zorg voor onze patiënten telkens weer te optimaliseren, blijven we jaar in jaar uit innoveren. Dat was de voorbije maanden heel duidelijk. Zo neemt het ziekenhuis deel aan een Europese studie rond klinische paden. Dat zijn multidisciplinaire zorgtrajecten die lopen van de spoedopname tot aan het ontslag van de patiënt. Het AZ Sint-Elisabeth ontwikkelde er twee: één voor de longziekte COPD en één voor heupfracturen. Deze zorgtrajecten omringen de patiënt met een meer gestructureerde en multidisciplinaire aanpak.

Maar een gestructureerde zorg is niet alles. Minstens even belangrijk zijn de voorzorgsmaatregelen om (wond)infecties in het ziekenhuis tegen te gaan. Daarom blijft het ziekenhuis ook op het vlak van handhygiëne innovatief. In het operatiekwartier en de andere behandelzalen in het dagziekenhuis en op de spoed werken de chirurgen met een nieuw product voor handhygiëne. Amerikaans onderzoek had immers uitgezonden dat de kans op postoperatieve wondinfecties nog kleiner wordt wanneer je de handen 'rubt' in plaats van 'scrubt'. De manier van werken is gelijkaardig: zowel bij scrubben als bij rubben wordt er twee keer ontsmet, maar na het rubben zijn de handen nóg meer kiemvrij.

Ook de voedingsproblematiek pakt het ziekenhuis grondig aan: zowel ondervoede patiënten als patiënten met overgewicht krijgen de nodige zorg. Om ondervoeding in het ziekenhuis tegen te gaan, neemt het AZ Sint-Elisabeth bijvoorbeeld deel aan een pilootproject van de FOD Volksgezondheid. Sedert het najaar houdt een voedingsconsulente de ondervoeding bij geriatrische patiënten in de gaten. Zij lopen immers het grootste risico op ondervoeding. Daarnaast pakt het ziekenhuis het groeiende obesitasprobleem aan. Voor volwassenen gebeurt dit al langer, maar omdat nu ook steeds meer kinderen kampen met overgewicht, biedt de dienst Pediatrie hiervoor sinds kort speciale begeleiding aan. De nadruk ligt op een evenwichtige, gezonde voeding en op beweging. Is er geen medische oorzaak, dan wordt het kind doorverwezen naar de diëtiste van het ziekenhuis.

In de medische bijlage van deze nieuwsbrief kunt u ten slotte alles lezen over hormoongebruik tijdens de menopauze en over de minimaal invasieve stagering van het niet-kleincellig longcarcinoom.

Veel leesplezier,

Herman De Vleeschouwer  
Afgevaardigd bestuurder



**Van links naar rechts: dr. Kristof Declercq, Bea De Cubber, Annemie Gillis, dr. Hilde De Nutte, Katia Ronsse, Bart Rys, Wietse De Dekker, Caroline Vandekerckhove**

samen met de sociale dienst beter voorbereiden. Ook het educatieve luik werd uitgebreid: de patiënt krijgt meer uitleg over inhalatietherapie (het gebruik van puffs), zuurstoftherapie en het ziektebeeld in het algemeen, onder meer aan de hand van brochures. De rol van de verpleegkundige is hierbij van groot belang."

### Pad voor heupfracturen

Ook patiënten met een heupfractuur kunnen rekenen op een multidisciplinaire aanpak.

Dr. De Nutte: "Verpleegkundigen van de interne liaison geriatrie worden sneller ingeschakeld bij patiënten met een heupfractuur die verhoogde zorgbehoeften hebben en/of ouder zijn dan 75 jaar. Indien nodig kan het team interne liaison nog verder een beroep doen op de geriater, de diëtiste, logopedisten, enzovoort. Ook de toepassing van bestaande maatregelen, zoals decubituspreventie en pijnbeleid, werd naar aanleiding van het klinisch pad geoptimaliseerd: patiënten beschikken nu reeds vanaf de spoedopname over een anti-decubitusmatras en de pijnbeleving wordt van bij de opname systematisch bewaakt en opgevolgd."

Ook het ontslagbeleid werd meer gestructureerd. Katia Ronsse: "Patiënten sneller beter voorbereid op hun terugkeer naar huis, onder meer doordat we een kinéverslag meegeven voor de verdere behandeling thuis. Verder gaat extra aandacht naar valpreventie in de thuissituatie. De ergo- en kinesitherapeuten hebben een brochure ontwikkeld waarin wordt uitgelegd wat de risicofactoren zijn en wat ze in huis zoal kunnen doen om opnieuw vallen zoveel mogelijk te voorkomen. De nodige hulpmiddelen, zoals een looprekje, kunnen door de sociale dienst worden aangevraagd."



## Uitwisseling van bot

Menselijk lichaamsmateriaal, zoals bot en pezen, mag niet langer bewaard worden door een ziekenhuis dat niet erkend is als weefselbank. Daarom sloot het AZ Sint-Elisabeth een overeenkomst met het UZ Gent.

Vroeger werden heupkoppes, die bijvoorbeeld werden weggenomen bij het plaatsen van een heupprothese, in een speciale diepvriezer in het ziekenhuis bewaard als botgreffes. Die werden dan gebruikt om speciale botdefecten op te vullen, onder meer bij complexe fracturen en rugchirurgie. Door de wet van 19 december 2008 is dat niet langer toegestaan. Dr. Hilde De Nutte (adviseur medisch beleid): "Aangezien we niet erkend zijn als weefselbank moesten we op zoek gaan naar een oplossing voor de opslag van onze botgreffes. Die hebben we gevonden in het UZ Gent, dat erkend is als weefselbank voor musculoskeletale greffes, meer bepaald voor bot en pezen."

### Weefseldepot

Hoewel het ziekenhuis geen menselijk materiaal meer mag bewaren, laat de wet wel toe om een weefseldepot op te richten, weliswaar als onderafdeling van een erkende weefselbank. "Wij preleveren zelf heupkoppes, die we na tijdelijke opslag in onze diepvriezer doorsturen naar het UZ Gent. Daar worden ze in quarantaine gehouden tot wanneer we ze terug opvragen. Voor peesgreffes ligt de zaak ietwat anders: die nemen we niet zelf af, maar we kunnen hiervoor wel een beroep doen op de weefselbank van het UZ Gent."



Dr. Marleen Hanssens

## Mooi bedrag voor mooie doelen

Triverius, de wetenschappelijke kring voor huisartsen en ziekenhuisspecialisten, schonk tijdens een feestvergadering eind september een mooi bedrag aan Artsen Zonder Vakantie en vzw Lichtpunt. Deze doelen kregen respectievelijk 2.500 en 1.000 euro.

De maandelijkse vergaderingen van Triverius zijn in de eerste plaats een belangrijke ontmoetingsplaats voor huisartsen en specialisten. Maar daarnaast draagt Triverius af en toe ook een financieel steentje bij aan een lokale en een nationale vereniging. Dr. Marleen Hanssens (voorzitter Triverius): "De huisartsen en specialisten van Artsen Zonder Vakantie offeren vaak hun vakantie op om collega's op te leiden in Afrikaanse landen. Ook dr. Colaert, psychiater in ons ziekenhuis, gaat geregeld mee. Vzw Lichtpunt doet dan weer aan voedselbemiddeling in de regio. Met onze schenking kunnen ze tijdens de feestdagen iets extra's doen voor de allerarmsten."

De Triveriusvergaderingen zijn de ideale gelegenheid om de contacten tussen de eerste en de tweede lijn te versterken. "Daarom willen we jonge huisartsen en specialisten nog eens oproepen om de vergaderingen bij te wonen", aldus dr. Hanssens.

## Wist u dat...

... **Kiwanis Oosterzele en Kiwanis Zottegem onlangs drieduizend kiwanispoppen schonken aan de dienst Pediatrie van het AZ Sint-Elisabeth?** Met de popjes wordt aan de kinderen op een eenvoudige manier getoond welke ingreep ze moeten ondergaan. Ieder kind kan het popje ook zelf inkleuren en als vriendje bijhouden, kwestie van het ziekenhuisverblijf iets aangenamer te maken. En wanneer ze het ziekenhuis verlaten, mag de kiwanispop ook mee naar huis.

... **de Christelijke Mutualiteit bij zijn leden een grootschalige studie heeft gedaan rond electieve heupprothesechirurgie?** Twintig jaar lang werden in totaal 50.000 prothesen opgevolgd. Er werd nagegaan welke prothesen, welke technieken en welke ziekenhuizen de beste resultaten bieden op lange termijn. Het AZ Sint-Elisabeth scoort daarbij, samen met een ander ziekenhuis, als beste in heel België. De overlevingsduur van de prothese is langer en de kans op revisie is significant kleiner.

## Niet scrubben maar rubben

In het operatiekwartier en de andere behandelzalen in het dagziekenhuis en op de spoed hebben de chirurgen het 'scrubben' vaarwel gezegd. Door nu de handen te 'rubben' wordt de kans op postoperatieve wondinfecties nog kleiner.

Een goede handhygiëne is in een ziekenhuis essentieel. Vooral bij chirurgen moeten de handen zo goed als kiemvrij zijn om wondinfecties na een ingreep zoveel mogelijk te voorkomen. Daniël Van Callie (dienst Ziekenhuishygiëne): "Bacteriën op de handen kan je nooit voor de volle 100% weg krijgen, maar door te rubben kom je toch al erg dicht in de buurt. Meer dan bij het scrubben, heeft Amerikaans onderzoek uitgewezen."



### Wassen en ontsmetten

De manier van werken is gelijkaardig: zowel bij het scrubben als bij het rubben wordt er twee keer ontsmet. "Het ontsmetten gebeurt eerst tot aan de ellebogen en vervolgens tot en met de polsen", zegt Daniël Van Caillie. "Het verschil is dat je de handen bij het scrubben tegelijk wast en ontsmet met een ontsmettende zeep, en dat twee keer gedurende twee minuten. Bij het rubben was je eerst de handen met een gewone zeep en na het droogdeppen ontsmet je ze 45 seconden lang met alcogel. Nadien wordt dat nog een tweede keer herhaald."

### Tijdwinst voor de chirurg

Niet alleen voor de patiënten, maar ook voor de chirurgen is het rubben voordelig. "Als de chirurgen van de ene operatiezaal naar de andere gaan, zonder weliswaar het operatiekwartier te verlaten, dan is het voldoende om tussen elke ingreep de handen te ontsmetten met de alcogel. Minder dan twee minuten werk. Met het scrubben was de chirurg sowieso telkens vier minuten in de weer... Vanaf het ogenblik dat de chirurg het operatiekwartier verlaat, bijvoorbeeld om een hapje te eten, moet de hele procedure uiteraard wel van vooraf aan herhaald worden", aldus Daniël Van Caillie.

## Stijlvolle start in 2011



### De nieuwe dienstkleidij

De medewerkers van het AZ Sint-Elisabeth starten het nieuwe jaar in stijl: met een compleet nieuwe outfit. Met de nieuwe dienstkleidij zet het ziekenhuis de trend voor Oost- en West-Vlaanderen.

"We hebben gekozen voor een totaal nieuwe look, die in nog geen enkel ander ziekenhuis of rusthuis in Vlaanderen wordt gedragen", zegt Ann Van Impe (departementshoofd facilitaire dienst). "De kledij is niet alleen vernieuwend, maar ook heel stijlvol. Naargelang hun functie krijgen de medewerkers elk een ietwat andere look, maar wel telkens met dezelfde accenten. Zo vormen ze een mooi geheel en zijn ze goed herkenbaar voor patiënten en bezoekers."

### Schotse ruitjes

De nieuwe kledij heeft iets Schots: op heel wat outfits komen beige ruitjes voor, met een blauw en rood kleuraccent. "De vrouwelijke verpleegkundigen bijvoorbeeld dragen een witte outfit met een geruit accent aan de mouwen en de kraag. De logistieke assistenten op de verpleegafdelingen krijgen een geruite broek die oprolbaar is. Dat kan goed van pas komen tijdens de warme zomermaanden. De beige tinten komen verder ook terug in de vestjes van de onderhoudsmedewerkers, die ook een geruite broek dragen. De kinesisten krijgen een rode polo, de logistieke medewerkers een groene en de technische dienst een blauwe. De kledij is overigens semigepersonaliseerd: niet op naam, maar wel volgens maat en functie. We hopen dat iedereen tevreden zal zijn met de nieuwe look..."



Dr. Liesbeth Ottoy

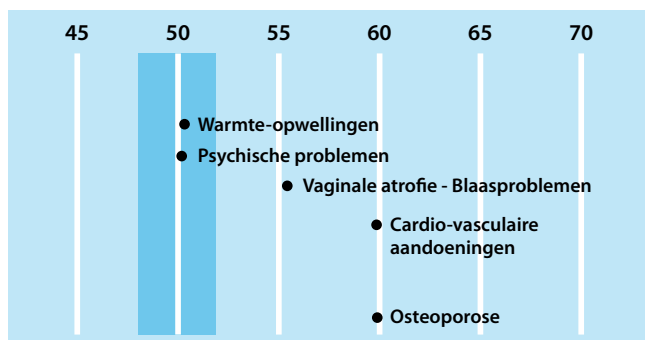
# Hormoongebruik tijdens de menopauze

Menopauze is de levensfase na het wegvallen van de productie van vrouwelijk hormoon door de eierstok. De gemiddelde leeftijd waarop de menopauze optreedt, is 52 jaar. Concreet betekent dit dat de maandelijks bloedingen definitief achterwege blijven. Door een nog steeds stijgende levensverwachting, krijgt de vrouw nu, in de toegevoegde levensjaren, helaas ook te maken met symptomen of klachten van menopauze. Er moet een nieuw evenwicht gevonden worden tussen kwaliteit van leven tijdens het ouder worden. De epidemiologische gegevens onderlijnen de nood om meer aandacht te geven aan optimale levenskwaliteit in de menopauze.

## Menopauze

Het wegvallen van de productie van de vrouwelijke hormonen kan ingrijpende veranderingen teweeg brengen. (figuur 1) Het meest op de voorgrond staande gevolg van oestrogeentekort, is het ontstaan van warmteopwellingen. Deze warmteopwellingen of vapers komen voor bij 60% van de vrouwen en zelfs 20% van de vrouwen heeft er na 5 jaar nog steeds last van. Bij een belangrijk percentage van de vrouwen zijn deze klachten zeer uitgesproken en kunnen ze leiden tot slechte nachtrust, moeheid en prikkelbaarheid. Bovendien zijn warmteopwellingen soms sociaal zeer handicaperend. Andere voelbare klachten die ook eerder in het begin van de menopauze optreden zijn: uitdroging van de huid en slijmvliezen, dyspareunie, stramheid, verminderd libido.

**Figuur 1: symptomen van de menopauze**



Een ander, voor de vrouw, minder herkenbaar gevolg van hormoontekort is versnelde botafbraak. Een vrouw voelt niet dat haar beenderen te broos worden; het is pas wanneer zij op latere leeftijd een osteoporotische breuk doormaakt, dat de aandoening wordt gediagnosticeerd. Osteoporose wordt in de praktijk nog steeds te weinig opgespoord en jammer genoeg ook nog te weinig behandeld. De screening kan nochtans door een vrij eenvoudige botdensitometrie. Er zijn aanwijzingen dat de totale mortaliteit door osteoporose even hoog en zonet nog hoger is dan deze van borstkanker. Bovendien geven osteoporotische fracturen aanleiding tot een duidelijke vermindering van de levenskwaliteit. Vaak is een opname in een rusthuis

noodzakelijk, gezien de vrouw na een fractuur niet meer autonoom kan leven.

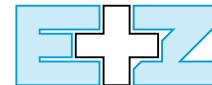
Met ouder worden treden er op het gebied van hart en bloedvaten ook belangrijke veranderingen op. Bij een aantal vrouwen zullen de vetten in het bloed (zoals cholesterol en triglyceriden) veranderen. Bovendien komt hoge bloeddruk ook vaak voor in de menopauze en wordt het vaak, net zoals osteoporose, niet herkend. In de vroege menopauze heeft ongeveer de helft van de vrouwen een verhoogde bloeddruk.

Grote Europese enquêtes bij vrouwen tonen aan dat de perceptie van de kans op het krijgen en sterven aan borstkanker veel groter is dan de feiten laten vermoeden. Minder dan 10% van de vrouwen denken dat ze zullen sterven aan hart- en bloedvataandoeningen, terwijl dat in werkelijkheid meer dan 60% is. De kans op sterven aan hart- en bloedvataandoeningen is minstens 10 maal hoger dan deze om te sterven aan borstkanker. Gegevens die aantonen dat overgewicht leidt tot een verhoogde kans op borstkanker en hart- en vaatziekten zijn vrijwel niet gekend door de vrouw. Dat enkele uren sporten per week en het matigen van alcohol, de kans op borstkanker kunnen verminderen is eveneens niet gekend.

## Hormoonsubstitutie als behandeling

Voor de vrouw betekent het wegvallen van de hormonen een belangrijke verandering. In feite komt dit overeen met een systematische castratie rond de leeftijd van 52 jaar. De huidige consensus is duidelijk: indien er geen klachten zijn, is het corrigeren van de hormoonuitval niet zinvol. Het is echter wel aangewezen om veranderingen zoals vb. verhoging van de cholesterol of hypertensie, op te volgen en te behandelen met de bewezen doeltreffende medicatie. Vrouwen die een sedentatief leven lijden, dienen te worden aangespoord om meer te bewegen en te sporten.

De behandeling van menopauzale klachten wordt het best aangepast aan de vrouw. Bij slechts lichte klachten van vapers kunnen evidente maatregelen zoals lichtere kleding en het verminderen van de kamertemperatuur reeds verbetering geven. Bij ernstige klachten zijn alle nationale (BMS) en internationale (IMS, EMAS) consensussen het er over eens dat natuurlijke hormonen een aangewezen behandeling vormen. Staan warmteopwellingen, moeheid, slapeloosheid, prikkelbaarheid op de voorgrond, is het geven van hormonen de beste oplossing. Deze hormonen kunnen oraal, transdermaal of intracutaan worden toegediend. Is er enkel een klacht van pijn bij betrek-



kingen of terugkomende irritatie door vaginale uitdroging, is een lichte hormonale crème of vaginale zetpil, éénmaal per week, reeds een afdoende behandeling.

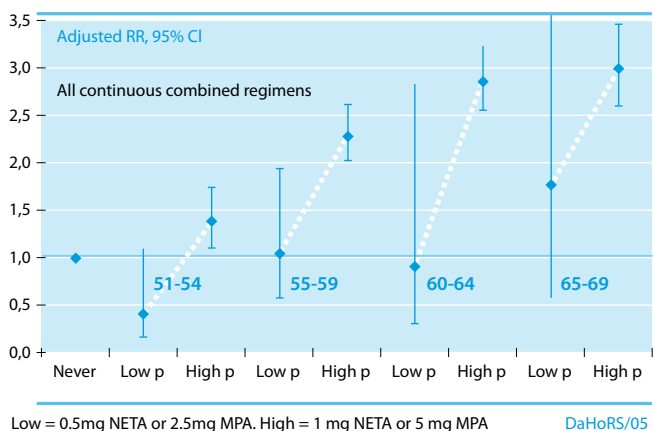
Uit studies is gebleken dat het eerder gunstig is om te starten met hormonen tussen de 50 en de 60 jaar. Uiteindelijk bleek dat er 6 op de 1000 vrouwen minder sterven, wanneer hormonen vroeg in de menopauze werden gestart.

Het belangrijkste verschil in hormonale substitutie therapie met ongeveer 50 jaar geleden, is de dosis. In juli 2002 werden de resultaten van de "Women's Health Initiative" (WHI)-studie bekendgemaakt, waaruit bleek dat gecombineerde hormonale substitutietherapie positief geassocieerd was met het ontstaan van borstkanker. Deze informatie sijpelde langzaam door naar het Belgische publiek, met een sterke daling van HST gebruik gedurende de volgende 3 jaar.

In recente gerandomiseerde, placebo gecontroleerde, studies werd het effect van een lage dosis oestrogenen onderzocht. De resultaten zijn geruststellend. Een lage dosis van oestrogenen, zijnde 1 mg of minder, kan perfect veilig gegeven worden aan menopauzale vrouwen. Wanneer deze oestrogenen gecombineerd moeten worden met een progestageen, kiest men het best voor een natuurlijk progestageen in plaats van een synthetisch product. Uit figuur 2 (gegevens uit de DaHoRS studie) kan men afleiden dat een laag gedoseerde gecombineerde hormoontherapie in de leeftijdsgroep van 51 tot 54 jaar zelfs een gunstig effect heeft op borstkankerrisico (adjusted RR: lager dan 0.5).

De huidige trend van hormoongebruik in Vlaanderen toont aan dat vrouwen in de leeftijdsgroep van 50 tot 60 jaar inderdaad terug vertrouwen hebben om de huidige, borstveilige hormonale preparaten te nemen.

**Figuur 2: the impact of progestagen dose**



**Discussie**

In ons land zal de gemiddelde vrouw minstens één derde van haar leven doorbrengen in de menopauze. Zowel voor de man als voor de vrouw, zijn hart- en vaatziekten de voornaamste doodsoorzaak. Opsporen van risicofactoren (roken, hoge BMI, hoog cholesterol, voeding, diabetes, risicofactoren voor osteoporose en borstkanker) is belangrijk. Voor de meeste aandoeningen zijn er evaluatietabellen om het risico

te bepalen. Voor het berekenen van het risico op vaatziekten kan de Score tabel gebruikt worden (<http://www.liguecardiologique.be>). Een andere risicobepaling is de Frax score voor osteoporose (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp>). Voor het bepalen van het risico op borstkanker zijn verschillende berekeningen mogelijk (Seer databasel, Gail model).

Vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt om de twee jaar een mammografie aangevraagd. Optimaal wordt hierbij de vrouw in het Vlaamse screeningsprogramma opgenomen. Indien bij de vrouw uitgesproken veel klierweefsel aanwezig is, wordt best jaarlijks een mammografie verricht. Dit kan, indien gewenst, gecombineerd worden met een echografie.

Als behandeling van irritatie en terugkerende blaasontstekingen op basis van vaginale atrofie, genieten de topische producten de voorkeur. Pijn bij betrekkingen is, een door de vrouw vaak verzwegen klacht, als gevolg van oestrogeentekort. Eén vaginale suppo per week (vb aacefemine, vagifem) met een lage dosis oestrogenen kan een belangrijk verschil maken in kwaliteit van leven bij de menopauzale vrouw.

Het geven van hormonen is een behandeling die reeds meer dan vijftig jaar wordt toegepast. In tegenstelling tot de tachtiger jaren zijn deze hormonen veiliger geworden met betrekking tot borstkanker. Door de gegevens uit recente studies is het duidelijk dat een lage dosis vaak volstaat. De standaarddosis die vroeger voorgeschreven werd, is te hoog. Nieuwe studies met natuurlijk oestrogeen tonen aan dat 1 mg of zelfs minder, voldoende is om de klachten efficiënt te behandelen. Laag gedoseerde preparaten zijn niet meer geassocieerd met verhoging van de kans op atherosclerose. Een lage dosis oestrogenen geeft praktisch geen borstspanning meer en tevens zijn er geen maandelijkse bloedingen meer.

Bij vrouwen die geen baarmoeder meer hebben is het overigens niet nodig om een progestageen toe te voegen, zodat de eventueel voornaamste hormonale stimulans voor het optreden van borstkanker, niet wordt toegediend. Een grote Deense cohorte studie (DaHoRS studie) met meer dan vier miljoen vrouwen-jaren follow-up toont bij deze 1 mg oestrogeen preparaten geen verhoging meer van borstkankerrisico.

**Besluit**

Bij het verouderen is het belangrijk de kwaliteit van leven zo optimaal mogelijk te houden. Voor de vrouw is het belangrijk zo lang mogelijk autonoom te kunnen functioneren. Het is duidelijk dat de huisarts hier een belangrijke rol speelt om bepaalde beperkingen van de zintuigen (gehoorverlies door vb sebumopstapeling; gezichtsverlies door vb vertroebeling van de lens) te detecteren en vrouwen indien nodig te verwijzen. Ook hier is het opsporen en behandelen van hypertensie en verhoogde cholesterol uitermate belangrijk. Mammografische screening is belangrijk, of de vrouw nu hormonen neemt of niet.

De aanbevelingen van verschillende organisaties blijven een goede strategie: bij menopauzale klachten dient men eerst te opteren voor alternatieven zoals voldoende lichaamsbeweging en lokale hormonale therapie; bij blijvende klachten kan hormonale substitutietherapie slechts gebruikt worden aan de laagst werkzame dosis en voor de kortst mogelijke tijd. Levenskwaliteit garanderen tijdens het ouder worden is van groot belang. Men hoeft niet langer te leren leven met menopauzale klachten. Ze kunnen veilig en efficiënt behandeld worden. Er is een duidelijke trend om laag gedoseerde preparaten te gebruiken.



Dr. Tom De Keukeleire

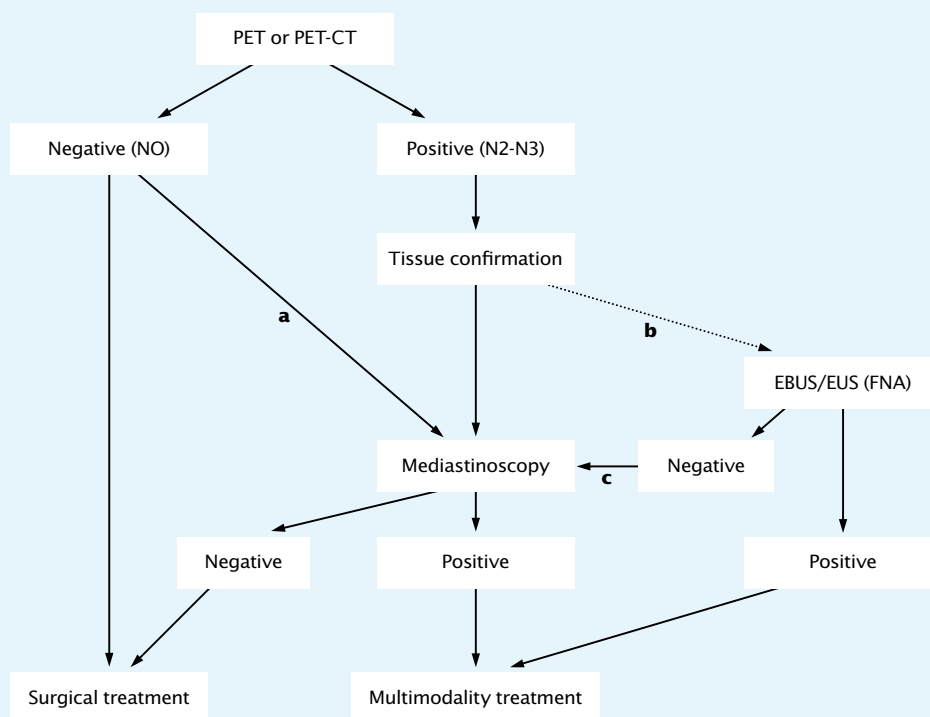
## MINIMAAL INVASIEVE STAGERING VAN HET NIET-KLEINCELLIG LONGCARCINOOM VIA ‘ENDOBONCHIAL ULTRASOUND’: EBUS-TBNA

De incidentie van longtumoren neemt progressief toe met jaarlijks ongeveer 7000 nieuwe gevallen. Qua kankersterfte is longkanker bij mannen al langer de absolute nummer 1, in een aantal landen is dat ondertussen ook voor vrouwen het geval. Tachtig procent van de longtumoren betreft een niet-kleincellig bronchuscarcinoom. Bij patiënten zonder haematogene metastasering is aantasting van mediastinale klieren de belangrijkste prognostische factor. Preoperatief een zo goed mogelijke stagering van het mediastinum bekomen, heeft dan ook belangrijke implicaties voor de behandeling. Bij invasie van

de mediastinale adenopathieën is de 5-jaarsoverleving na heekunde immers minder dan 10%.

In 2007 heeft de European Society of Thoracic Surgery (ESTS) richtlijnen gepubliceerd over de stagering van het niet-kleincellig longcarcinoom (figuur 1). Beeldvormende technieken zoals CT-scan of geïntegreerde PET-CT zijn belangrijk, maar de sensitiviteit en specificiteit van deze onderzoeken zijn onvoldoende om tot een correcte stagering te leiden.

Bij resecabele tumoren is het basisprincipe dat



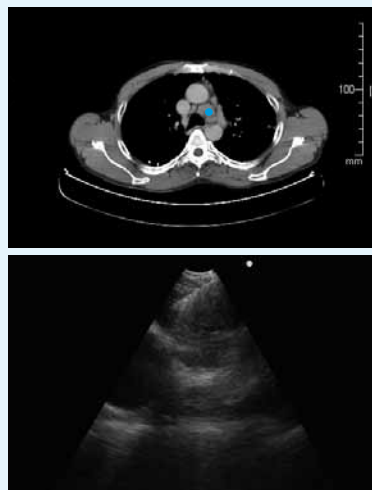
Figuur 1: Algoritme van de ESTS (naar De Leyn et al. Eur J Cardiothorac Surg 2007;32:1-8)

PET-positieve mediastinale bevindingen altijd cytohistologisch moeten bevestigd worden. Wanneer de PET negatief is wat betreft het mediastinum, is er ook weefseldiagnose nodig:

- bij centrale tumoren
- bij tumoren met lage opname van FDG-tracer
- bij aanwezigheid van PET-positieve hilaire klieren (NI-ziekte)
- bij aanwezigheid van mediastinale adenopathieën groter dan 16mm (in lengte-as). Een korte as  $\geq 10$ mm wordt ook vaak als mogelijks pathologisch bestempeld.

In die guidelines van de ESTS is de cervicale (video-)mediastinoscopie de gouden standaard voor het verkrijgen van weefseldiagnose. Deze ingreep gebeurt onder algemene narcose. De aanbeveling is om bipten te nemen van de hoog paratracheale lymfeklieren (station 2) links en rechts, van de laag paratracheale lymfeklieren (station 4) links en rechts en de subcarinale lymfeklieren (station 7). Gezien de aanwezigheid van de arteria pulmonalis en de nervus laryngeus recurrens horen bloedingen en (permanente) heesheid tot de mogelijke complicaties.

Endobronchiale echografie met punctie (“endobronchial ultrasound with transbronchial needle aspiration, EBUS-TBNA”) wordt volgens de richtlijnen van 2007 omschreven als een “minimaal invasief” alternatief. De procedure gebeurt in dagkliniek onder milde sedatie (midazolam of propofol) met ook lokale verdoving van de keel en stembanden. Een EBUS-bronchoscoop is uitgerust met een echosonde aan het distale uiteinde, voorzien van een met water gevuld ballonnetje om echogeleiding te verzekeren (foto 1). Door contact te maken met de bronchuswand kunnen de achterliggende lymfeklieren gevisualiseerd worden. Op die manier kunnen niet alleen station 2 en 4 (links en rechts) en 7 geëvalueerd worden, maar ook de hilaire klieren (station 10 en 11 links en rechts). Tijdens de bronchoscopie kan onmiddellijk een echo-geleide punctie gebeuren voor het verkrijgen van cytologie (figuur 2). Stollingsstoornissen zijn de enige contra-indicaties voor de procedure. De specificiteit van EBUS-TBNA is hoog, een positief resultaat kan dan ook als bewijs van lymfeklieraantasting gebruikt worden. Wegens de lage negatief voorspellende waarde moet volgens de huidige guidelines bij een negatieve punctie wel aanvullend een mediastinoscopie gebeuren.



**Figuur 2:**  
**CT Thorax met paratracheale klier links (4L)**  
**Echobeeld klier 4L met punctienaald ter plaatse**

De Endoscopie Werkgroep van de Belgische vereniging voor Pneumologie (BVP) heeft eind 2008 richtlijnen over het gebruik van EBUS-TBNA gepubliceerd. De richtlijnen van de ESTS over staging van het niet-kleincellig longcarcinoom worden grotendeels gevolgd, al wordt EBUS-TBNA duidelijker naar voor geschoven als eerste keus onderzoek en dit op basis van talrijke publicaties.

De noodzaak tot mediastinoscopie bij een negatief resultaat blijft actueel gehandhaafd, al komt er meer en meer evidentie die deze houding in twijfel trekt. De recent voorgestelde ASTER-studie, multicentrisch en internationaal, waarin oa het UZ Gent een voortrekkersrol gespeeld heeft, toont dat slechts 1 op 11 mediastinoscopieën, na een negatieve EBUS, toch maligne invasie oplevert. Stof voor discussie in de toekomst ...

In conclusie, correcte staging van het niet-kleincellig longcarcinoom is uitermate belangrijk voor het inschatten van de prognose en het bepalen van de juiste behandelingsstrategie. EBUS-TBNA is daarbij een belangrijke hoeksteen én bovendien minimaal invasief. Aanvullende mediastinoscopie blijft actueel wel noodzakelijk bij een negatief resultaat.

**Foto 1: Echosonde op de distale tip van bronchoscoop met ballon en punctienaald**







# Nieuwe artsen

## Dr. Els Lorré – dienst Fysische geneeskunde

Dr. Els Lorré studeerde in 1992 af als arts aan de K.U.Leuven. Na haar specialisatie Fysische geneeskunde en revalidatie volgde ze in het Ziekenhuis Inkendaal – tot voor enkele jaren gekend als ‘De Bijtjes’ – een extra specialisatiejaar Neuromotorische revalidatie. Uiteindelijk bleef ze er in totaal dertien jaar werken. Op 1 oktober keerde ze terug naar haar roots in Oost-Vlaanderen. Dr. Els Lorré: “Samen met dr. Moyaert en dr. Pauwels sta ik

in voor de consultaties fysische geneeskunde en EMG. Verder werk ik samen met dr. Pauwels op de revalidatieafdeling en zal ik de ambulante fysiotherapie medische ondersteuning geven. Het is de bedoeling om de behandeling van diverse locomotorische problemen, bijvoorbeeld osteoporose, verder uit te bouwen in overleg en in samenwerking met de betrokken specialismen in het ziekenhuis.”



## Dr. Tom De Keukeleire – Longziekten



Sinds 1 oktober maakt dr. Tom De Keukeleire deel uit van de dienst Longziekten van het AZ Sint-Elisabeth, in associatie met dr. Remels en dr. Van Schoote. Naast de algemene pneumologie zal dr. Tom De Keukeleire ook instaan voor de interventionele pneumologie, zijn specialiteit. “Een van de redenen om hier aan de slag te gaan, was dat ik de kans kreeg om het interventionele luik verder uit te bouwen”, zegt dr. De Keukeleire. “In dat

verband zal ik de endobronchiale ultrasound, kortweg EBUS, opstarten. Dat is een nieuwe onderzoekstechniek die wordt gebruikt in de staging van longtumoren.” Dr. De Keukeleire studeerde in 2000 af als arts aan de UGent en in 2006 als pneumoloog aan de VUB. Daar bekwaamde hij zich gedurende vier jaar in de interventionele pneumologie. Hij werkt er nu nog één dag per week, op maandag, als klinisch staflid.

## Dr. Nathalie Van Belle – Anesthesie

In 2004 studeerde dr. Nathalie Van Belle af als arts aan de UGent. Vijf jaar later behaalde ze haar diploma in de anesthesie, waarna ze als assistent werkte op de afdeling Intensieve Zorgen van het UZ Gent. Op 1 augustus 2010 ging ze aan de slag in het AZ Sint-Elisabeth. “De werksfeer is hier bijzonder aangenaam en ook de streek spreekt mij aan”, zegt dr. Van Belle.

“Daarnaast is het een grote uitdaging om ook in de pijnkliniek van het ziekenhuis te werken. Daarvoor volg ik trouwens een specifieke opleiding in het AZ Sint-Jan in Brugge, telkens op maandag en dinsdag. Op de andere dagen werk ik in het AZ Sint-Elisabeth als anesthesist in het operatiekwartier en in de pijnkliniek. Voorlopig blijft dat nog zo tot augustus volgend jaar.”



## Wist u dat...

**... dr. Willy Van Ginderachter eind augustus het AZ Sint-Elisabeth verliet?** Dr. Van Ginderachter ging in oktober 1982 aan de slag in het ziekenhuis. Hij bouwde er, samen met dr. Gaston De Naeyer, de dienst Orthopedische chirurgie uit. In de beginjaren van deze dienst was er nog geen echte subspecialisatie, waardoor beide artsen instonden voor alle aspecten van hun medisch specialisme. Intussen zijn de diagnostische en therapeutische mogelijkheden uiteraard al flink geëvolueerd en wordt het team versterkt door vier jongere collega's.

**... het AZ Sint-Elisabeth in oktober afscheid nam van dr. Luc De Waele?** Op 1 januari 1999 werd de samenwerking tussen de dienst Neurochirurgie van het AZ Sint-Lucas in Gent en het AZ Sint-Elisabeth opgestart. Dr. De Waele fungeerde als gangmaker en werd hierbij gesteund door zijn collega's uit Gent. Aanvankelijk werd vooral aan hersenchirurgie en chirurgie van hersentraumata gedaan, maar de dienst werd gaandeweg verder uitgebouwd. Nu heeft dr. De Waele de fakkel doorgegeven aan zijn jongere teamgenoten.

## Strijd tegen ondervoeding

Veertig procent van de patiënten die in een ziekenhuis verblijven, komt ondervoed binnen of geraakt ondervoed tijdens de opname. Daarom startte de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een pilootproject op waarbij voedingsteams het probleem aanpakken. Ook het AZ Sint-Elisabeth bindt mee de strijd aan tegen ondervoeding.

Sedert het najaar houdt voedingsconsulente Sara Paridaens de ondervoeding bij geriatrie patiënten in het AZ Sint-Elisabeth in de gaten. Screenen is de eerste stap. "Voorlopig voeren we enkel systematische controles uit bij geriatrie patiënten, omdat zij het grootste risico lopen op ondervoeding. Op aanvraag screenen we ook patiënten van het klinisch pad COPD", zegt Sara Paridaens. "Onze patiënten krijgen eerst en vooral enkele basisvragen waaruit blijkt of er verder gescreend moet worden. Bij een te lage score berekenen we de Body Mass Index, checken we of de patiënt voldoende fruit, groenten en proteïnen eet, enzovoort. Zo kunnen we ondervoeding efficiënt opsporen."

### Hervoeden en bewaken

Geeft de screening aan dat de patiënt ondervoed is of er een groot risico bestaat op ondervoeding, dan treedt stap twee in werking: 'renutrition'. Sara Paridaens: "Vooral de behoefte aan calorieën en eiwitten wordt bekeken en vervolgens vergeleken met de voedselinname. Zo bepalen we welke extra voeding de 'probleempatiënten' eventueel nodig hebben. Dat gebeurt tijdens de wekelijkse vergaderingen met de geriater, de hoofdverpleegkundige, de kinesist, de ergotherapeute, de apotheker en de logopediste. De derde stap ten slotte is bewaking: elke middag ga ik bij alle ondervoede patiënten langs om te voedselinname en de bijvoeding te controleren en op te volgen." De bedoeling is om het project uit te breiden tot het hele ziekenhuis, en later zelfs over de ziekenhuismuren heen. "We streven naar een transmurale samenwerking, waarbij hulpverleners buiten het ziekenhuis advies krijgen over de voedingstherapie die in het ziekenhuis werd opgestart. Maar dat is voorlopig nog toekomstmuziek", aldus Sara Paridaens.



Sara Paridaens

## In het voetspoor van Damiaan



Jef Vermassen samen met het pastoraal team

Begin september hield de Pastorale dienst van het AZ Sint-Elisabeth, samen met het PZ Sint-Franciscus, een vormingsavond over Sint 'Pater' Damiaan. Spreker was advocaat Jef Vermassen, die ruim driehonderd toehoorders lokte naar het ziekenhuis. In zijn betoog prees hij de figuur van Damiaan als voorbeeld voor elke 'zorgende'.

De lezing over Damiaan was een initiatief van het Pastoraal team van het AZ Sint-Elisabeth. Bernadette Stautemas (Pastorale dienst): "We willen zo mogelijk af en toe een prominent spreker uitnodigen om zo ons eigen steentje bij te dragen aan de vorming van collega's, artsen en verpleegkundigen. Om het leven van Damiaan toe te lichten, die eigenlijk aan palliatieve zorg avant la lettre deed, dachten we meteen aan Jef Vermassen. Deze mediafiguur is niet alleen een gerenommeerd advocaat, strafrechter en auteur, maar was eerder ook al de vurige pleitbezorger van Damiaan bij zijn verkiezing tot Grootste Belg aller tijden."

Damiaan is een groot voorbeeld van zorg en inspireert dan ook iedereen die in de zorgsector actief is. "Zijn authentieke nederigheid is een voorbeeld voor iedere hulpverlener", zegt Bernadette Stautemas. "Nederigheid is immers noodzakelijk om dicht bij de zieke te staan, naar hem te luisteren en hem te kunnen helpen. We vonden het dan ook belangrijk om daar even stil bij te staan. Damiaan moet ons nog steeds aan het denken zetten."



V.l.n.r.: Boudewijn Baeskens, Jef Vermassen en John Himpe



## Gezond leren eten en bewegen

Obesitas komt niet alleen voor bij volwassenen, ook steeds meer kinderen kampen met overgewicht. Op latere leeftijd kan dat leiden tot hart- en vaatandoeningen. Het AZ Sint-Elisabeth vond het dan ook hoogtijdd om hier iets aan te doen.



**Dr. Eliane Lagasse**

Kinderen met obesitas worden vaak gepest op school. Dr. Eliane Lagasse (diensthoofd Pediatrie): "Vooral bij meisjes zorgt dat voor een lager zelfbeeld en vaak voor serieuze voedingsproblemen wanneer ze ouder worden. Omdat voeding voor een stuk een gewoonte is, willen we het probleem al op jonge leeftijd aanpakken. Als kinderen al vroeg leren om goed te eten en te bewegen, dan blijven ze dit ook meestal doen."

### Sportclub

De dienst Pediatrie biedt daarom begeleiding aan voor kinderen met obesitas. "Dat idee is gegroeid omdat we steeds vaker obese kinderen over de vloer kregen. We willen deze kinderen motiveren om iets aan hun gewicht te doen, met de nodige begeleiding door een diëtiste. De aanpak voor kinderen is uiteraard verschillend dan die voor volwassenen. Zo mag het dieet niet te streng zijn omdat het kind nog moet groeien. De nadruk ligt daarom meer op een evenwichtige, gezonde voeding. En natuurlijk ook op beweging. We stimuleren de ouders onder meer om hun kinderen in een sportclub in te schrijven."

Bij een klein percentage is er een medische oorzaak voor het overgewicht. "Problemen met de schildklier bijvoorbeeld kunnen aanleiding geven tot obesitas", zegt dr. Lagasse. "Om dergelijke oorzaken uit te sluiten, vragen we dat het kind eerst wordt gezien door een huisarts of een kinderarts. Is er geen medische oorzaak, dan kan het kind worden doorverwezen naar onze diëtiste. Na een intakegesprek stelt deze samen met de ouders een dieetplan op."

## PAAZ tijdelijk geparkeerd



**De tijdelijke systeembouw**

De werken aan de nieuwe psychiatrische afdeling (PAAZ) van het AZ Sint-Elisabeth zijn volop aan de gang. De patiënten worden in de tussentijd opgevangen in een tijdelijke systeembouw tussen het dagziekenhuis en de spoedopname.

De tijdelijke systeembouw op de parking is uitgerust als een volwaardige dienst. Roland De Bosscher (directeur Facilitaire dienst): "De systeembouw is bereikbaar via een speciale ingang vanuit het onthaal van het ziekenhuis. Afzonderlijke kamers, een gemeenschappelijke living, sanitair... Alle faciliteiten van een normale afdeling zijn er aanwezig. Met uitzondering van de therapieruimtes. Die bevinden zich voorlopig nog op de eerste verdieping en verhuizen binnenkort naar de kelderverdieping, in het voormalige personeelsrestaurant. Maar afgezien daarvan hebben de PAAZ-patiënten er alle comfort. Dat moet ook, want het zal ongeveer negen maanden duren vooraleer de bouwwerken achter de rug zijn."

Als alles volgens plan verloopt, is de gloednieuwe PAAZ gebruiksklaar tegen de zomer. "De afdeling krijgt een compleet nieuwe, moderne look", zegt Roland De Bosscher. "Zo krijgen alle kamers een douche en airco en ondergaat de grote therapie- en ontspanningsruimte een volledige make-over. Om de privacy te garanderen, zal de ruimte ook opgedeeld kunnen worden in compartimenten. Op die manier is ook de PAAZ helemaal aangepast aan de noden van vandaag."



**Informatieblad AZ Sint-Elisabeth Zottegem is een uitgave van AZ Sint-Elisabeth vzw**

**hoofdredactie:** H. De Vleeschouwer ■ **redactieraad:** R. De Bosscher ■ J. Gabriëls ■ A. Libbrecht ■ H. Libbrecht ■ A. Moens ■ C. Monté ■ D. Van Caillie ■ I. Van Der Sijpt ■ **fotografie:** Bart Cloet ■ **realisatie:** f-twee uitgeverij ■ www.f-twee.be ■ **verantwoordelijke uitgever:** Jan Gabriëls ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem ■ Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00



## Agenda

### LEVEN ZOALS VOORHEEN

#### Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie

Het ziekenhuis geeft info-namiddagen op de volgende data:

- zaterdag 12 februari 2011
- zaterdag 4 juni 2011
- zaterdag 10 september 2011
- zaterdag 5 november 2011

De week ervoor wordt het onderwerp medegedeeld in de voornaamste kranten.  
Plaats: AZ Sint-Elisabeth van 14.00 tot 16.00 uur.  
Inkom is gratis en er is geen reservatie noodzakelijk.  
Voor meer inlichtingen: Mevr. Anita Baeyens  
tel. 053 83 24 78.

### MEDISCHE LESSENCYCLI

#### aanvang 21.00 uur

25/01/11 Triverius  
22/03/11 Triverius (ethiek)  
26/04/11 Triverius  
24/05/11 Triverius  
27/09/11 Triverius  
25/10/11 Triverius  
22/11/11 Triverius (ethiek)

### VOOR AANSTAANDE OUDERS

#### Infobeurs: 'Baby aan boord'

- 5 februari 2011
- 18 juni 2011
- 22 oktober 2011

### BLOEDINZAMELING 2011

- 19 januari 2011
- 20 april 2011
- 20 juli 2011
- 19 oktober 2011

## Nieuw leven op Neonatologie

De dienst Neonatologie van het AZ Sint-Elisabeth werd compleet gerenoveerd en uitgebreid. Dat biedt een grote meerwaarde voor de kersverse ouders: hun pasgeborenen moeten bij problemen veel minder snel worden doorverwezen naar een academisch ziekenhuis.



Baby's die te vroeg geboren worden, een te laag gewicht hebben en andere 'probleembaby's' komen doorgaans op de dienst Neonatologie terecht. Deze subafdeling van de dienst Materniteit werd onlangs vernieuwd en uitgebreid en opende op 1 oktober haar deuren. Dr. Eliane Lagasse (diensthoofd Neonatologie): "Er is onder meer nieuwe apparatuur aangekocht, zoals couveuses en monitors, en de dienst voldoet nu aan alle moderne normen en eisen. Niet alleen architecturaal, maar ook op het vlak van personeel. Zo kregen alle medewerkers van de neonatologie een speciale opleiding in de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) van het UZ Gent, zodat ze op de hoogte zijn van de allernieuwste technieken. Door de uitbreiding van de associatie staan nu ook meer artsen in voor de neonatologie: dr. Favere, dr. Van Damme, dr. Naudts, dr. Houthoofd en ikzelf."

#### Aangenamer voor de mama's

Met de uitbreiding van de dienst moeten minder zuigelingen doorverwezen worden naar de NICU van het UZ Gent. "En dat is veel aangenamer voor de mama's", zegt dr. Lagasse. "Als er werkelijk zware problemen zijn, zoals bij extreem vroeg geboren baby's, wordt er natuurlijk nog steeds doorverwezen naar het UZ Gent. Maar door de opwaardering van onze eigen dienst zullen ook deze baby's probleemloos kunnen terugkeren naar ons ziekenhuis van zodra de kritieke fase achter de rug is."

AZ Sint-Elisabeth ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem

Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00

E-mail: [azstelisabeth.zottegem@sezz.be](mailto:azstelisabeth.zottegem@sezz.be) ■ [www.sezz.be](http://www.sezz.be)