

Checkup

met AZ Sint-Maarten

Informatie voor de zorgverstreker uit de regio | februari 2017

Kunst in het nieuwe ziekenhuis

De ziekenhuisapotheek

De ziekte van Parkinson
multidisciplinair aanpakken

Medische beeldvorming onder de loep

**De immuuntherapie
(r)evolutie**

Vanaf 1 januari 2017 zijn de indicaties voor terugbetaling van immuuntherapie uitgebreid. Maar wat is immuuntherapie precies? Voor welke kankeraandoeningen is ze effectief? Welke behandelingen komen in aanmerking voor terugbetaling? En welke effecten mogen we op lange termijn verwachten? Tijd voor een update.

De immuuntherapie (r)evolutie

“Ziekmakers” herkennen en elimineren

Ons immuunsysteem bestaat uit gespecialiseerde cellen, die erop gericht zijn om ‘ziekmakers’, zoals maligne ontaarde cellen, te herkennen en te elimineren. Toch slaagt het daar om verschillende redenen niet in. Eén van die redenen is dat kankercellen bepaalde proteïnen aanmaken die het immuunsysteem afremmen, waardoor ze ongemerkt in ons lichaam kunnen tekeergaan. De bedoeling van immuuntherapie is om het afweersysteem zo te stimuleren dat het kankercellen in het lichaam opnieuw detecteert en aanvalt, terwijl klassieke behandelingen van kanker de tumoren rechtstreeks aanvallen.

Soorten immuuntherapie

Er bestaan verschillende types van immuuntherapie. De vorm die de laatste tijd vooral in de belangstelling staat, is de behandeling met **checkpoint remmers**. Die binden zich aan specifieke receptoren op de kankercellen, waardoor het immuunsysteem wordt geactiveerd en de kankercellen worden herkend en vernietigd. De officieel geregistreerde geneesmiddelen die onder deze groep vallen, zijn ipilimumab (Yervoy®), nivolumab (Opdivo®) en pembrolizumab (Keytruda®). Verder zijn er de **monoklonale antilichamen**: kunstmatig gemaakte eiwitten die specifieke proteïnen op kankercellen detecteren, waardoor het immuunsysteem ze kan vernietigen. Er zijn de **cytokines**: eiwitten die zowel in ons lichaam als synthetisch kunnen worden aangemaakt, en die erop gericht zijn het immuunsysteem te versterken in zijn totaliteit.

Daarnaast zijn er nog enkele, meer **experi-**

mentele vormen van immuuntherapie,

zoals de kankervaccins, die net als klassieke vaccins een afweerreactie proberen uit te lokken. Dendritische celvaccinatie is hier een voorbeeld van. Er is genterapie waarbij de afweercellen genetisch gemanipuleerd worden om kankercellen te elimineren. En er is T-celtherapie waarbij afweercellen uit een stukje tumorweefsel worden gehaald, massaal worden opgekweekt, gemanipuleerd en

“Immuuntherapie staat nog in de kinderschoenen, maar kan toch voor heel wat patiënten een groot verschil maken.

nadien terug in het lichaam worden geïnjecteerd om kankercellen uit te schakelen. In dit artikel spitsen we ons toe op de checkpoint inhibitoren.

Checkpoint inhibitie

Ipilimumab (Yervoy®) is een antistof gericht tegen CTLA-4, een eiwit dat aanwezig is in vele soorten T-cellen, maar enkel actief wordt nadat bepaalde T-cellen hun doelwit hebben herkend en van andere moleculen groen licht hebben gekregen. CTLA-4 werkt samen met een aantal andere proteïnen als een reeks moleculaire remmen of ‘checkpoints’ die het immuunsysteem beletten om te destructief te worden. Mochten we deze ‘checkpoints’ niet hebben, zou de immuunrespons

zo escaleren dat geactiveerde T-cellen alle organen in het lichaam infiltreren en volledig vernietigen. Nivolumab (Opdivo®) en pembrolizumab (Keytruda®) zijn allebei antilichamen gericht tegen de PD-1 receptor. Ze blokkeren de receptor zodat de PD-1 ligand (PD-L1) niet kan binden aan deze receptor. Op deze manier wordt ook een signaal geblokkeerd dat geactiveerde T-cellen tegenhield om een kankercel aan te vallen. Zo kunnen de T-cellen dus geactiveerd worden om de kankercel te elimineren.

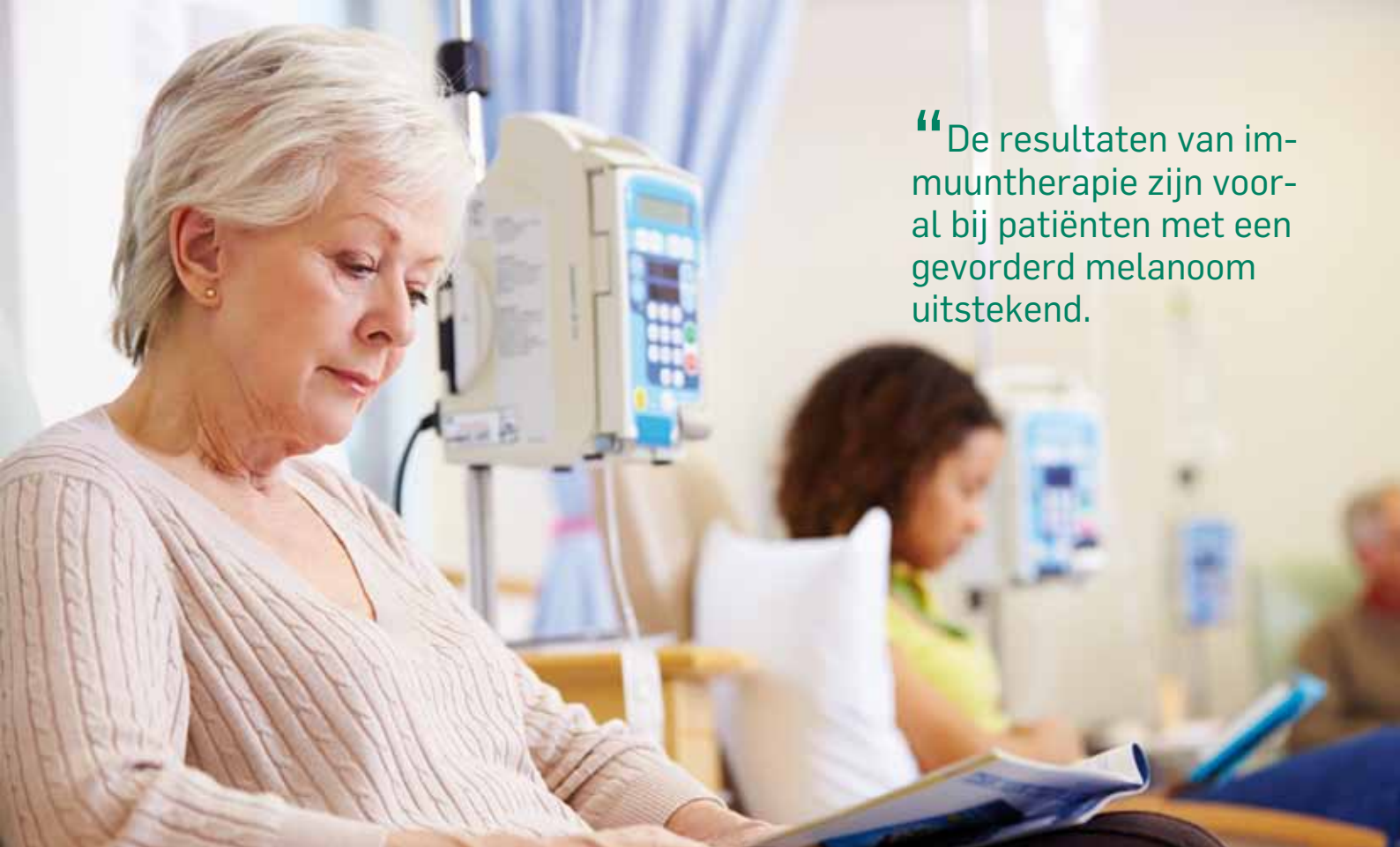
Geregistreerde indicaties

Ipilimumab is terugbetaald voor de behandeling van een inoperabel of gemetastaseerd melanoom in een gevorderd stadium bij volwassenen, al dan niet gecombineerd met nivolumab. Het wordt toegediend om de 3 weken aan een dosis van 3 mg/kg voor een totaal van 4 toedieningen.

Nivolumab is eveneens terugbetaald voor volwassenen met een inoperabel of gemetastaseerd melanoom. De combinatie van ipilimumab met nivolumab bij melanoombehandeling toonde vooral een toename van progressievrije overleving bij patiënten met een lage tumor PD-L1 expressie.

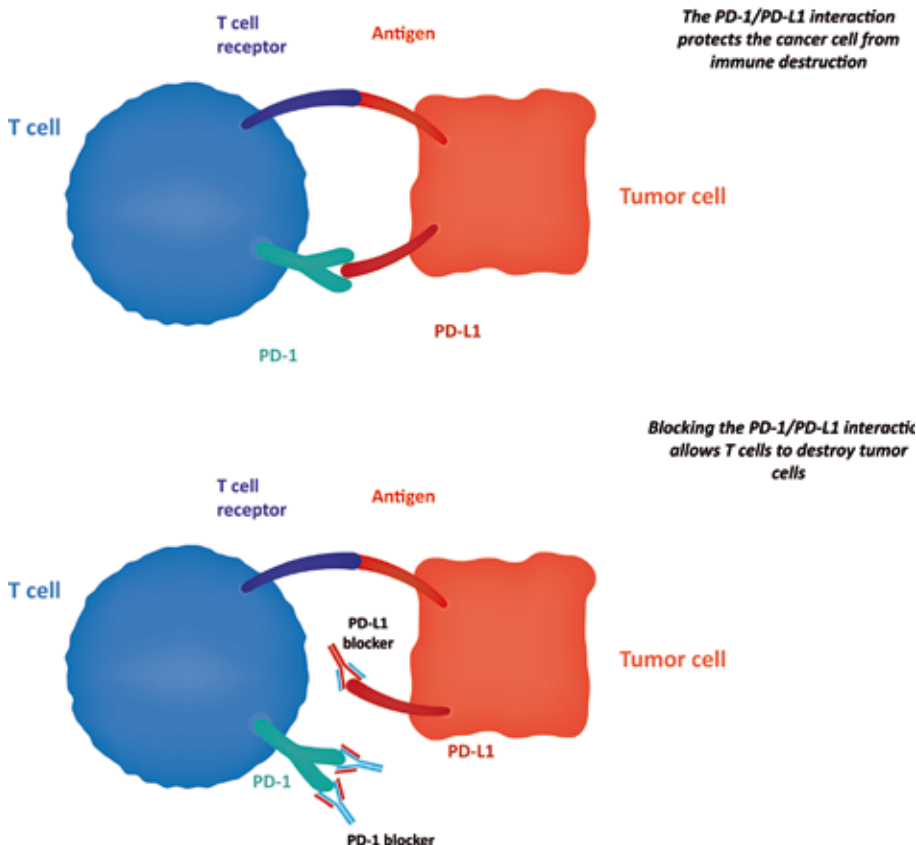
Nivolumab is ook bij volwassenen als monotherapie geïndiceerd voor de behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellige longkanker (NSCLC), na eerdere behandeling met chemotherapie, als ook als monotherapie bij gevorderd niercelcarcinoom na eerdere behandeling.

Terugbetaling is er sinds kort ook voor pati-



“De resultaten van immuuntherapie zijn vooral bij patiënten met een gevorderd melanoom uitstekend.

The PD-1/PD-L1 Blockade



enten met een klassiek Hodgkin lymfoom bij herval of progressie na autologe stamceltransplantatie en post-transplant brentuximab vedotin.

Nivolumab wordt als monotherapie toegediend aan 3 mg/kg gedurende 60 minuten om de 2 weken. In combinatie met ipilimumab (voor melanoma) wordt het toegediend aan 1 mg/kg nivolumab gedurende 60 minuten iedere 3 weken, voor de eerste 4 doses gecombineerd met 3mg/kg ipilimumab gedurende 90 minuten. Nadien wordt nivolumab aan 3 mg/kg gedurende 60 minuten iedere 2 weken toegediend.

De behandeling met nivolumab moet worden vervolgd zolang klinische verbetering wordt waargenomen of totdat de behandeling door de patiënt niet meer verdragen wordt.

Pembrolizumab is geïndiceerd voor behandeling van gevorderd melanoom bij volwassenen. Het wordt toegediend aan 3 mg/kg elke 3 weken gedurende 30 minuten en de behandeling mag worden verdergezet zolang er klinische verbetering is of totdat de behandeling niet meer verdragen wordt.

De 3 producten worden allen intraveneus toegediend.

lees verder op de volgende blz;

Nevenwerkingen van checkpoint inhibitoren

De nevenwerkingen van de checkpoint inhibitoren zijn allen immuungerelateerde bijwerkingen. Deze bijwerkingen zijn frequent: met ipilimumab zo'n 60 à 80%, waarvan 20 à 25% graad 3-4 bijwerkingen. Onder nivolumab rapporteren ± 80 % van de patiënten bijwerkingen, waarvan 16% graad 3-4. In de combinatie nivolumab + ipilimumab werden bij 95% van de patiënten bijwerkingen gerapporteerd, waarvan 55% graad 3-4. Met pembrolizumab worden zo'n 10 à 13% graad 3 tot 5 bijwerkingen gerapporteerd. De meeste immuungerelateerde bijwerkingen zijn omkeerbaar en beheersbaar door onderbreking van therapie, toediening van corticosteroiden en/of ondersteunende zorg.

Ook na het stoppen van de therapie kunnen nog immuungerelateerde bijwerkingen optreden. Bij vermoeden van immuungerelateerde bijwerkingen is het belangrijk dat een adequate beoordeling gebeurt ter bevestiging van de etiologie, best ook steeds in overleg met de behandelende oncoloog. Ook andere oorzaken van de klachten moeten worden uitgesloten. Op basis van de ernst van de bijwerking kan beslist worden om de therapie al dan niet verder te zetten. De meest frequente bijwerkingen zijn huiduitslag, jeuk, immuungerelateerde colitis (diarree, buikkrampen, nausea, braken, dehydratie, soms bloederige stoelgang), huidskleurveranderingen, perifere neuropathie, paresthesieën, duizeligheid, hypofysitis, hyper- en hypothyroidie, hoofdpijn, dysgeusie, droge ogen, pneumonitis, dyspnee en hoest, artralgie, myalgie, spierzwakte, vermoeidheid, mucositis en droge mond, griepale klachten en verstoorde leverfunctiestesten.

De nevenwerkingen treden meestal pas op vanaf de 3e week na starten van therapie. Vooral de cutane bijwerkingen worden het eerst gezien, gevolgd door diarree en colitis (± 5e week), gevolgd door endocriene bijwerkingen en leverfunctiestoornissen (vanaf 6e week).

De nevenwerkingen van nivolumab en pembrolizumab zijn doorgaans iets milder dan de nevenwerkingen van ipilimumab.

Resultaten

Het beoordelen van een oncologische respons onder immuuntherapie stelt de oncoloog soms voor een moeilijke uitdaging. Er zijn 4 scenario's mogelijk:

- een duidelijke afname (respons)
- ziektestabilisatie
- respons na initiële toename van het totaal tumorvolume
- reductie van totale tumorload na verschijnen van nieuwe letsels.

Om hierin toch globaal eenzelfde aanpak te hanteren, werden de 'immune-related response criteria' (irRC) opgesteld. De klassieke RECIST-criteria voor beoordeling van al dan niet respons, zijn dus niet van toepassing bij patiënten onder immuuntherapie.

“Immuuntherapie wacht een mooie toekomst, al mogen we de financiële toxiciteit van deze therapie niet onderschatten.

De resultaten van immuuntherapie zijn vooral bij patiënten met een **gevorderd melanoom** uitstekend. De 2-jaars overleving (overall survival) na therapie met ipilimumab monotherapie bedroeg 53,6%, voor ipilimumab + nivolumab 63,8% in een grote gerandomiseerde studie van 142 patiënten (Checkmate 069 studie). De mediane 'overall survival' is nog niet bereikt in beide groepen. Dit wijst erop dat een grote groep patiënten een langdurige ziektecontrole heeft onder de therapie.

Ook voor pembrolizumab zijn de resultaten gelijklopend: een geschatte 12 maand overleving van zo'n 60 à 70%, afhankelijk van gebruikte dosering en toedieningsinterval. Ook hierbij wordt vaak een langdurige respons waargenomen.

Voor **longtumoren** werd de 1-jaars overleving verbeterd van 24 naar 42% na behandeling met nivolumab versus docetaxel

(Checkmate 017 studie). De mediane overleving werd verbeterd van 9,4 naar 12,2 maanden (Checkmate 057 studie). Voor **niertumoren** werd een grotere objectieve responsratio gezien met nivolumab dan met everolimus in tweede- of derdelijnstherapie. Mediane overleving bedroeg resp. 25 maanden in de nivolumab-groep en 19,6 maanden in de everolimus-groep (Checkmate 025 studie).

Toekomst

Dankzij de goede resultaten met immuuntherapie kreeg het onderzoek naar deze vorm van kankerbehandeling een enorme boost. Er zijn dan ook heel wat nieuwe moleculen die momenteel worden uitgetest. Er wordt nog dit voorjaar een 'Early access program' verwacht van pembrolizumab voor spinocellulair carcinoom bij hoofd-halstumoren. Voor meer zeldzame tumoren zoals Merkel Cell carcinoma is een 'early access program' voor avelumab zeer recent goedgekeurd. Atezolizumab (een anti PD-L1-antistof) lijkt veelbelovend voor urotheelcelcarcinoom. Ook van heel wat andere -mab's hebben we het laatste nog niet gehoord: o.a. tremelimumab, avelumab en durvalumab. Er is dus zeker nog een mooie toekomst weggelegd voor immuuntherapie, al mogen we ook de financiële toxiciteit van deze therapie niet onderschatten. Bovendien beschikken we momenteel nog niet over de middelen of biomarkers om te voorspellen wie een goed effect van immuuntherapie mag verwachten. Ook over de langetermijneffecten van immuuntherapie is nog niets geweten. De immuuntherapie staat nog in de kinderschoenen, maar kan toch voor heel wat patiënten een groot verschil maken.

Meer info & contact



dr. Katrien De Block
oncoloog
tel. 015 40 52 67



Wie langs de werf van ons nieuwbouwziekenhuis rijdt, kan er niet naast kijken. Sinds enkele maanden prijkt het kunstwerk 'Sampled' van de hand van Koen van den Broek op de gevel. Het is niet echter zomaar een kunstwerk. Het is zodanig geïntegreerd in de architectuur dat het bijdraagt aan het helende karakter van het gebouw.

Kom het kunstwerk van dichtbij bewonderen op de Open Wervendag van 7 mei. Bovendien kan je kennismaken met het nieuwe ziekenhuis aan de hand van een begeleid parcours langs verschillende infostanden.

Welkom in het nieuwe ziekenhuis van AZ Sint-Maarten

De helende kracht van kunst



Koen van den Broek licht toe: "In een ziekenhuis ben je onderweg naar genezing. In 'Sampled', het kunstwerk dat ik voor AZ Sint-Maarten maakte, is het thema 'onderweg zijn' ook aanwezig. Het bestaat uit fragmenten van landschappen die ik de voorbije jaren over de hele wereld fotografeerde, en die ik verwerkte in mijn schilderijen. In dit werk komt dus de hele wereld samen. Net zoals in een ziekenhuis".

Al van in een vroeg stadium van de bouwplannen werd er nagedacht over hoe kunst en architectuur elkaar konden aanvullen en versterken. Gesubsidieerde bouwwerken van de overheid zijn nl. verplicht om een kunstproject op te nemen. In de architectuur staat het welbevinden van de patiënt centraal. Maar ook het kunstwerk moest op een duurzame manier bijdragen aan het helende karakter van het ziekenhuis.

Maar hoe kan een kunstwerk dan helend werken? "Het is een rustpunt. Het laat je letterlijk en figuurlijk stilstaan. Het brengt gesprekken op gang. Het leidt je af van je zorgen en er komt een soort van verwondering in de plaats. Iedereen beleeft het kunstwerk op zijn manier. Die ervaring is afhankelijk van

waar je je bevindt en vanuit welk perspectief je kijkt. Iemand vertelde me dat een bepaald fragment van het werk hem deed denken aan een gekarteld mes. Refereert het naar de operatiezaal? Naar de vakkennis van chirurgen? Of naar het snijpunt tussen binnen en buiten? ... Ik hoop dat het werk de dagelijkse beleving van patiënten, bezoekers, voorbijgangers, artsen en verplegers ondersteunt. Dat het telkens nieuwe perspectieven en indrukken opent, waardoor je misschien ook de dingen die je meemaakt in een ander perspectief kunt plaatsen.", aldus Koen van den Broek.

Daarnaast is het kunstwerk ook functioneel. Het is transparant, maar het filtert ook het daglicht en het doet tegelijk dienst als zonnewering. Het kunstwerk heeft bovendien een belangrijke signaalfunctie. Het is verwerkt in de ruggengraat van het gebouw, de centrale as. De kleurvakken en vormen zullen de bezoekers helpen om zich te oriënteren in het gebouw. Medewerkers en artsen kunnen zich dan weer met bepaalde delen van het kunstwerk identificeren. Hun werkplek is onlosmakelijk verbonden met de kleur en vorm van 'hun' deel van het werk."

Hoe zorgen we ervoor dat de juiste patiënt het juiste geneesmiddel krijgt, op het juiste moment en op de juiste manier? Dat is de centrale vraag waarop het geneesmiddelenbeleid in ons ziekenhuis gestoeld is. In het garanderen van medicatieveiligheid hebben we al een lange traditie, maar we sleutelen continu aan verbetering. Het elektronisch medicatievoorschrift, robotisering, extra maatregelen en dubbelchecks rond Hoog Risico Medicatie,... het zijn maar enkele maatregelen die we nemen om medicatiefouten te voorkomen. Welke initiatieven staan nog op stapel?

Ziekenhuisapotheek: veilig geneesmiddelenbeleid

Veel meer dan de juiste pil voor de juiste patiënt



Geneesmiddelenrobot

Medicatieveiligheid verzekeren, betekent onder meer dat je aandacht besteedt aan elke stap in de keten van geneesmiddelenvoorziening. Van opslag, bereiding en distributie tot en met de toediening van de geneesmiddelen. In die keten spelen technologie en automatisering een steeds belangrijkere rol.

Het elektronisch medicatievoorschrift

Sinds 2014 werken we bij AZ Sint-Maarten met het elektronisch medicatievoorschrift (EMV) van Infohos. Momenteel zijn 16 afdelingen van het algemeen ziekenhuis en 14 afdelingen van het psychiatrisch ziekenhuis uitgerold. Eind 2017 zullen alle afdelingen werken met het EMV, met uitzondering van de medisch-technische diensten (spoed, intensieve zorgen en radiologie). Op de afdelingen wordt de individuele medicatie van de patiënt opgeslagen in een mobiele medicatiekar die gekoppeld is aan een pc-kaart. De verpleegkundige kan zo aan het bed van de patiënt de toegediende medicatie registreren.

De voordelen van het elektronisch voorschrift t.o.v. de papieren versie spreken voor zich: betere leesbaarheid, snellere farmaceuti-

“De multidisciplinaire benadering bewijst nog maar eens dat medicatieveiligheid in AZ Sint-Maarten een toprioriteit is die ziekenhuisbreed gedragen wordt.

sche en klinische validatie door de apotheker, vermijden van transcriptiefouten en een verbeterd overzicht van de medicatie van de patiënt. Ook voor de voorschrijvende arts zijn de voordelen legio. Hij of zij heeft immers elektronisch toegang tot het geneesmiddel-formularium van het ziekenhuis, dankzij de koppeling met de apotheektoepassing. En er is een handig opvolgsysteem voor thuismedicatie. De arts kan eenvoudig een ontslagbrief opmaken met de nodige geneesmiddelenvoorschriften voor de thuisapotheek.

Geneesmiddelenrobot voor nog meer veiligheid

De medicatiebevoorrading op diensten met een elektronisch voorschrift gebeurt onder meer door een geneesmiddelenrobot. Die herverpakt losse, ontblisterde pillen in biolo-



gisch afbreekbare zakjes. De unit-dose wordt per patiënt, per toedieningsmoment en per geneesmiddel geproduceerd. Op elk zakje verschijnen de identificatiegegevens van de patiënt, de afdeling, naam van het geneesmiddel, de omschrijving van het geneesmiddel, de toedieningsdatum, het toedieningstijdstip en een unieke barcode.

2 op 10 miljoen

We voerden ook extra controlemechanismen in. Zo krijgt elk geneesmiddel bij het ontblisten een uniek nummer waaraan het lotnummer en de vervaldatum gekoppeld zijn. De barcode met dit unieke nummer begeleidt de medicatie tot op het moment van vullen in de robot. Scanning en RFID-controle garanderen dat de juiste medicatie in het juiste robotvakje belandt. Daarnaast investeerden we in een controleapparaat, de MDM1. Deze machine maakt foto's van elk zakje en controleert of dit het juiste geneesmiddel bevat. De kans dat dit apparaat een unit-dose met een verkeerde pil goedkeurt, is lager dan 2 op 10 miljoen gecontroleerde zakjes.

Bijzondere aanpak van Hoog Risico Medicatie

Ook rond 'Hoog Risico Medicatie' (HRM) nemen we verscherpte maatregelen. Ze gelden voor geneesmiddelen op de PINCH-lijst. Hieronder vallen Potassium (kalium) en andere hoog geconcentreerde elektrolyten (Mg, NaCl > 0,9%), Insuline (herleid naar kortwerkende), Cystostatica en Heparines (hoog gedoseerd). Specifieke richtlijnen verhogen

de veiligheid rond deze medicatie. Zo krijgen alle kalium- en hoog geconcentreerde NaCl-ampullen voortaan een fluogele sticker: 'HRM - Stop: altijd verdunnen'. In de apotheek en op de diensten zijn de locaties duidelijk gelabeld, ook weer met fluogele stickers. Bovendien wordt de HRM bij aflevering vanuit de apotheek steeds apart verpakt in een plastic zakje met een speciale sticker. Zo is het bij levering op de dienst steeds duidelijk dat er HRM aanwezig is bij de bestelling

“ Robotisering helpt niet alleen om de verpleging te ondersteunen maar ook om medicatiefouten te reduceren.

Steeds beter en veiliger

Bij de toediening van HRM doen we altijd een dubbele controle op de 5 principes van medicatieveiligheid (het juiste geneesmiddel, de juiste dosis, de juiste toedieningsweg, het juiste tijdstip en de juiste patiënt) om het risico op medicatiefouten te voorkomen. En dit jaar gaan we nog een stapje verder. Zo krijgen de infuusetiketten van HRM eveneens een fluogele kleur, zodat HRM zichtbaar wordt van apotheek tot aan het bed van de patiënt. Dankzij 'afcheckvelden' maken we de dubbele controle ook weer visueel zichtbaar. Daarnaast starten we dit jaar met een pilootproject op de kritische diensten (inten-

sieve zorg, medium care, spoed) waarbij een tweede verpleegkundige een onafhankelijke, dubbele medicatiecheck doet.

Ook vanuit de apotheek rollen we een nieuw project uit. Bij de opstart van HRM (met kalium als start) voert een klinische apotheker een uitgebreide controle uit, waarbij hij of zij nakijkt of de infuussnelheid klopt, de infuusconcentratie niet te hoog is en of er geen interacties met andere geneesmiddelen zijn (zowel farmacodynamisch als op gebied van oplosbaarheden). Ook de labwaarden worden, waar nodig, nagezien.

Opstart comité medicatieveiligheid en -processen

Tot slot hebben we in ons ziekenhuis een nieuw comité opgericht: het comité medicatieveiligheid en -processen, aangestuurd door het Medisch Farmaceutisch Comité. Het bestaat uit een team van gespecialiseerde verpleegkundigen, apothekers, een kwaliteitscoördinator, stafmedewerkers uit verpleegkundige en paramedische departementen en artsen. Dit team bespreekt alle medicatieprocessen en optimaliseert ze volgens de 5 principes van medicatieveiligheid. De multidisciplinaire benadering bewijst nog maar eens dat medicatieveiligheid in AZ Sint-Maarten een topprioriteit is die ziekenhuisbreed gedragen wordt.

Meer info & contact



Jens van Krieken

clusterverantwoordelijke apotheek
tel. 015 29 60 72



Haiat Belhaj

hoofdverantwoordelijke apotheek
campus Rooienberg
tel. 015 29 60 73



Caroline Monstrey

hoofdverantwoordelijke apotheek
campus Leopoldstraat
tel. 015 29 60 75

Multidisciplinaire zorg is een belangrijk element in de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson. Deze chronische ziekte tast het centraal zenuwstelsel aan. Aangezien de symptomen erg uiteenlopend en individueel verschillend zijn, dient de behandeling op een gepersonaliseerde manier te gebeuren. Een multidisciplinaire aanpak heeft hierbij een gunstig effect op de mate van invaliditeit en op de levenskwaliteit.

Multidisciplinaire raadpleging voor patiënten met de ziekte van Parkinson

Naar betere levenskwaliteit door als team alle aspecten van de zorgvraag aan te pakken

De ziekte van Parkinson: focus

Een van de doelen van de dienst neurologie is de zorg voor patiënten met bewegingsstoornissen in het algemeen en in het bijzonder met de ziekte van Parkinson, continu te verbeteren. In ons dynamisch team van 6 neurologen is er steeds meer aandacht voor subspecialisaties, zodat de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de deeldomeinen op de voet gevolgd kunnen worden. Hierdoor is er ook veel kennis en ervaring aangaande de medische en paramedische behandeling van de ziekte van Parkinson. Bovendien is er een nauwe samenwerking met de universitaire ziekenhuizen van Antwerpen en Leuven. Indien nodig kan dan ook gezorgd worden voor snelle en adequate verwijzingen naar deze tertiaire centra. Samen met de dienst fysische geneeskunde, waar een sterk uitgebouwd team van paramedici jarenlange expertise heeft in de revalidatie van patiënten met bewegingsstoornissen, hebben we nu ook de organisatie van de zorg gestructureerd door het ontwikkelen van een Parkinson-zorgprogramma.

Doel van de multidisciplinaire raadpleging

De bedoeling van de multidisciplinaire raadpleging is om op relatief korte tijd alle problemen in kaart te brengen. Naast mogelijke

motorische problemen, kunnen ook minder "opvallende" klachten zoals vermoeidheid, geheugen- en concentratiestoornissen, verwerkingsproblemen,... uitgebreider geëvalueerd worden. Dit gebeurt vanuit de verschillende disciplines op een systematische manier aan de hand van gesprekken en gevalideerde vragenlijsten en testbatterijen. Er wordt nagekeken in welke mate de klachten het dagelijks functioneren verstoren en op welke manier de patiënt hierbij geholpen kan worden. Indien nodig wordt ook gezorgd voor de aanvraag van hulpmiddelen, aanpassingen in de woning en andere administratieve zaken. Na deze raadpleging wordt een gepersonaliseerd behandeladvies opgesteld. Dit advies kan bestaan uit aanbevelingen voor het dagelijkse leven, psychologische ondersteuning, hulp bij administratieve zaken, aanvragen van hulpmiddelen, woningaanpassingen, volgen van een gericht revalidatieprogramma. Dit programma kan bestaan uit het opstarten van logopedische en/of fysiotherapeutische behandeling in of rond de thuissituatie. In sommige gevallen kan ook voorgesteld worden om ambulante (of zelfs gehospitaliseerde) multidisciplinaire revalidatie te volgen binnen de structuur van het revalidatiecentrum de Trede in Duffel.

Ons team

Het team bestaat uit een neuroloog, revalidatieartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, klinisch psychologen, logopedisten en sociaal assistenten.

dr. Philippe Pals - **neuroloog**, met specifieke (universitaire) expertise in het diagnosticeren en behandelen van bewegingsstoornissen is verantwoordelijk voor de diagnostiek, de medische opvolging en de medicamenteuze behandeling van de patiënten. Hij verwijst zo nodig door naar het multidisciplinaire team, bespreekt nadien de bevindingen en adviezen met de patiënt en concretiseert het voorgestelde behandelingsbeleid.

dr. Els Goossens en dr. Jan Mertens - **revalidatieartsen** coördineren het revalidatieteam, bepalen de revalidatiedoelstellingen en stellen een revalidatieplan op.

Sabe Van de Weyer en Nele Van Den Bulck - **kinesitherapeuten** evalueren de gewrichtsbewegelijkheid, de kracht, de spasticiteit, de gang, het evenwicht en de coördinatie. Indien nodig kan een behandeling opgestart worden voor een drietal maanden.

Ans De Backer en Alien Kenis - **ergotherapeuten** richten zich op de praktische problemen bij het uitvoeren van activiteiten van



het dagelijkse leven. Op basis van hun evaluatie worden tips gegeven en informatie over hulpmiddelen, aanpassingen op het werk, woningaanpassingen, mobiliteitshulpmiddelen,... met als doel het behoud van zelfredzaamheid. Indien nodig kan een behandeling opgestart worden. Deze is gericht op het verbeteren van de functie van de ledematen en het zelfstandig uitvoeren van transfers. Ook kunnen ze een VAPH dossier opstellen en verdere opvolging verzekeren tijdens een huisbezoek. (www.vaph.be).

Lies Nies en Annelies Taelman – **neuropsychologen** onderzoeken de mogelijke bijkomende emotionele problemen (zoals angst, stemmingsschommelingen,...) die patiënten ervaren door hun ziekte. Ook worden cognitieve problemen uitgebreid geëvalueerd. Indien nodig kunnen ze behandeling starten.

Janna Oorts en Janne Wouters - **logopedisten** onderzoeken de spraak en de communicatie alsook het slikken. Indien nodig kunnen ze therapie starten.

Julie Cauwenbergh - **sociaal assistent** zorgt voor hulp bij de sociaal-administratieve en financiële gevolgen van de ziekte. Ze geeft informatie over sociale voorzieningen en diensten, tewerkstellingsmaatregelen,

vervangingsinkomen, rijgeschiktheid, verzekeringen, sociale en fiscale maatregelen. Indien nodig wordt thuishulp georganiseerd.

Onze doelgroep

De multidisciplinaire raadpleging is bedoeld voor personen met de ziekte van Parkinson in het bijzonder en patiënten met bewegingsstoornissen in het algemeen, en dit in alle stadia van de ziekte. In de beginfase en bij milde vormen van de ziekte zal deze raadpleging vooral gericht zijn op het geven van informatie en advies en op het opstellen van een baseline-evaluatie. Bij meer gevorderde ziekte zal ook een multidisciplinair behandelplan worden opgesteld, dat in functie van de behoeften van de patiënt op regelmatige tijdstippen opnieuw aangepast kan worden. Meestal zal aangeraden worden om jaarlijks via deze multidisciplinaire raadpleging te worden opgevolgd.

Praktisch

De raadpleging vindt plaats op campus Rooienberg te Duffel, elke tweede en vierde donderdag van de maand en duurt ongeveer 3 uur. Afspraken voor deze multidisciplinaire raadpleging gebeuren steeds op verwijzing en na raadpleging bij dr. Philippe Pals. Het team bespreekt nadien de resultaten. In functie van de noden en de verwachtingen

van de patiënt, wordt een advies opgesteld. De neuroloog bespreekt dit advies 1 tot 2 weken later op de raadpleging met de patiënt. Indien nodig kan nadien een ambulante revalidatieprogramma gestart worden of worden vervolgspraken gemaakt. De verwijzende neuroloog en huisarts ontvangen hiervan een gedetailleerd verslag. Zo krijgt elk geneesmiddel bij het ontblijsten een uniek nummer waaraan het lotnummer en de vervaldatum gekoppeld zijn. De barcode met dit unieke nummer begeleidt de medicatie tot op het moment van vullen in de robot. Scanning en RfID-contro

Meer info & contact



dr. Philippe Pals
neuroloog
tel. 015 30 30 38



dr. Els Goossens
revalidatiearts
tel. 015 30 42 76

Radiologie is een discipline die steeds in volle ontwikkeling is. Geen toeval dus dat we kennisdeling hoog op de agenda zetten, ook over de grenzen heen. En om de wachttijden voor MRI-onderzoeken op weekdays in te korten, kunt u binnenkort ook op zaterdag bij ons terecht voor MRI-scans.

Medische beeldvorming onder de loep

Discipline in volle ontwikkeling

MRI-onderzoeken voortaan ook op zaterdag

Om meer gespecialiseerde MRI-onderzoeken te kunnen uitvoeren tijdens weekdays én om lange wachttijden te vermijden, kunnen ambulante patiënten voortaan ook op zaterdag in ons ziekenhuis (campus Leopoldstraat) terecht voor een MRI-scan van knie- en wervelkolom. Het verslag van de zaterdagonderzoeken is na 5 werkdagen beschikbaar op PACS en C2M. Ook voor afspraken rond Whole-Body Diffusion-Weighted MRI kunt u op zaterdag bij ons terecht.

Bij de dienst medische beeldvorming kunt u terecht voor een MRI-onderzoek:

- tijdens weekdays van 6u30 tot 21u
- op zaterdagen van 8u tot 16u

MRI-onderzoeken vinden steeds plaats op campus Leopoldstraat.



Begin december 2016 was dr. Magdalena Posadzy, musculoskeletaal radioloog aan de Universiteit Poznan (Polen), te gast op onze dienst medische beeldvorming voor een educatief werkbezoek van één week.

Naast intensieve teaching, werden er ook plannen gesmeed voor een toekomstige wetenschappelijke samenwerking tussen de diensten medische beeldvorming van AZ Sint-Maarten en de Universiteit Poznan.



Vlnr: dr. Magdalena Posadzy, prof. dr. Filip Vanhoenacker en diensthoofd dr. Gunther De Praeter.

De week werd afgesloten met een driedaags internationaal congres 'Seminars in MusculoSkeletal Radiology', georganiseerd door prof. Dr. Paolo Simoni te Brussel (15-17 december 2016) waar prof. dr. Filip Vanhoenacker twee lezingen gaf.

De dienst medische beeldvorming wil hiermee een Europese dimensie geven aan de opleiding in de musculoskeletale radiologie en een duurzame samenwerking met andere buitenlandse centra mogelijk maken.

Belgisch-Nederlandse kruisbestuiving in radiologie

Eerder, op zaterdag 8 oktober vond in het congrescentrum 'De Kleiput' te Duffel de jaarlijkse gemeenschappelijke vergadering van de musculoskeletale secties van Belgische en Nederlandse Verenigingen voor radiologie plaats. Bijna 100 deelnemers luisterden aandachtig naar een reeks van 14 lezingen. Het programma omvatte een wetenschappelijk luik en interessante casuïstiek uit de praktijk.

In het wetenschappelijke luik kwamen diverse onderwerpen aan bod, zoals de postoperatieve meniscus, anatomie, technische aspecten en pathologie ('paralabrale cysten') van beeldvorming van het schoudergewricht en MR beeldvorming van de brachiale plexus en zenuwschedetumoren. Na de pauze werden een aantal korte case reports voorgesteld door jonge radiologen in opleiding. Het orgelpunt van de vergadering was de uitreiking van 2 prijzen voor de beste presentaties.

De prijs voor het beste wetenschappelijke werk werd uitgereikt aan dr. Tom Verstraeten (UGent) voor zijn presentatie '3D anatomy of the glenoid'. De prijs voor meest gesmaakte casuspresentatie ging naar dr. Frances Walstra (Noord West Ziekenhuisgroep Alkmaar) voor de voordracht 'MRI of hip reduction in children with hip dysplasia'.



dr. Frances Walstra (midden) ontvangt de prijs voor beste casuspresentatie uit handen van organisator prof. dr. Filip Vanhoenacker (links) en Belgische sectievoorzitter prof. dr. Shahabpour (rechts).



Na afloop kaarten de deelnemers na met een drankje en hapje in de foyer van het congrescentrum.

Wetenschappelijke publicaties

Outcome of lymphedema after microsurgical treatment. PhD thesis

Giacalone G, Promotor: Prof C Campisi
Public defense: February 16, 2010
University of Pavia, Italy

Supermicrosurgical Lymphaticovenous Anastomosis for Breast Lymphedema Secondary to Breast Cancer Treatment.

Giacalone G, Yamamoto T.
October 2016, Submitted

Microsurgical venous-branch-plasty for approximating diameter and vessels' position in lymphatic supermicrosurgery.

Yamamoto T, Giacalone G, Hayashi A.
J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2016 Feb 17. pii: S1748-6815(16)00077-2. doi:10.1016/j.bjps.2016.02.004.

Lymphatic vessel grafting for prevention of venous reflux into a sclerotic lymphatic vessel in supermicrosurgical lymphaticovenular anastomosis.

Yamamoto T, Giacalone G.
J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2016 Mar;69(3):e67-8.
doi: 10.1016/j.bjps.2015.12.027. Epub 2016 Jan 7.

Outcome of lymphedema after microsurgical treatment.

Giacalone G, Belva F, Opheide J, Haentjens P, Boccardo F, Campisi C.
European Journal of Lymphology, Volume 22, No 62, 2011

A new dynamic imaging tool to study lymphedema and associated treatments.

Giacalone G, Belgrado JP, Bourgeois P, Bracale P, Rohn N, Moraine JJ.
European Journal of Lymphology, Volume 22, No 62, 2011

Supermicrosurgical lymphaticovenous anastomosis for a patient with breast lymphedema secondary to breast cancer treatment.

Giacalone G
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28052379?i=1&from=lymphedema>

Long term experience with 3D image guided brachytherapy and clinical outcome in cervical cancer patients.

Ivone Ribeiro, Hilde Janssen, Marisol De Brabandere, An Nulens, Dominique De Bal, Ignace Vergote, Erik Van Limbergen
Published online: May 2, 2016
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2016.04.016> - p447-454

Common Mistakes and Pitfalls in Magnetic Resonance Imaging of the Knee.

F.M. Vanhoenacker, De Vos N. & Van Dyck P.
Journal of the Belgian Society of Radiology. 100(1), p.99.
DOI: <http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1206>

Internal herniation with bowel ischemia after Roux-en-Y gastric bypass surgery.

Peters B, Waked K, Vanhoenacker FM, Ceulemans J, Mespreuve M
URL: <http://www.eurorad.org/case.php?id=14127>
DOI: 10.1594/EURORAD/CASE.14127

Ossifying fibroma of the mandible.

Arne Impens, Adeldard De Backer, Carine Petré, Herwig Van Dijck, F.M. Vanhoenacker
URL: <http://www.eurorad.org/case.php?id=14188>
DOI: 10.1594/EURORAD/CASE.14188

Liver failure after long-limb gastric bypass.

Mike Ralki, David Cassiman, Jurgen Van Dongen, Michel Ferrante, Lode Van Overbeke
URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinre.2016.11.004>.

Bewegingsbeperking en platvoet bij een 17-jarige jongen.

Maarten Couturier, F.M. Vanhoenacker
Ortho-Rheumato, 2016, 14(5), pp 24-26

Atypical, polyarticular lipoma arborescens in a child.

Robert Semnic, Radoje Simi, Slaviša Djuri, Oto Adji, F.M. Vanhoenacker
Srpski Arhiv Celok Lek. 2016 Nov-Dec;144(11-12):650-653
DOI: 10.2298/SARH1612650S

Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis (CRMO) of the clavicle.

Julie Desimpel, F.M. Vanhoenacker
URL: <http://www.eurorad.org/case.php?id=14212>
DOI: 10.1594/EURORAD/CASE.14212

De volledige en meest recente publicatiegegevens zijn terug te vinden op onze website www.azsintmaarten.be onder de rubriek professionals > publicaties



EVEN VOORSTELLEN

dr. Karolina Kindt

Urgentiearts - diensthoofd spoedgevallen
Werkzaam op campus Leopoldstraat en Rooienberg
Bereikbaar op tel. 015 40 97 33

Teamleden: dr. Katrien Baggerman, dr. Morad Choukry, dr. Jelke De Vos, dr. Ine Degol, dr. Thomas Golinvaux, dr. Birger Jaspers, dr. Mehdi Laroussi, dr. Robert Oonk, dr. Lieven Tack, dr. Annelies Thielemans, dr. Hilde Van Kerckhoven, dr. Roel Vanderwegen.



EVEN VOORSTELLEN

dr. Catherine Terry

Vasculaire en thoracale heekunde
Werkzaam op campus Leopoldstraat en Rooienberg
Bereikbaar op tel. 015 30 30 03

Teamleden: dr. Johan Buttiens, dr. Johan Duchateau, dr. Frank Hofman, dr. Yves Tielemans.

Sinds januari 2017 is dr. Birger Jaspers aangesteld als nieuwe hoofdarts van AZ Sint-Maarten. Dr. Jaspers is zeker geen onbekende voor het ziekenhuis. Reeds sinds 2010 is hij er aan de slag als spoedarts, vooral 's nachts en in het weekend. Professioneel heeft dr. Jaspers een eerder atypisch parcours doorlopen, waarbij hij na zijn studies geneeskunde gewerkt heeft voor The Boston Consulting Group, een wereldwijd adviesbureau dat organisaties strategisch adviseert. Naast een activiteit in de farmasector begeleidde hij binnen de divisie Healthcare, ziekenhuizen in binnen- en buitenland op weg naar duurzame groei. De laatste jaren lag hij als ondernemer mee aan de basis van de oprichting van Centre Imedia, een gespecialiseerd centrum voor medische beeldvorming. *“Ook in mijn nieuwe functie combineer ik mijn passie voor geneeskunde met die van ondernemerschap. Een andere sterke motivator voor mij is dat onze sector over een hefboom beschikt voor het creëren van maatschappelijke meerwaarde. Te vaak vergeten we welk voorrecht het is om op een terrein actief te zijn waarvan niemand de toegevoegde waarde of de legitimiteit in vraag stelt”*, aldus dr. Jaspers.



Colofon

Ontvangt u deze Check-up graag per mail, laat het ons dan weten:
communicatie.azsintmaarten@emmaus.be

Vragen bij deze nieuwsbrief?
communicatiedienst
Leopoldstraat 2 - 2800 Mechelen
015 40 96 61
communicatie.azsintmaarten@emmaus.be

Vragen-opmerkingen-suggesties over de zorgverlening of diensten: mail naar
azsintmaarten@emmaus.be

Vragen over elektronische berichtenstroom:
mail naar E-communicatie@emmaus.be

AZ Sint-Maarten overkoepelt 3 campussen

Campus Leopoldstraat
Leopoldstraat 2, 2800 Mechelen

Campus Rooienberg
Rooienberg 25, 2570 Duffel

Campus Zwartustersvest
Zwartustersvest 47, 2800 Mechelen

Centrale inlichtingen: 015 29 66 66



AZ Sint-Maarten
maakt deel uit
van de vzw Emmaüs.

AGENDA

Zwangerschapsbeurzen

Campus Zwartustersvest,

Rode vergaderzaal (gelijkvloers)
Maandag 24 april en 2 juni 2017
doorlopend van 19u tot 21u

Campus Rooienberg,

afdeling materniteit (4de verdieping)
Dinsdag 28 maart en 13 juni 2017
doorlopend van 19u tot 21u

Symposium georganiseerd door Imeldaziekenhuis i.s.m. AZ Sint-Maarten Ons hartcentrum gisteren, vandaag en morgen...

Zaterdag 18 maart 2017
Congrescentrum Lamot, Mechelen

Open Wervendag

Zondag 7 mei 2017
Werf nieuwbouwziekenhuis
Liersesteenweg 435, Mechelen

OP PENSOEN



dr. Walter Lauwers
urgentiearts