



## Strijd tegen pijn

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem kreeg op 1 juli 2013 een erkenning en subsidiëring voor een multidisciplinair pijncentrum. Chronische pijnpatiënten kunnen er een beroep doen op een gespecialiseerd team, op één enkele locatie.

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem is een van de 21 Vlaamse ziekenhuizen die met een chronisch pijncentrum mocht starten. "De bestaande pijnklinik - tot voor kort één consultatieruimte en een secretariaat - werd uitgebreid met twee extra burelen voor consultaties", vertelt dr. Philip Deene (anesthesist/pijnarts en diensthoofd van het multidisciplinair pijncentrum). "Het huidige pijnteam (vier pijnartsen, een pijnverpleegkundige en een secretaresse) kreeg er een voltijdse psycholoog, een extra pijnverpleegkundige, een ergotherapeut en een kinesitherapeut bij. Doordat alle leden van het pijnteam op dezelfde locatie zitten, kunnen we nauw samenwerken." Wat verandert er voor de patiënt? Dr. Deene: "De patiënt vult vóór de consultatie een vragenlijst in over de aard van de pijn, zijn medicatiegebruik en medische voorgeschiedenis. Op basis van de

**"We zijn één van de 21 ziekenhuizen met een chronisch pijncentrum"**

specifieke noden verwijst de pijnarts de patiënt door naar een ander lid van het pijnteam. Vroeger kwam de patiënt vaak op een wachtlijst terecht, nu kunnen we korter op de bal spelen." Eén keer per week steekt het team de koppen bij elkaar. "Op dat multidisciplinair overleg bespreken we wekelijks tot vijf chronische patiënten, die door het hele team worden onderzocht. Nadien maken de artsen een verslag op, dat naar de huisarts wordt doorgestuurd. De resultaten delen we bij een volgende consultatie mee aan de patiënt." Dankzij de subsidiëring hoeft de patiënt geen supplement meer te betalen voor een consultatie bij bijvoorbeeld de psycholoog. "Chronische patiënten voelen zich beter opgevangen doordat we hen in een kortere tijdspanne kunnen onderzoeken, overal waar het nodig is", besluit dr. Deene.

**02 Academische zitting**  
& dagelijks bestuurder

**03 De PDT-laser**  
Fotodynamische therapie

**04 Dienst in de Kijker**  
3E, Joint care

**05 Medische bijlage**  
SPECT-CT

**09 Nieuwe SPECT-CT**  
Gebundelde krachten

**10 Personalia**  
Nieuw & pensioen

**11 De pilcamera**  
De dunne darm onthuld

**12 Kortnieuws**  
Zorgvernieuwers



## “2.500 mensen kwamen het ziekenhuis ontdekken”

Eindejaar staat opnieuw voor de deur. Dat betekent meteen ook het einde van een feestjaar: het AZ Sint-Elisabeth Zottegem blies dit jaar 75 kaarsjes uit en deed dit op gepaste wijze. De Open Bedrijvendag in oktober was een groot succes: niet minder dan 2.500 mensen kwamen over de vloer. Het jubileumjaar werd feestelijk afgesloten met een druk bijgewoonde academische zitting (zie p. 2).

Een van de laatste wapenfeiten anno 2013 is de renovatie van de dienst Isotopen, mét een nieuwe SPECT-CT (zie p. 9). We zijn ook in volle voorbereiding voor een project rond elektronisch medicatiebeheer. Dit zal de samenwerking tussen apotheek, artsen en verpleegeenheden stimuleren en de patiëntveiligheid naar een hoger niveau tillen. Patiëntveiligheid is voor ons ziekenhuis immers een prioriteit.

2014 belooft even dynamisch te worden als 2013. Het nieuwe jaar wordt ingezet met de uitbreiding en renovatie van de dienst Intensieve Zorgen. Na de zomer komt op de locatie van de huidige dienst Hartbewaking een Medium Care afdeling met tien bedden. Ten slotte staat ook de inrichting van een tweede verpleegafdeling geriatrie op het programma.

Maar eerst en vooral wensen we u een gezellig Nieuwjaar toe!

*Herman De Vleschouwer*  
Bestuurder

## 75 jaar Sint-Elisabeth Zottegem

# Academische zitting

Het AZ Sint-Elisabeth Zottegem vierde dit jaar zijn 75-jarig bestaan. Naar aanleiding van dit jubileum vond op vrijdag 15 november een academische zitting plaats, waar verleden en toekomst elkaar ontmoetten.

In 75 jaar tijd is het AZ Sint-Elisabeth Zottegem uitgegroeid tot een vaste waarde in de regio en een referentie in de Oost-Vlaamse medische wereld. Wijlen dr. Schotte, de chirurg die in 1938 het ziekenhuis oprichtte, zou wellicht heel tevreden zijn. Sindsdien heeft het ziekenhuis een lange weg afgelegd.

Op de academische zitting kwam die evolutie meer dan eens aan bod, onder meer in de toespraak van hoofdarts Stany Dierickx,



Hoofdarts dr. Stany Dierickx

die tevens een pleidooi hield voor de optimale samenwerking tussen het ziekenhuis en haar artsen. Burgemeester Jenne De Potter benadrukte in zijn openingspeech het historische belang van het ziekenhuis. Hij verwees ook naar de vele innovaties en de grote tewerkstelling die het ziekenhuis in de regio vertegenwoordigt. E.H. Kannunik Ludo Collin, voorzitter van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem, bedankte in zijn slotwoord de vele pioniers, die in de stad vereeuwigd werden. Denk maar aan het Dokter Schotteplein, de Moeder Marielaan en de Zuster Angelalaan. Professor dr. Anne De Paepe, rector van UGent en bestuurder van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem, en professor dr. Paul Van Cauwenberghe, pro-rector UGent en voorzitter van de Hogeschool Gent, verzorgden het academisch gedeelte van de zitting. Prof. dr. Van Cauwenberghe vertelde over het belang en de populariteit van de medische opleidingen.

In het kader van het 75-jarig bestaan werd een jubileumboek samengesteld, met meer dan 250 pagina's historische teksten en beeldmateriaal. Auteur de heer Luc De Both stelde het op de academische zitting voor. Tot slot werd de heer Antoon Libbrecht, die in '56 in het ziekenhuis startte en een belangrijke rol heeft gespeeld in de groei van het ziekenhuis, gehuldigd. Hij werd tegelijk benoemd tot ere-afgevaardigd bestuurder en ontving het eerste exemplaar van het jubileumboek.

Ter gelegenheid van dit feest schonk het AZ Sint-Elisabeth Zottegem het symbolische bedrag van 7.500 euro (100 euro voor elk jaar) aan de slachtoffers van de tyfoon op de Filippijnen.

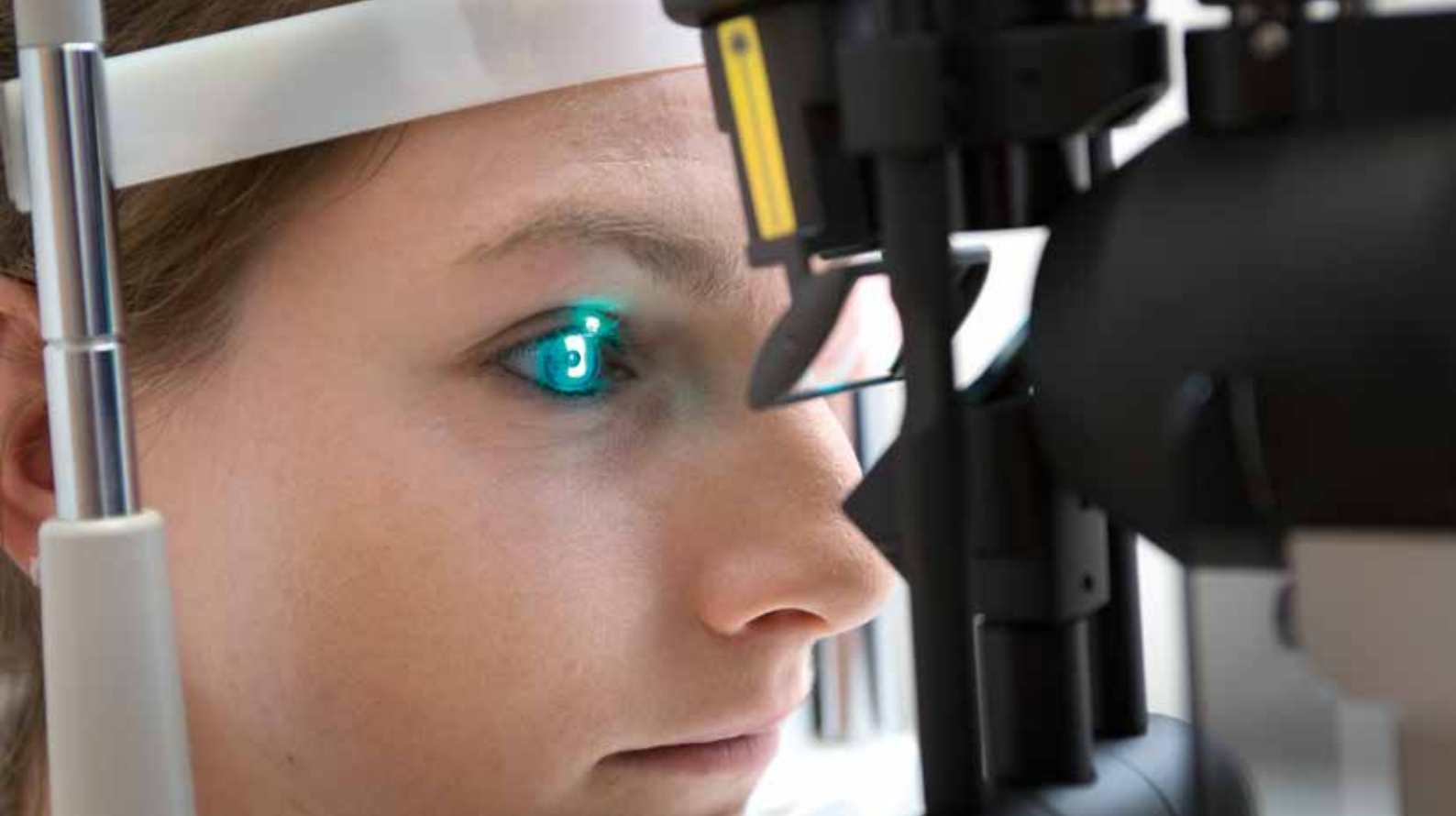
**Wenst u een exemplaar van het jubileumboek? Mail uw naam, adres en het aantal exemplaren naar [communicatie@sezz.be](mailto:communicatie@sezz.be). Het boek kost 20 euro (of 25 euro voor een levering aan huis).**

## Dagelijks bestuurder



Frank Verbeke

Dhr. Frank Verbeke is als algemeen directeur sinds 1 september 2013 eveneens aangesteld als dagelijks bestuurder. “Mijn hoofdtaak is ervoor zorgen dat de dagelijkse werking van het ziekenhuis vlot verloopt. Ook de zaken die een onmiddellijke aanpak vergen wegens hun hoogdringende karakter, komen bij mij terecht”, licht dhr. Verbeke toe. “Daarom trent zijn duidelijke afspraken gemaakt met de Raad van Bestuur. Voor medische aangelegenheden kan ik rekenen op prof. dr. Anne De Paepe, de hoofdarts dr. Stany Dierickx en de directeur medisch beleid dr. Hilde De Nutte.”



Oogheelkunde

# Fotodynamische therapielaser

Met de gloednieuwe fotodynamische therapielaser kan de dienst Oogheelkunde op een bijzonder precieze wijze aandoeningen in de gele vlek (macula) van het oog behandelen. Naast de netvlieskliniek van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem hebben maar drie tertiaire referentiecentra in heel Vlaanderen zo'n laser in huis.

De fotodynamische therapielaser of PDT-laser (photo dynamic therapy) wordt gebruikt voor netvliesandoeningen in de macula – de gele vlek – van het oog. Prof. dr. Elisabeth Van Aken, netvliespecialiste: "Het grote voordeel van dit nieuw type laser is dat we er een zeer frequente netvliesandoening bij mensen onder de 65 jaar, de werkende populatie, mee kunnen behandelen. Serosa centralis is een aandoening waarbij er zich vochtblaasjes ontwikkelen onder het netvlies. Patiënten met deze aandoening zien zwarte vlekjes. Als de blaasjes oppervlakkig zijn, zijn die vlekjes hooguit vervelend. Blaasjes onder het netvlies moeten behandeld worden. Ook leeftijdsgebonden maculaire degeneratie kan hiermee behandeld worden." (zie kader)

## GEEN LITTEKENS MEER

De voorbije jaren is lasertherapie binnen de oftalmologie er enorm op vooruit gegaan. "Vroeger bestond er maar één type laser waarmee je alle mogelijke netvliesandoeningen moest behandelen, van serosa centralis tot

netvliesafwijkingen als gevolg van diabetes", vertelt prof. dr. Van Aken. "Maar niet elke aandoening speelt zich af op dezelfde plek in het oog en met die 'oude' laser kon je niet selectief werken. Bovendien kon de behandeling met deze laser diepe littekens veroorzaken in het oog van de patiënt, met permanente zwarte vlekjes tot gevolg. Nu kunnen we elk laagje van het oog apart benaderen, zodat er nauwelijks tot geen litteken overblijft."

## MET KLEURSTOF

De PDT-laser werkt niet zoals andere lasers. Een kleurstof, Verteporfin, wordt intraveneus ingespoten. Na tien tot vijftien minuten komt die kleurstof in het oog terecht en van zodra de vloeistof op de gele vlek zit, kan de laser zijn werk doen. Eén of twee behandelingen volstaan om de blaasjes weg te krijgen. Om met dit type laser te werken, moet de arts een specifieke opleiding volgen. Prof. dr. Van Aken genoot die opleiding in het Oogziekenhuis Rotterdam.

## BLAASJES EN BLOEDING

De fotodynamische therapielaser behandelt twee verschillende aandoeningen bij twee verschillende leeftijdsgroepen, op dezelfde plek in het oog. Serosa centralis is een zeer frequente netvliesandoening bij mensen jonger dan 65 jaar. Stressgebonden vochtblaasjes in de gele plek zorgen ervoor dat het zicht achteruit gaat. Leeftijdsgebonden maculadegeneratie is de meest voorkomende netvliesandoening bij mensen ouder dan 65 jaar. Hier gaat het om bloedingen in de gele plek die blindheid veroorzaken. In dit geval is de fotodynamische therapie een aanvulling op de intravitale behandeling waarbij antilichamen in het oog worden ingespoten.

# Van Joint Care naar Rapid Recovery

Patiënten die een heup- of knieervangende operatie nodig hebben, kunnen in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem samen revalideren binnen het Joint Care-programma op de dienst Orthopedie. Via dit programma wordt gekeken om de impact van een operatie zowel op lichaam als geest tot een minimum te beperken.

Patiënten die een totale heup- of knieprothese nodig hebben, stappen in het Joint Care-programma. De term 'joint' staat zowel voor 'gewricht' als voor 'gemeenschappelijk', en die dubbele betekenis dekt meteen de lading van het programma. Hoofdverpleegkundige Bea De Cubber: "De patiënt gaat eerst op consultatie bij de orthopedist. Als dan blijkt dat een heup- of knieprothese noodzakelijk is, wordt de patiënt uitgenodigd op een groepsessie. Tijdens die informatiesessie, een week voor de ingreep, krijgen de patiënten een filmpje te zien over het programma, van opname tot ontslag. Daarna krijgen ze uitleg over de ingreep zelf en komen ook de anesthesist, de kinesist en de sociaal assistente aan het woord."

De patiënten worden, naargelang het tijdstip van de operatie, op zondag of maandagmorgen opgenomen. Op maandag worden ze geopereerd en woensdag start de revalidatie." Na de ingreep is er een gemeenschappelijk revali-

datieprogramma. Van woensdag tot zaterdag doen de patiënten hun oefeningen samen – sommige patiënten moeten nog daarna nog wat verder revalideren. We merken dat revalideren in groep vlotter verloopt: patiënten kunnen elkaar immers steunen en motiveren."

## SNEL HERSTEL

Bea De Cubber: "In de toekomst spreken we niet langer van Joint Care, wel van Rapid Recovery. De dag van de operatie zullen de mensen al gestimuleerd worden om al eens het bed uit te komen." Dit snel herstel wordt bekomen door de post-operatieve pijn te verminderen en de chirurgische technieken te optimaliseren. Er wordt zo weinig mogelijk schade toegebracht aan de spieren waardoor de patiënt eerder kan worden gemobiliseerd", aldus Dr. Kristof Declercq.

"Bij Rapid recovery kan de patiënt sneller gemobiliseerd worden."



## NIEUWSTE TECHNIEKEN

Tijdens de week van de orthopedie werden patiënten en zorgverstrekkers geïnformeerd over de nieuwste orthopedische technieken. Patiënten konden dagelijks de workshops en demonstraties volgen in de daartoe opgestelde infostand in de centrale hal van het ziekenhuis (zie foto). Aansluitend kregen zij uitgebreid de gelegenheid om vragen te stellen aan de specialist. Op woensdagavond maakten meer dan 150 huisartsen, kinesisten en verpleegkundigen kennis met de nieuwste behandelingsmethodes van het therapeutisch instrumentarium.





DR. JEROEN MERTENS, DIENST NUCLEAIRE GENEESKUNDE / ISOTOPEN  
AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM.

**MEDISCHE  
BIJLAGE**

## Het gebruik van diagnostische CT-beelden bij SPECT-CT beeldvorming

Isotopencans kunnen verscheidene metabole processen in beeld brengen en zijn hierdoor een erg sensitieve manier om letsels in een vroegtijdig stadium te detecteren. Ondanks het gebruik van gerichte tracers kan een lagere specificiteit echter zorgen voor diagnostische dilemma's. Zo zullen de gelabelde bifosfonaten die gebruikt worden bij een botscan opnemen in zowel maligne processen als musculoskeletale infecties, fractures, gewrichtsontstekingen en -slijtage,... Ook het beperkt aantal anatomische referentiepunten bemoeilijken de correcte interpretatie van nucleair geneeskundige onderzoeken. In het laatste decennium heeft de komst van multimodale scanners echter een revolutie teweeggebracht. Verbeterde anatomische lokalisatie en differentiatie van hotspots leiden tot een verhoogde diagnostische accuraatheid.

### **MUSCULOSKELETALE PIJN**

De toegevoegde waarde van SPECT-CT bij musculoskeletale pijn van onbekende oorsprong werd reeds aangetoond in verscheidene studies. Twee belangrijke studies meldden een significante diagnostische en/of therapeutische impact van SPECT-CT in 32 tot 59% van de patiënten met musculoskeletale pathologie. Ter hoogte van het axiale skelet kan SPECT-CT actief discus-, facet- of sacroiliacaal gewrichtslijden aantonen en leiden bij gerichte infiltraties. Daarnaast kan de techniek eveneens de acute component van indeukingsfracturen en spondylolyse inschatten. Bij postoperatieve rug- en nekpijn speelt SPECT-CT een rol bij het identificeren van pseudarthrosis, loosening van het osteosynthesemateriaal en adjacent level disease. Ter hoogte van het perifere skelet zal het gebruik van diagnostische CT-beelden in combinatie met SPECT leiden tot het beter differentiëren van hotspots veroorzaakt door stress- en avulsiefracturen, degeneratie, osteochondrale defecten, impingement syndromen, insertietendinopathieën, bursitiden, prikkeling van accessoire botkernen,... Zo werd aangetoond in een patiëntenreeks met enkel- en voetpathologie dat SPECT-CT leidde tot additionele diagnostische informatie in 81% van de patiënten en een verandering in therapeutisch beleid in 62% van de patiënten. Verder vermelden we nog de rol van botscan met SPECT-CT in de evaluatie van postoperatieve pijn ter hoogte van het perifere skelet, met name in het identificeren van een pseudarthrosis na arthrodesen of loosening / infectie van

prothese- en osteosynthesemateriaal (al dan niet in combinatie met een leukocytenscan).

### **ONCOLOGIE**

'Whole body'-botscintigrafie wordt sinds oudsher gebruikt als screeningsmethode voor skeletmetastaseren, voornamelijk bij de (re)staging van mamma- en prostaatscarcinoom. De detectie van metastasen kan bemoeilijkt worden door de co-existentie van ernstig degeneratief lijden, osteoporotische indeukingsfracturen,... Aanvullende SPECT-CT kan echter in de meeste gevallen een goed onderscheid maken. Studies toonden dat SPECT-beelden in 30-36% van de gevallen volstaan voor een definitieve diagnose, waar het gebruik van SPECT-CT diagnostische zekerheid brengt in 85-92% van de twijfelachtige hotspots.

Ook bij het uitvoeren van sentinelprocedures bij een mamma-carcinoom of melanoom biedt SPECT-CT bijkomende voordelen: het is mogelijk additionele sentinelnodi te identificeren, zelfs indien op de initiële planaire opnames geen lymfeklieren kunnen worden gevisualiseerd. Verder wordt SPECT-CT eveneens routineus gebruikt bij het uitvoeren van octreotide- en MIBG-scans, waarbij ter hoogte van foci van tracercaptatie kan worden gecorreleerd met de CT-beelden ter detectie van onderliggende tumoren of klieren. Voor beide onderzoeken werd reeds een verhoogde diagnostische accuraatheid gerapporteerd wanneer ze gecombineerd kunnen worden met SPECT-CT.

**LEUKOCYTESCAN**

Scans met gelabelde leukocyten worden vaak aangewend ter detectie van infectiehaarden. In verschillende klinische scenario's kan het uitvoeren van SPECT-CT hierbij nuttig zijn. De techniek wordt voornamelijk gebruikt voor het aantonen van osteomyelitis en prothese-infecties, waarbij SPECT-CT kan helpen in het onderscheid met infecties die beperkt zijn tot de omliggende weke delen. Daarnaast hebben recente studies eveneens goede resultaten aangetoond voor het gebruik van leukocytescan met SPECT-CT bij geïnfecteerde vaatprothesen, pocket- en leadinfecties van pacemakers, endocarditis en identificatie van occulte infectiehaarden.

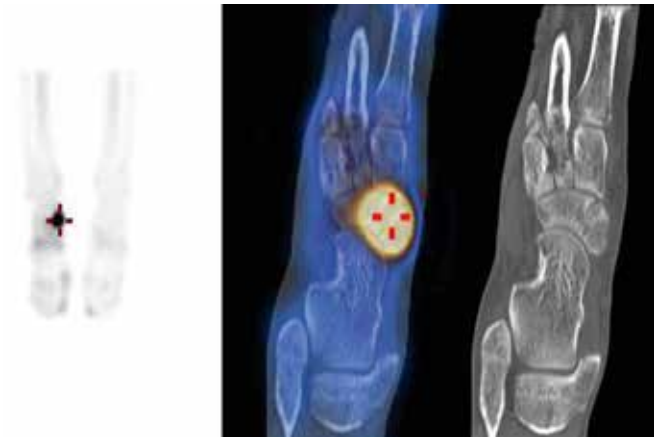
**MYOCARDPERFUSIE**

SPECT-beeldvorming van de bevoeiing van het myocard is een veelvuldig gevalideerde techniek voor het opsporen van myocardiale ischemie. De interpretatie wordt hierbij vaak bemoeilijkt door het bestaan van attenuatieartefacten, voornamelijk ter hoogte van de inferior wand. Het toepassen van attenuatiecorrectie op basis van low-dose CT-beelden kan deze tekortkoming goed opvangen en leidt zo tot een verhoogde diagnostische zekerheid. Daarnaast kunnen de SPECT-beelden eventueel gecorreleerd worden met de resultaten van CT-coronarografie via side-by-side analyse, softwarematige fusie of, zo technisch mogelijk, simultane acquisitie. Enerzijds kunnen de SPECT-beelden richtinggevend zijn voor het identificeren van het culprit letsel bij CT- of invasieve coronarografie. Anderzijds kan de coronarografie de gerapporteerde lagere sensitiviteit van SPECT bij gebalanceerd 3-takslijden compenseren.

**ENDOCRINOLOGISCHE TOEPASSINGEN**

MIBI-scans hebben een cruciale rol in het identificeren en lokaliseren van een bijnieradenoom. SPECT-CT heeft hierbij een verhoogde gevoeligheid ten opzichte van planaire en SPECT-opnames, waarbij voornamelijk kleinere en ectopische adenomen correct kunnen worden aangetoond. Hierdoor kan de chirurgische resectie gericht en minimaal invasief verlopen.

Ook één van de langst bestaande procedures binnen de nucleaire geneeskunde, namelijk de beeldvorming en de behandeling van schildklierkanker met radioactief jodium, wordt momenteel routinewijs gecombineerd met SPECT-CT. Hierbij wordt zowel voor de initiële staging na radiojoodablatie met I-131 als de herevaluatie met I-123 een verhoogde sensitiviteit en specificiteit gerapporteerd indien gecombineerd met SPECT-CT.



*Fig. 1. Patiënt met persisterende pijn ter hoogte van de middenvoet na trauma. SPECT-CT identificeert een occulte fractuurhaard ter hoogte van het os naviculare.*



*Fig. 2. Scintigrafisch beeld toont een verdachte zone van verhoogde botbouw ter hoogte van wervelcorpus L3 bij deze patiënte met een mammacarcinoom. Gerichte SPECT-CT bevestigt de aanwezigheid van een osteoblastische botmetastase.*

**GASTRO-INTESTINALE BLOEDING**

Bij het uitvoeren van een Meckelscan kan SPECT-CT helpen bij een precieze lokalisatie van een divertikel van Meckel. Anderzijds kan de techniek ook foci van fysiologische tracercaptatie herkennen, die potentieel verward kunnen worden met een divertikel van Meckel. Verder kan SPECT-CT in combinatie met de labeling van rode bloedcellen helpen bij het opsporen van een occulte gastro-intestinale bloeding.

**CONCLUSIE**

Het gebruik van SPECT-CT met diagnostische CT-beelden verhoogt de diagnostische accuraatheid van verscheidene nucleair geneeskundige procedures en is een waardevolle toevoeging aan het diagnostisch arsenaal van de clinicus.

# Een stapje dichterbij de artificiële pancreas voor D.M. type 1?

Diabetes Mellitus type 1 is een auto-immune aandoening waarbij voornamelijk de betacellen van de pancreas worden aangetast. Op deze manier ontstaat er een absoluut tekort aan insulineproductie waardoor onmiddellijk met insulinetherapie gestart wordt. Om de kans op complicaties zo klein mogelijk te houden, is een goede glycemieregeling belangrijk, het HbA1c is hiervoor een surrogaatmarker. Actueel is de standaardbehandeling het basaal-bolus schema. De patiënt dient zich telkens voor de maaltijd een kortwerkende insuline (analoog of humaan) en voor het slapen gaan een langwerkende insuline (analoog of humaan) toe. Om de dosis kortwerkende insuline te bepalen, meet hij zich telkens voor de toediening van de insuline en soms postprandiaal (= 2 uur na de maaltijd) alsook voor het slapengaan. Dus gemiddeld wordt de glycemie 4 tot 7 maal per dag door een glucosemeter capillair gemeten. Met slechts 4 tot 7 metingen, kan men glycemieschommelingen missen. Daarom werden systemen ontwikkeld waarbij de glycemie continu maar weliswaar interstitieel gemeten wordt. Om deze schommelingen, ondanks adequate therapie, te kunnen opvangen is het soms noodzakelijk om de injecties te vervangen door een insulinepomp.

Wanneer beide systemen (meting, afgifte) aan elkaar worden gekoppeld ontstaat de artificiële pancreas, wat de levenskwaliteit van de D.M. type 1 zal verbeteren (= toekomst).

## 1. CONTINUE GLUCOSEMONITORING (CGM)



Het diabetescentrum van AZ Sint-Elisabeth Zottegem heeft sinds jaren ervaring met de continue glucosemonitoring. In 2003 werd een eerste CGMS® System Gold van Medtronic (MMT-7102) aangekocht. Op dat moment was de callibratie tijd 4 uur, moest de patiënt gedurende enkele uren voor het plaatsen van de sensor een stabiele glycemie hebben en werd de glycemie slechts gedurende 3 dagen continu gemeten. Ondertussen werd door de firma dit toestel verder verfijnd en werden de glycemiemetingen accurater, betrouwbaarder en werd het toestel gebruiksvriendelijker (o.a. kleiner toestel, betere callibratie van het toestel, langere levensduur van de sensor). Actueel wordt in het ziekenhuis iPro™ 2 gebruikt.

### Wat is het principe van de werking van dit toestel?

De glucose in het interstitiële vocht wordt om de 5 minuten gemeten door middel van een glucosesensor (= "draadje" onderhuids ingebracht) met een levensduur van 3 tot 7 dagen. Door een electrochemische reactie ter hoogte van de sensor wordt een signaal naar een zender gestuurd. De gegevens van de iPro™ 2 kunnen niet dadelijk afgelezen worden. Na 7 dagen worden ze via een computerprogramma uitgelezen.

Hetzelfde type sensor kan ook gebruikt worden met de insulinepompen van Medtronic (Paradigma Real Time en Veo), dan kan de glycemiecurve rechtstreeks "real time" op de insulinepomp worden afgelezen.

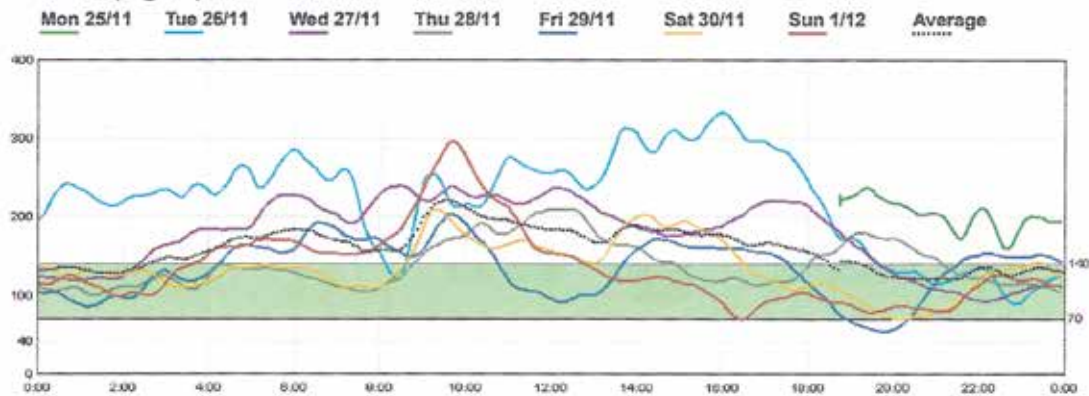
### Wat is het voordeel van de continue glucosemonitoring?

Doordat men om de 5 minuten een glycemie meet heeft men een totaal beeld van de dag en de nacht (= trend) en heeft men een beter zicht op de glycemieschommelingen alsook kan men zo nachtelijke hypoglycemieën opsporen. Bij patiënten die hun hypoglycemieën niet meer aanvoelen zijn deze continue glucosemetingen dan ook heel nuttig.

Bij het aanleggen van de monitoring wordt aan de patiënt gevraagd om gedurende 7 dagen een gedetailleerd dagboekje van zijn voeding en beweging bij te houden.

Door de glycemieprofielen van verschillende dagen met elkaar te

Sensor Data (mg/dL)



vergelijken en de trends te bekijken samen met het dagboekje van de patiënt, kan men belangrijke informatie halen om de behandeling aan te passen.

**Wat zijn de nadelen van de continue glucosemonitoring?**

Het gaat om een interstitiële meting, geen capillaire meting (= vingerprik). Dit betekent vooral dat er tussen de glucosewaarde in het bloed en in het weefsel er een tijdsverschil is. Bij een hypoglycemie “daalt” de suiker in het weefsel later dan in het bloed. Dus bij hypoglycemie gevoel steeds capillair meten en niet voortgaan op de sensorwaarde.

Het toestel moet nog steeds geijkt worden met een capillaire meting (met mogelijke fout).

Patiënt moet 7 dagen de subcutane sensor en zender dragen. De sensor is “enzymafhankelijk”, waardoor niet altijd de monitoring 7 dagen bedraagt.

Er is nog steeds geen terugbetaling van de glucosemonitoring voorzien. De sensoren zijn eenmalig te gebruiken en zijn duur (ongeveer 50 euro per sensor), daarnaast moet ook de zender, de oplader, het computerprogramma afzonderlijk betaald worden.

**2. SUBCUTANE INSULINEPOMP THERAPIE**

Om de glycemieschommelingen te kunnen opvangen, kan het noodzakelijk zijn om continu een lage dosis insuline subcutaan af te geven om zo “heel kort” op de bal te spelen. Deze lage dosis insuline kan via de insulinepomp worden toegediend.

**Wat is de werking van de insulinepomp?**

De insuline wordt continu toegediend met een insulinepomp via een infuusstelsel, waardoor continu insuline vloeit. Men gebruikt hiervoor de insuline-analogen (Novorapid®, Apidra®, Humalog®). De continue lage dosis insuline wordt het basaal patroon (= E/h) genoemd. Men kan deze basale dosis insuline per half uur instellen. Daarnaast moet de patiënt op het moment van de maaltijd nog steeds een bolus insuline toedienen. Deze bolus kan berekend worden door de insulinepomp op basis van de gemeten glucosewaarde, koolhydraatname, actieve insuline ...

**Dit systeem heeft volgende voordelen:**

1. De basale hoeveelheid toegediende insuline kan beter verdeeld worden over de volledige dag en per uur verminderd worden bij fysieke activiteit, wat bij toediening van Lantus® of Levemir® niet mogelijk is (= tijdelijk basaal patroon).
2. Extra bolus kan vlotter worden toegediend. Een pomp laat toe om de therapie nog meer te titreren op basis van de gemeten glycemie. Patiënten met type 1 krijgen het advies om zo nodig kleine extra hoeveelheden insuline als correctie bij hoge glycemie of bij extra maaltijd toe te dienen. Deze bijkomende injecties worden meestal niet toegediend. Door de “bolusknop” op de pomp kan de patiënt makkelijk een dosis insuline extra toedienen. Doordat men de insulinedosis nog beter kan “matchen” met de glycemieschommelingen, verbetert de glycemiecontrole en het HbA1c. Dit maakt dan ook dat bij zwangerschap een insulinepomp ten eerste wordt aangeraden omdat een strikte glycemiecontrole gedurende 9 maanden absoluut noodzakelijk is.

**Zijn er ook nadelen?**

De infuusset moet om de 2 à 3 dagen vervangen worden (= subcutaan inbrengen van systeem = prikken!). Het insulinereservoir moet zelf worden opgevuld. Soms zijn er oppervlakkige infecties ter hoogte van de infuusplaats. De insulinepomp moet steeds dicht bij of op het lichaam gedragen worden.

Het grootste gevaar is een verstopping van het infuusstelsel b.v. blokkering van de katheter zodat er geen insuline afgeleverd wordt, wat zeer snel aanleiding kan geven tot ketoacidose (er is immers geen “reserve” aan insuline).

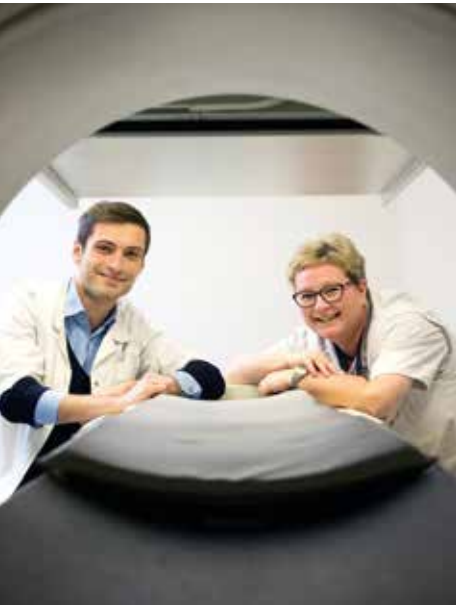
Actueel bestaat er nog geen volledige communicatie tussen de glucosesensor en de insulinepomp zodat de patiënt nog steeds zelf instaat voor het toedienen van de bolusinsuline voor de maaltijd. Om een goede glycemieregeling te bekomen moet patiënt zich minstens 4 tot 5 maal meten per dag en zo nodig extra correctiebolus toedienen. Een insulinepomp vraagt van de patiënt een dagelijkse toewijding die niet onderschat mag worden, maar die (meestal) resulteert in een goede glycemiecontrole en een betere levenskwaliteit.



Nieuwe SPECT-CT

# Gebundelde krachten

Begin februari 2014 wordt een nieuwe SPECT-CT in gebruik genomen. Het toestel betekent een grote sprong voorwaarts voor de dienst nucleaire geneeskunde in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem: kortere scantijden, een lagere stralingsdosis en meer diagnostische zekerheid.



De SPECT-CT op de dienst nucleaire geneeskunde van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem wordt begin volgend jaar vervangen door een hoogtechnologisch model. "Met de beelden van het huidige toestel kunnen we het letsel enkel lokaliseren. Om de onderliggende oorzaak van het letsel op de isotopenscan te bepalen, moeten er vaak bijkomende onderzoeken gebeuren", vertelt nucleair geneeskundige Dr. Jeroen Mertens. "Bij de nieuwe SPECT-CT zijn de beelden echter van zo'n hoge kwaliteit dat ze rechtstreeks naar de radioloog kunnen. Hij beschrijft dan de CT-grafische kenmerken van het letsel en zo komen we samen tot een nauwkeurigere diagnose."

## ÉÉN ONDERZOEK, MEER ZEKERHEID

De voordelen voor de patiënt zijn niet min. Ze hoeven bijvoorbeeld niet meer terug te komen voor bijkomende onderzoeken: één onderzoek volstaat. De scan duurt ook minder lang en de patiënt wordt aan een lagere stralingsdosis blootgesteld. "Soms zal de patiënt wat langer op het resultaat moeten wachten omdat de nucleair geneeskundigen en de radiologen de beelden eerst samen bekijken", aldus dr. Mertens. "Daar tegenover staat wel een pak meer diagnostische zekerheid. Dat geldt zowel voor de evaluatie van kwaadaardige gezwellen – en hun uitzaaiingen – als voor fracturen, ontstekingen en slijtage van het skelet. Naast de botscaans kan deze techniek ook worden toegepast met andere tracers. Ik kijk er alvast naar uit om met de radiologen samen te werken."

Een kwestie van tijd

## Het palliatief support team

Het palliatief support team, kortweg PST, van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem bestaat uit drie verpleegkundigen en één psychologe. Het team bezoekt wekelijks de verschillende verpleegafdelingen om 'hun' patiënten met de best mogelijke zorg te omringen. "Hoe vroeger we in contact kunnen komen met de patiënt, hoe beter", zegt psychologe Sophie Dhaene.

Elke week gaat het mobiele team op pad om te kijken welke patiënten in het PST-bestand kunnen worden opgenomen. Dat gebeurt in overleg met de hoofdverpleegkundige en in samenspraak met de behandelende arts van de desbetreffende dienst. Sophie Dhaene, psychologe PST: "Wij proberen in eerste instantie het comfort en de levenskwaliteit van de patiënt zo hoog mogelijk te houden door de pijn te bestrijden en de lichamelijke klachten te verlichten. Daarnaast voeren we gesprekken om te weten te komen wat de patiënt op dit moment bezig houdt. Op die manier worden psychische klachten, praktische problemen en vragen rond zingeving

tijdig opgevangen. Indien de patiënt dit wenst, bieden wij ondersteuning om over de situatie te praten met hun familie of vragen te stellen aan de arts.

### VERTROUWENSBAND

De drie verpleegkundigen werken elk op een andere afdeling. Eén dag per week nemen ze hun taak als palliatief verpleegkundige op. Op die dag gaan ze langs op elke verpleegafdeling. Sophie Dhaene: "We kunnen dus niet elke dag aan het bed van de patiënten staan, maar het is wel belangrijk dat we zo vroeg mogelijk worden ingeschakeld. Hoe vroeger we betrokken worden bij de zorg voor de pa-



tiënt, hoe makkelijker het is om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Alleen op die manier kunnen we de klachten verlichten. Indien er een vraag zou zijn naar euthanasie kan deze tijdig geëxploreerd en aangepakt worden, waardoor ze ook vaak weer verdwijnt. Wat de situatie ook mag zijn, het PST biedt ondersteuning, vanaf de palliatieve fase tot en met de terminale fase.

# Nieuwe artsen

## DR. FILIP VANSTECHELMAN

Cardiologie

"Dr. Filip Vanstechelman nam op 1 oktober 2013 de fakkel over van dr. Stany Dierickx als cardioloog. "De interesse voor geneeskunde zit in de familie, ik ben de vierde generatie arts. De cardiologie trok mij aan omdat het pure wetenschap combineert met menselijk contact. In het ziekenhuis verzorg ik de algemene cardiologie, maar ik doe ook technische zaken zoals pace-makers plaatsen, en één keer per week ga ik naar het UZ Gent voor interventionele cardiologie. Die variatie houdt de job boeiend. Ik leerde het AZ Sint-Elisabeth Zottegem kennen tijdens mijn stage, zes maanden bij dr. Dierickx en zes maanden bij dr. Bogaert. Ik vond het toen al een fijne omgeving om in te werken. Het team is perfect op elkaar afgestemd en biedt de patiënt een totaalzorg aan."



## DR. CHARLOTTE PEETERS

Urologie

Vanaf 1 januari vervoegt Dr. Charlotte Peeters de dienst Urologie in het AZ St Elisabeth. Ze studeerde af als arts aan de KU Leuven in 2007. Hierna begon ze haar specialisatie in de urologie, waarvan 2 jaar in centra met mogelijkheid tot specifieke opleiding voor de robotchirurgie. Ze koos voor urologie omdat deze discipline een totaal pakket omvat.

"We kunnen een totaalpakket aanbieden van diagnostiek, behandeling en follow-up bij onze patiënten, zowel mannen, vrouwen als kinderen.

In dit ziekenhuis, dat zeer veel investeert in vernieuwing zou ik graag naast het uitoefenen van de robotchirurgie, ook de functionele urologie verder uitbouwen. Mijn motto? Het welzijn van de patiënten staat voorop, wat er ook gebeurt."



# Pensioen

## DR. PAUL MELKEBEKE

Gastro-enterologie

Dr. Paul Melkebeke werkte niet minder dan 36 jaar op de dienst Gastro-enterologie en Inwendige Ziekten. Het voormalige diensthoofd blikt met een dankbaar gevoel terug.

"Ik heb graag in het ziekenhuis gewerkt dankzij het goede contact met patiënten, collega's, verpleegkundigen en directie. De juiste diagnoses stellen, is een fascinerend puzzelwerk, en binnen de endoscopie kon ik mijn vaardigheden blijven ontwikkelen. Tot de laatste dag stond de agenda vol. Als het aan de patiënten lag, was ik nu nog steeds bezig. (lacht) Maar ik zeg de geneeskunde niet volledig vaarwel: ik geef nog les aan studenten osteopathie in Gent. Verder ben ik er ook vrijwillig coördinator bij de sociale dienst in de Brugse Poort. Ik zal me dus niet gauw vervelen ..."



## DR. STANY DIERICKX (HOOFDGENEESHEER)

Cardiologie

De dienst Cardiologie van het AZ Sint-Elisabeth Zottegem ligt Dr. Stany Dierickx nauw aan het hart. "Cardiologie is altijd mijn hobby geweest", vertelt hij. "In '78 heb ik de dienst Cardiologie opgestart, gestructureerd en verder uitgebouwd. De directie heeft me daarin altijd gesteund, onder meer door investeringen te doen in innovatieve apparatuur."

Na 35 jaar legt dr. Dierickx zijn werk als cardioloog neer. Wat hem het meest zal bijblijven? "Ik heb veel mooie herinneringen, maar dat ik met mijn dochter Caroline (klinisch cardioloog en revalidatiearts) heb kunnen samenwerken, is toch heel bijzonder." Dr. Dierickx neemt echter nog geen definitief afscheid van het ziekenhuis, hij blijft nog tot eind 2014 actief als hoofdgeneesheer.





Om het maag-darmstelsel nog verder te onderzoeken heeft het AZ Sint-Elisabeth Zottegem sinds kort een gespecialiseerde techniek in huis: de videocapsule-endoscopie. Deze hoogtechnologische 'pilcamera' laat toe om letsels in de lange dunne darm, die met andere methoden beperkt te onderzoeken vallen, op te sporen.

# De dunne darm onthuld

De dunne darm was lange tijd de 'black box' van de gastro-enterologie: het was geen sinecure om dit deel van de darm duidelijk in beeld te brengen. De videocapsule-techniek laat dat wel toe. "De capsule heeft het formaat van een pil en kan dus gemakkelijk ingeslikt worden", vertelt gastro-enteroloog dr. Sébastien Kindt: "Deze pilcamera maakt een grote hoeveelheid foto's zodat er een filmopname ontstaat van de dunne darm. Deze foto's worden doorgestuurd naar een ontvanger die aan het lichaam van de patient bevestigd is."

"Met de videocapsule kunnen allerlei darmaandoeningen worden opgespoord, zoals angiodysplasie - afwijkingen van de bloedvaten, tumoren in de dunne darm, de ziekte van Crohn en zweertjes die patiënten krijgen door ontstekingsremmers te gebruiken", aldus gastro-enteroloog dr. Diederik Dooremont. "De belangrijkste aanwijzing om een videocapsule-endoscopie uit te voeren, is bloedarmoede door ijzertekort." (zie kader)

## MINIMALE VOORBEREIDING

De videocapsule-endoscopie vraagt een minimale voorbereiding. Dr. Dooremont: "De patiënt drinkt een liter Moviprep, darmreinigingsmiddel, en een liter water en komt de

volgende dag nuchter naar het onderzoek. Twee uur na het inslikken van de capsule kan de patiënt al eten. De capsule verlaat het lichaam via de natuurlijke weg."

Dr. Kindt: "Zowel dr. Dooremont als ikzelf hadden al ervaring met de pilcamera voor we hier begonnen te werken. De techniek bestaat al een aantal jaren, maar evolueert snel. De camera maakt meer beelden van een hogere kwaliteit. We zijn uiteraard zeer tevreden dat het ziekenhuis heeft besloten om de techniek in

huis te halen, want vroeger moesten we onze patiënten hiervoor doorverwijzen naar het UZ in Gent."

## VIER TOT ACHT UUR

Het onderzoek duurt gemiddeld acht uren. De patiënt blijft al die tijd in het ziekenhuis, om te voorkomen dat er iets met de capsule zou gebeuren. Dr. Dooremont: "De patiënt wandelt rond en de capsule schuift op. Dat gaat niet bij iedereen even snel: afhankelijk van de patiënt blijft een capsule tussen vier en acht uur in de dunne darm zitten. Het onderzoek eindigt wanneer de capsule zich in de dikke darm bevindt."

Dr. Kindt: "Het uitlezen op de computer duurt minimum een uur. Als we letsels zien, kun-

nen we die beelden isoleren en printen. Het verslag geven we nadien mee aan de patient, of we sturen het door naar de huisarts of - indien er een behandeling moet volgen - aan de behandelende arts, bijvoorbeeld in het UZ te Gent.



## TERUGBETALING

Het RIZIV betaalt de videocapsule-endoscopie alleen terug als er sprake is van bloedarmoede door ijzertekort. In dat geval moet er eerst een klassiek maag- en darmonderzoek uitgevoerd worden. Pas wanneer dat onderzoek geen verklaringen vindt voor het ijzertekort, komt een patiënt in aanmerking voor de pilcamera. Het RIZIV betaalt zo'n 500 à 600 euro terug, de patiënt zelf betaalt nog zo'n 150 à 200 euro. De videocapsule-endoscopie brengt enkel de dunne darm correct in beeld en is dus geen vervanging van de gastroscopie en coloscopie - nog steeds de aangewezen techniek om de maag en de dikke darm te bekijken.



## Noteer alvast in uw agenda...

### MEDISCHE LESSENCYCLI

#### Aanvang 21u

- 28/01/14 : Triverius
- 25/02/14 : Medische Staf
- 25/03/14 : Triverius
- 22/04/14 : Triverius
- 27/05/14 : Triverius
- 24/06/14 : Medische Staf
- 23/09/2014 : Triverius
- 21/10/2014 : Triverius
- 25/11/2014 : Triverius
- 16/12/2014 : Medische Staf

### INFOBEURS 'BABY AAN BOORD'

- 15 februari 2014
- 14 juni 2014
- 18 oktober 2014

### COLOFON

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

**Hoofredactie:** H. De Vleeschouwer

**Redactieraad:** F. Verbeke, R. De Bosscher, Dr. S. Dierickx, H. Libbrecht, A. Moens, D. Van Caillie

**Fotografie:** Bart Cloet

**Realisatie:** f-twee uitgeverij, [www.f-twee.be](http://www.f-twee.be)

**Verantwoordelijke uitgever:** Frank Verbeke, Godveerdegemstraat 69, 9620 Zottegem, 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**



AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM

# Verder aan de slag na 65 jaar

Tot nog toe eindigde de overeenkomst tussen de arts en het ziekenhuis op het einde van het jaar waarin de arts de leeftijd van 65 jaar bereikte. De Raad van Bestuur paste echter in oktober de algemene regeling aan zodat artsen nu ook na hun 65ste hun beroepsactiviteiten nog kunnen verder zetten. Deze verderzetting geldt telkens voor één jaar en kan door de betrokken arts aangevraagd worden tot hij/zij de leeftijd van 69 jaar bereikt. Vooraleer de Raad van Bestuur een beslissing treft, moeten er wel een aantal voorwaarden vervuld zijn. Zo is de steun van de betrokken artsenassociatie vereist en ook de hoofdgeneesheer en de Medische Raad moeten een gunstig advies verlenen.

## Zorgvernieuwers



In 2011 trad een nieuw klinisch pad in werking voor patiënten met een COPD-exacerbatie (een opstoot van chronische bronchitis). Dit multidisciplinair zorgtraject loopt van de spoedopname tot aan het ontslag van de patiënt. Om alle betrokken ziekenhuismedewerkers op elkaar af te stemmen, vindt wekelijks een dienstoverleg plaats. De zorgverleners zijn tevreden, des te meer omdat zij alles op poten hebben gezet. Hun moeite en enthousiasme gingen niet onopgemerkt voorbij. Het klinisch pad werd in oktober beloond met een podiumplaats in de Prijs Klinische Paden 2013 en staat in het boek 'Zorgvernieuwers' van

Lannoo, dat werd uitgegeven in augustus. Het klinisch pad wordt erin voorgesteld als een innovatieve manier om de teamwerking in de zorgsector te verbeteren. Het boek presenteert 9 cases, is verkrijgbaar in de boekhandel en kost 24,99 euro.

## Verslag Diabetes 2013

Op 7 september vond in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem een symposium over obesitaschirurgie plaats. De chirurgen van het ziekenhuis dr. Matthys en dr. Focquet gaven een overzicht van de recente technieken. De directeur van de Christelijke Mutualiteit, dr. Rob Van Den Oever, sprak over de huidige terugbetalingscriteria. De sprekers argumenteerden waarom men zou moeten spreken van metabole chirurgie in plaats van obesitaschirurgie. Dit soort chirurgie heeft immers een gunstig effect op de metabole processen en kan diabetes type II genezen. In de namiddag konden patiënten en bezoekers vragen stellen aan de diverse leden van het multidisciplinair team tijdens een ronde tafelgesprek, dat werd gespekt met filmfragmenten van de verschillende operaties. Moderator Sara Van Boxstael (Radio 1) leidde het gesprek in goede banen.

**U kunt de filmfragmenten bekijken op [www.expertkliniekobesitas.com](http://www.expertkliniekobesitas.com).**