



## Technische hoogstandjes

Het AZ Sint-Elisabeth zet alles op alles om een kwalitatieve en technisch hoogstaande ziekenhuiszorg aan te bieden. Daarom investeert het geregeld in nieuwe apparatuur. Zo werd onlangs de Da Vinci Robot in huis gehaald en in het voorjaar van 2008 komen daar nog de Cone Beam CT Scan en het NMR-toestel bij. In de medische bijlage van deze nieuwsbrief kunt u alles lezen over deze drie nieuwe apparaten. We zetten ze hier al even kort op een rijtje.

Een nieuwe techniek heeft zijn intrede gedaan in de maxillofaciale beeldvorming: de **Cone Beam CT Scan**. Die laat toe om volwaardige driedimensionale beelden te maken van hoofd en hals met een spectaculair lagere stralingsdosis in vergelijking met de conventionele CT Scan. Bovendien kan de patiënt met de Cone Beam CT Scan in zittende houding onderzocht worden, wat ook een pak voordelen met zich meebrengt.



Een **NMR-onderzoek** is een diagnostische scantechniek van het lichaam waarbij de patiënt in een magnetisch veld geplaatst wordt. Voor heel wat indicaties wordt NMR beschouwd als het eerstekeuzeonderzoek. In tegenstelling tot röntgenstralen werkt magnetische resonantie niet met ioniserende stralen, waardoor ook herhaalde onderzoeken bij kinderen geen negatieve gevolgen hebben.



Onlangs werd in het AZ Sint-Elisabeth gestart met de robotgeassisteerde prostaatchirurgie. Hiervoor haalde het ziekenhuis de meest geavanceerde operatierobot in huis: de **Da Vinci type S**, een systeem dat toelaat complexe kijkoperaties uit te voeren met een grotere precisie. Een driedimensionaal, sterk vergroot beeld en meer bewegingsvrijheid zijn slechts enkele van de voordelen.

### Veilige zorg

**Patiëntveiligheid staat vandaag de dag volop in de belangstelling. Ook het AZ Sint-Elisabeth zet zich actief in om een kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg te waarborgen. Onlangs sloot het ziekenhuis zelfs een contract af met de overheid rond dit thema. Lees meer op pagina 3.**

### Verder in dit nummer

- Xtenso 2**
- Patiëntveiligheid 3**
- Nieuwe artsen 4**
- Nieuwe arts en benoeming 9**
- Nieuwe bestuurder 9**
- Palliatieve zorg 10**
- Weetjes 10**
- Patiëntentunnel 11**
- Rampoefening 11**
- Milieuvergunning 11**
- Neurologie 12**

Toelating gestolen  
verpakking B/43

|                 |
|-----------------|
| Belgie-Belgique |
| P.B./P.P.       |
| B/43            |



**Herman De Vleeschouwer**  
afgevaardigd bestuurder

## Complete zorg

Het voorbije jaar 2007 was opnieuw een druk ziekenhuisjaar, met vooral veel positieve veranderingen. Ons ziekenhuis zet dan ook alles op alles om de beste zorg te creëren voor zijn patiënten.

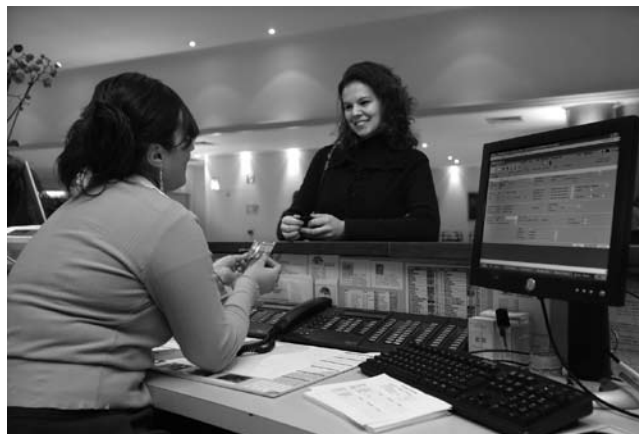
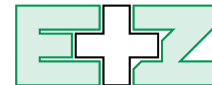
Goede zorg betekent ook veilige zorg. Het AZ Sint-Elisabeth heeft patiëntveiligheid al altijd hoog in het vaandel gedragen. Veiligheid in het ziekenhuis is immers onontbeerlijk om bij te dragen tot de allerbeste kwaliteit. Onlangs nog sloot het ziekenhuis met de federale overheid een contract af dat een nog betere patiëntveiligheid moet verzekeren.

Ook op technisch vlak blijft het AZ Sint-Elisabeth niet achter. Integendeel. Denk maar aan de recente investeringen in gloednieuwe medische apparatuur, zoals de Da Vinci Robot, de NMR en de Cone beam CT. Topapparatuur, waarmee niet alleen onze artsen, maar vooral ook onze patiënten gebaat zijn. In de medische bijlage van deze nieuwsbrief leest u er alles over. De administratieve diensten van het ziekenhuis werken vanaf januari 2008 bovendien met een nieuw systeem: de aangekochte software van Xtenso bestaat uit het opnamepakket ADT en het facturatiepakket TARFAC. Ook deze overschakeling brengt de nodige voordelen mee voor onze patiënten. Dankzij de nieuwe software kunnen ze bijvoorbeeld vooraf al worden ingeschreven, waardoor ze op de dag van opname minder lang moeten wachten.

De regelmatige aanwerving van nieuwe artsen verbreedt ons zorgaanbod. In deze nieuwsbrief stellen we u de nieuwe artsen van het ziekenhuis even kort voor. Bovendien heeft onze Raad van Bestuur er een nieuw lid bij: prof. dr. Anne De Paepe van het Centrum voor Medische Genetica van het UZ Gent zal onder meer meehelpen bij de verdere uitbouw van de medische diensten van het ziekenhuis. En zo is de 'zorg-cirkel' rond.

In die geest wens ik u van harte een gezond 2008.

Xtenso



## Administratieve ruggengraat

De software van de administratieve diensten van het AZ Sint-Elisabeth was stilaan aan vernieuwing toe. De firma Xtenso – marktleider op het vlak van facturatie – bleek de meest aangewezen leverancier.

De aangekochte software van Xtenso bestaat uit het opnamepakket ADT en het facturatiepakket TARFAC. Via ADT worden de patiënten ingeschreven: zowel de identiteitsgegevens, verzekeringsgegevens als de opnamegegevens worden erin geregistreerd. Het facturatiepakket staat in voor de tarificatie en facturatie van prestaties, medicatie, kosten en forfaits aan patiënten, mutualiteiten en/of verzekeringsinstellingen. Met het oog op de facturatie wordt ook informatie vanuit andere pakketten – zoals de apotheek, het labo en de radiologie – in het facturatiepakket ingelezen.

**Frank Verbeke** (diensthoofd administratie): "Het ADT-pakket is de administratieve ruggengraat van het ziekenhuis. Het voedt immers alle andere pakketten: de patiënt wordt geregistreerd, waarna alle gegevens automatisch worden doorgestuurd naar de radiologie, het labo, het operatiekwartier, de keuken, de apotheek en het Centraal Medisch Dossier."

Xtenso is bovendien een pak gebruiksvriendelijker en flexibeler. Ook reservaties van patiënten zijn mogelijk via het nieuwe systeem. "Vroeger gebeurde dit manueel", aldus Frank Verbeke. "Dankzij de nieuwe software kunnen patiënten nu vooraf al worden ingeschreven, waardoor ze op de dag van opname minder lang moeten wachten."

Vanaf januari 2008 worden alle nieuwe patiënten ingeschreven via het nieuwe systeem. Frank Verbeke: "Zowel de medewerkers van de opname als die van de spoedafdeling, het dagziekenhuis, de SIS-balie en de receptie worden momenteel intensief opgeleid. Zo kunnen we bij de overgang naar het nieuwe jaar probleemloos overschakelen."



## Het vermijdbare vermijden

Patiëntveiligheid staat volop in de belangstelling. De federale overheid organiseerde er onlangs zelfs een nationale week over. Ook het AZ Sint-Elisabeth zet zich actief in om een kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg te waarborgen en sloot rond dit thema een contract af met de federale overheid.

De federale overheid stimuleert de zorginstellingen om een kwaliteitsvolle, patiëntveilige zorg te creëren. Het contract dat het AZ Sint-Elisabeth in september dit jaar afsloot met de overheid, bevat dan ook drie grote uitdagingen: het evalueren van de patiëntveiligheidscultuur, de registratie van incidenten en bijna-incidenten en de beschrijving van kwaliteitsprojecten. Het doel: het voorkomen van schade aan de patiënt als gevolg van de zorg of door het contact met het zorgsysteem.

Om de patiëntveiligheid in het ziekenhuis te meten, kregen alle ziekenhuisartsen en -medewerkers die rechtstreekse zorg verlenen aan de patiënt, een anonieme vragenlijst. "Via die enquête willen we onder meer te weten komen hoe onze medewerkers tegenover patiëntveiligheid staan", zegt **Ann Moens** (verpleegkundig directeur). "De knelpunten die uit de vragenlijst naar voren komen, zullen als basis dienen voor het opstellen van actiepunten. Daarnaast willen we de medewerkers en artsen via de vragenlijst nog eens extra sensibiliseren rond alles wat met patiëntveiligheid te maken heeft. Blijven herhalen is immers de boodschap."

### Thematische registraties

De volgende opdracht is de registratie van incidenten en bijna-incidenten.

**Vera Beeckman** (adjunct hoofdverpleegkundige spoedafdeling): "Hoewel onze ziekenhuismedewerkers en -artsen dagelijks hun uiterste best doen om een kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg te verzekeren, gebeuren er helaas ook incidenten. Dat is zelfs in de beste organisaties het geval. Om die incidenten zoveel mogelijk te voorkomen, bouwt het ziekenhuis allerlei barrières op, zoals procedures en welomschreven richtlijnen, om het 'vermijdbare te vermijden' als het ware."



Het ziekenhuis werkt al jaren met dergelijke procedures, die regelmatig door werkgroepen en comités aan de huidige kwaliteitsnormen getoetst en zonodig aangepast worden. "Vanaf de eerste helft van 2008 zullen we op verschillende tijdstippen thematische registraties organiseren, bijvoorbeeld in verband met ziekenhuishygiëne of medicatiefouten", zegt **Katia Ronsse** (vroedkundige). "Na de registratie rond een bepaald thema volgt onmiddellijk een analyse en worden een aantal actiepunten opgesteld. Het comité kwaliteitsbeleid van het AZ Sint-Elisabeth, bestaande uit artsen, verpleegkundigen en leidinggevenden van het ziekenhuis, staat in voor de uitwerking van die actiepunten. De betrokkenheid van de afdelingen trachten we te realiseren door per dienst een referentiepersoon aan te stellen."

### Minder vallen

Naast het voorkomen van incidenten, gaat het ziekenhuis ook voortdurend op zoek naar nieuwe, kwaliteitsvolle systemen die een zo veilig mogelijke zorg helpen garanderen. Projecten rond onder meer informatieverstrekking en -doorstroming, medicatieveiligheid en valpreventie zijn hier een voorbeeld van.



"Begin dit jaar hebben we in het ziekenhuis al een project uitgewerkt rond valincidenten: patiënten die al gevallen zijn, hebben immers een groot risico om nog te vallen", zegt Ann Moens. "Daarom wordt meteen bij opname van een patiënt het valrisico gemeten. Afhankelijk van de resultaten wordt dan meer of minder aandacht geschonken aan valpreventie. Kleine aandachtspunten kunnen al een groot verschil maken: een looprekje, aangepast schoeisel, nachtverlichting, enzovoort. Op het einde van dit jaar volgt een evaluatie van het project. Bovendien zal de patiënt op termijn zelf meer en meer betrokken worden om zijn eigen veilige zorg mee te helpen realiseren. Een uitdaging voor de toekomst."

## Nieuwe artsen

### Dr. Elke Van Schoote - Longziekten

Dr. Elke Van Schoote is sinds 15 oktober 2007 verbonden aan het AZ Sint-Elisabeth. Ze werkt in associatie met dr. Remels op de afdeling longziekten. "In eerste instantie is het de bedoeling om de dienst verder uit te bouwen", zegt dr. Van Schoote. "Vanuit mijn interesse voor oncologie lijkt het mij tevens een uitdaging om op termijn extra aandacht te besteden aan de opvang, diagnostiek en behandeling van patiënten met kwaadaardige longziekten. Het doel is om een permanente patiëntgerichte oncologische zorg aan te bieden volgens de internationale guidelines."

In 2000 behaalde dr. Van Schoote haar diploma geneeskunde aan de UGent. In 2006 studeerde ze af als pneumoloog. Vervolgens legde ze zich nog een jaartje toe op de thoracale oncologie, waarna ze meteen aan de slag ging in het AZ Sint-Elisabeth.

"Het contact met patiënten is hier veel directer en persoonlijker dan in de universitaire instellingen. Bovendien beschikt het ziekenhuis over alle nodige faciliteiten om technische onderzoeken te verrichten", aldus dr. Van Schoote.



### Dr. Paul Thielens - Stomatologie en maxillofaciale heelkunde

Binnenkort is het AZ Sint-Elisabeth een fulltime stomatoloog rijker. Dr. Paul Thielens zal samen met collega dr. Thierry Claeys de dienst stomatologie en maxillofaciale heelkunde verder uitbouwen. "Dankzij onze samenwerking kunnen we het behandelingsarsenaal binnen het ziekenhuis uitbreiden", aldus dr. Thielens.

In 1985 studeerde dr. Thielens af als arts aan de Universiteit Gent. Drie jaar later behaalde hij het diploma tandheelkunde.

Vervolgens specialiseerde hij zich in de stomatologie en de maxillofaciale heelkunde in het UZ Gent, het Academisch Ziekenhuis Leiden en het Welsh Centre for Burns, Plastic and Maxillofacial Surgery te Chepstow. In 1992 ging hij aan de slag in het Kortrijks OCMW ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw dat recent fuseerde met de drie andere Kortrijkse ziekenhuizen tot het AZ Groeninge. Vanaf januari 2008 start dr. Thielens – op vraag van collega en vriend Thierry Claeys – in het AZ Sint-Elisabeth.

### Dr. Sarah Hofman - Dermatologie

Vanaf januari 2008 versterkt dr. Sarah Hofman de dienst dermatologie van het AZ Sint-Elisabeth. "Mijn taken zullen dezelfde zijn als die van mijn drie collega's: consultaties, kleine chirurgische ingrepen, lasertherapie, allergietesten en consulten bij gehospitaliseerde patiënten", zegt dr. Hofman. "Naast de algemene dermatologie gaat mijn interesse vooral uit naar esthetische dermatologie, lasertherapie, chirurgie en allergie."

Dr. Hofman studeerde in 2003 af als arts aan de Universiteit Gent. Eind 2003 startte ze haar opleiding dermatologie in het UZ Gent. Eind 2007 behaalde ze haar diploma. "De oplei-

ding was zeer gevarieerd", zegt dr. Hofman. "Naast de algemene dermatologie werden we opgeleid in meerdere deelgebieden zoals allergie, pediatrie dermatologie, lasertherapie en wondzorg."

Dr. Hofman is overigens geen vreemde voor het AZ Sint-Elisabeth. "Tijdens mijn studies liep ik drie maanden stage in het ziekenhuis. Tijdens die periode heb ik de goede werksfeer kunnen appreciëren. Bovendien is het AZ Sint-Elisabeth een ziekenhuis met een goede reputatie en een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Mijn keuze was dus snel gemaakt", aldus dr. Hofman.







Deze tweede editie van de medische bijlage behandelt drie belangrijke nieuwe technieken die wij aanbieden aan de patiënten van onze regio. Hiermee bevestigen wij de voortdurende inspanningen van het AZ Sint-Elisabeth om hoog gekwalificeerde geneeskunde binnen het bereik van onze bevolking te brengen.

Veel leesplezier, Dr. Carlos Monté

## Magnetische resonantie (MR)

### Basisprincipes

In tegenstelling tot RX (Röntgenstralen) of echografie (Ultrasoon geluid) werkt MR dankzij een sterk **magnetisch veld** (bvb. 1,5 Tesla). **Waterstofkernen** (er zijn andere MR actieve nucleï, maar deze zijn veel minder talrijk in het menselijk lichaam) gedragen zich als kleine magneetjes die, wanneer ze in een sterk magnetisch veld geplaatst worden (bvb. van een MR toestel), gedwongen worden zich te oriënteren volgens de lijnen van het veld. Door middel van een specifieke **RF (radiofrequentie) puls** worden de waterstofkernen in een hogere energietoestand gebracht: de kernen gaan zich tegen het veld in oriënteren. Dit noemen wij **excitatie**. De kernen gaan “resoneren”, vandaar de naam magnetische resonantie. Na het stoppen van de RF puls gaan de waterstofkernen de energie die ze door de RF puls kregen weer afstaan: dit is gekend als de **relaxatie**. Uit de relaxatie (vrijkomende energie) kunnen verschillende signalen gemeten worden. De twee meest gekende zijn **T<sub>1</sub>** (hier is het cerebrosпинаaal vocht bij onderzoeken van de hersenen en wervelzuil zwart) en **T<sub>2</sub>** (hier is het cerebrosпинаaal vocht wit).

### Voordelen van MR

Er is een groot **contrast** tussen verschillende weke weefsels, bijvoorbeeld vetweefsel en spierweefsel. Dus zonder intraveneuze toediening van gadolinium-houdend contrastmiddel zijn er reeds grote verschillen tussen weefseltypen (met veel detail) zichtbaar. MR gebruikt geen ioniserende straling: ook herhaalde onderzoeken bij **kinderen** hebben geen negatieve gevolgen. Bij kleinere kinderen is soms wel een sedatie vereist.

### Nadelen van MR

**Bot** is bij MR moeilijker te zien: botcortex bevat namelijk geen waterstof, en het geeft dus geen signaal. Beenmerg daarentegen kan beter beoordeeld worden (bijvoorbeeld botoedeem). **Claustrofobe** patiënten weigeren soms in ‘de tunnel’ geplaatst te worden. Gelukkig hebben de nieuwere MR toestellen een kortere tunnel met een bredere opening. Bovendien hoeven de patiënten voor veel onderzoeken (bijvoorbeeld knie, buik) niet met het hoofd in de tunnel te liggen. De nieuwe generatie toestellen maken ook veel minder lawaai, dit komt het comfort van de patiënten ten goede. Patiënten met een **pacemaker** mogen geen MR onderzoek ondergaan: er bestaat namelijk een groot gevaar voor deregulatie van de pacemaker door het magnetische veld.

### Indicaties

- Neurologische onderzoeken (hersenen, wervelzuil).
- Osteo-articulaire onderzoeken (knieën, schouders, ...).
- Abdominale onderzoeken (lever, galwegen, pancreas, gynaecologie, ...).
- Vasculaire onderzoeken (halsvaten, aorta, ...).
- Borstonderzoeken (karakterisatie borstletsels).

### Nieuwere MR technieken

#### 1. Diffusie beeldvorming

Diffusie wijst op de spontane, willekeurige thermische beweging welke moleculen maken. Deze beweging is beperkt door grenzen zoals ligamenten, (cel-)membranen en macromoleculen. Bij een acuut herseninfarct bijvoorbeeld gaat water zich opstapelen in de cellen (cytotoxisch oedeem) ten koste van het water in de extracellulaire ruimte welke gaat verkleinen. De diffusie gaat dus afnemen in het ischemische gebied. Met deze beeldvorming krijgt men al snel een idee welk gebied irreversibel is getroffen en welk niet. Nieuwer zijn de diffusie toepassingen in het abdomen. Bijvoorbeeld: welke lymfeklieren zijn metastatisch ingenomen? Is een leverletsel kwaadaardig?

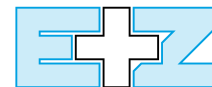
#### 2. Functionele beeldvorming (f-MRI)

Met snelle sequenties worden de hersenen onderzocht zowel gedurende activiteit (of onder stimuli) als in rust. De twee beelden reeksen (activiteit en rust) worden dan van elkaar afgetrokken (subtractie), en zo kan men een toegenomen bloeddorstrooming in het actieve deel van de hersencortex waarnemen. Deze techniek heeft onze kennis over hoe de hersenen werken, sterk vergroot.

#### 3. MR spectroscopie

Geeft in vivo informatie betreffende de chemische samenstelling en/of het metabolisme op bepaalde locaties, bijvoorbeeld in de hersenen. Aanwezigheid van bepaalde metaboliëten in een letsel laat ons toe het letsel verder te differentiëren en karakteriseren.

Er worden verschillende afkortingen gebruikt voor deze techniek van beeldvorming: MR: magnetische resonantie; NMR: nucleaire magnetische resonantie; KST: kernspintomograaf; MRI: magnetic resonance imaging; IRM: imagerie par résonance magnétique



# Da Vinci Robot: voor de behandeling van gelokaliseerd prostaatadenocarcinoma

Voor patiënten met een gelokaliseerd prostaatcarcinoom zijn er verschillende curatieve therapeutische mogelijkheden: radicale prostatectomie, radiotherapie, brachytherapie, HIFU, cryotherapie, wait-and-see-surveillance. Voor mannen met prostaatkanker gaat een curatieve behandeling echter dikwijls gepaard met urineverlies of erectiestoornissen. Ook de radicale prostatectomie heeft te kampen met deze neveneffecten. Daarom kwamen verschillende eerder vermelde therapeutische alternatieven naar voren die de nevenwerkingen konden beperken. Op oncologisch vlak echter zijn de resultaten van de radicale prostatectomie niet verbeterd door deze technieken. De EAU-richtlijnen stellen dat de radicale prostatectomie de “gold-standard” blijft voor patiënten met een levensverwachting van minstens tien jaar.

## Minimaal invasieve chirurgie

De klassieke open chirurgie verliest steeds meer veld ten opzichte van de minimaal-invasieve heelkunde. De laparoscopische technieken zijn nu een vaste waarde geworden voor tal van ingrepen.

Nochtans zijn er ook heel wat nadelen verbonden aan deze wijze van werken:

- De chirurgische handigheid vermindert met de lange en rigide instrumenten.
- bewegingen worden in spiegelbeeld uitgevoerd (contra-intuïtief).
- het been wordt versterkt door de lengte van de instrumenten en ook doordat de chirurg in een minder comfortabele houding opereert.
- het beeldscherm is tweedimensionaal wat het dieptezicht ten nadele komt.
- reeds complexe ingrepen worden nog moeilijker.
- oncomfortabele houding van de chirurg leidt tot sneller vermoeid zijn.

## Da Vinci Robot

Met de Da Vinci robot kunnen deze nadelen verholpen worden. Het systeem is een **tele-manipulator**: de chirurg bedient (vanop afstand) in een console een soort joy-stick en deze bewegingen worden exact en onmiddellijk door de robot uitgevoerd.

De robot kan zelf geen beslissingen nemen maar wordt gecommandeerd door de chirurg (meester-slaaf-systeem).

De patiënt component van de robot heeft vier armen die de verschillende instrumenten vasthouden (schaar, bipolaire coagulatie, tang, clips, naaldvoerder,...).

De **“endo-wrist”-design** van de instrumenten laat minstens dezelfde bewegingsvrijheid als de menselijke hand (pols) toe. Beven van de hand wordt uitgeschakeld door de software.

De chirurg ziet in de console een driedimensionaal beeld, welke **tot twaalf keer vergroot is**.

De chirurg zit comfortabel aan de console en dit ergonomisch voordeel leidt tot beter concentratievermogen gedurende langere tijd.

Dit alles zorgt ervoor dat met **veel grotere precisie** kan worden geopereerd en dat bijgevolg ook complexe ingrepen via minimaal-invasieve weg kunnen worden uitgevoerd.

In het geval van een radicale prostatectomie kan een meer nauwkeurige dissectie ter hoogte van de externe sfincter, de neurovasculaire bundel en de tumor worden gehandhaafd.

## Resultaten

De “eindtermen” die gehaald moeten worden bij een radicale prostatectomie betreffen continentie, erecties en vooral het oncologisch resultaat.

### 1. Continentie

Bij de Da Vinci-technologie zijn de apex van de prostaat en de neurovasculaire bundel veel beter gevisu-

| AUTEUR     | TECHNIEK        | 3 MAAND | 6 MAAND |
|------------|-----------------|---------|---------|
| Walsh      | Open (klassiek) | 53 %    | 80 %    |
| Abbou      | Laparoscopisch  | 58 %    | 69 %    |
| Rassweiler | Laparoscopisch  | 54 %    | 74 %    |
| Ahlering   | Robot           | 76 %    | 91 %    |
| Lee        | Robot           | 60 %    | 82 %    |
| Menon      | Robot           | -       | 96 %    |

Tabel 1: Percentage continentie.



aliseerd. Daardoor wordt bij de dissectie de functie van de externe sfincter beter bewaard.

Anderzijds kan een perfecte anastomose worden uitgevoerd. Dit resulteert in een nagenoeg waterdichte sutuur en tevens een verminderde incidentie van stricteervorming ter hoogte van de anastomose.

**Tabel 1** illustreert de percentages van continentie (definitie: geen inlegkruisjes nodig).

Na twaalf maanden zijn ongeveer 95 % van de patiënten continent.

Terugkeer naar de normale continentie lijkt vooral sneller te gebeuren bij de robot-techniek, maar er wordt ook een trend naar verbeterde "overall" continentie-percentages waargenomen.

## 2. Potentie

Zoals reeds vermeld is er een betere visualisatie van de neurovasculaire bundel die instaat voor het functioneren van het erectiel apparaat. Deze bundel ligt anatomisch vlak tegen het prostaatkapsel en het komt er dus op aan om enerzijds deze structuur niet te beschadigen maar toch oncologisch geen risico's te nemen naar de tumor toe.

Erectiestoornissen komen significant minder frequent voor.

| AUTEUR | TECHNIEK        | LEEFTIJD | % COITUS | GEMID IIEF-5 |
|--------|-----------------|----------|----------|--------------|
| Walsh  | Open (klassiek) | 50       | 71 %     | 15,7         |
| Menon  | Robot           | 57,4     | 86 %     | 21,9         |

Tabel 2: Erectiefunctie.

**Tabel 2** toont het verschil in potentiescore (uitgedrukt in de index IIEF-5). In beide groepen was de preoperatieve score > 21 en werden de bundels bilateraal gespaard. Follow-up is twaalf maanden.

## 3. Oncologisch resultaat

Het primaire doel van elke behandeling voor prostaatkanker is de oncologische genezing. Mannen met een hogere tumor-staging, groter tumorvolume, meervoudig positieve bipten, hogere Gleason-score en een hogere preoperatieve PSA-waarde hebben meer kans op positieve sectievlakken. De toestand van de sectievlakken is een onafhankelijke "risk-factor" voor PSA-recidief (stijging na ingreep).

Elke verandering tegenover de gold standard moet equivalente oncologische resultaten aanbieden om aanvaard te worden als een nieuwe optie van behandeling. Het oncologisch resultaat wordt geëvalueerd op basis van lange-termijn overlevingscijfers. Aangezien radicale prostatectomie via minimaal invasieve weg een recente techniek is, zijn deze data nog niet beschikbaar. Het oncologisch resultaat kan op kortere termijn tevens betrouwbaar getoetst worden aan het percentage positieve sectievlakken.

Bij de techniek met de Da Vinci robot is er geen tactiele feedback naar de chirurg aangezien de laparoscopische instrumenten gecontroleerd worden door de robotarmen. Daardoor was er aanvankelijk de vrees voor eventueel minder goede oncologische resultaten. Dit is geslonken aangezien de meeste chirurgen dit gebrek aan tastzin compenseren door het superieure zicht in 3D en met vergroting.

| AUTEUR     | TECHNIEK        | % POSITIEVE SECTIEVLAKKEN |
|------------|-----------------|---------------------------|
| Lepor      | Open (klassiek) | 26                        |
| Soloway    | Open (klassiek) | 28                        |
| Abbou      | Laparoscopisch  | 20                        |
| Rassweiler | Laparoscopisch  | 24                        |
| Turk       | Laparoscopisch  | 26                        |
| Ahlering   | Robot           | 17                        |
| Lee        | Robot           | 21                        |
| Menon      | Robot           | 17                        |

Tabel 3: Percentage positieve sectievlakken.

**Tabel 3** geeft een overzicht van het percentage positieve sectievlakken op het definitief anatomopathologisch onderzoek. In één reeks waren er slechts 2,8 % positieve sectievlakken wanneer alleen de T2-tumoren in acht werden genomen.

Verder biedt robotchirurgie natuurlijk ook nog dezelfde voordelen welke de conventionele laparoscopische chirurgie al had tegenover de open technieken:

- **Minder bloedverlies:** minder transfusies, in verschillende studies wordt 0 % transfusienood gepubliceerd.
- **Minder pijn.**
- **Snellere recuperatie en kortere hospitalisatieduur, snellere werkhervatting.**
- **Minder postoperatieve pijn.**
- **Minder littekens.**

## Besluit

Vandaag krijgen mannen, dankzij de Da Vinci robot, een grotere kans om prostaatkanker te verslaan met behoud van hun levenskwaliteit.

## Cone Beam CT Scan

De laatste jaren heeft een nieuwe techniek zijn intrede gedaan in de maxillofaciale beeldvorming, namelijk de cone beam CT.

Met de klassieke CT-scanners (Computed Tomography) gebruikt men een ééndimensionale detector die verschillende rotaties maakt rond de patient. Hierdoor bekomt men van een voorwerp een aantal opeenvolgende tweedimensionale beelden (vlakke doorsnedes) die dan kunnen worden samengevoegd om tot een driedimensionale visualisatie te komen (volume CT).

Echte volume CT-scanning is pas mogelijk met **de Cone Beam (CBCT)**, waar de stralenbron kegelvormig is en een tweedimensionale detector wordt gebruikt die één rotatie maakt zodat een 'volume' aan gegevens wordt



de Cone Beam CT Scan

bekomen. Via reconstructietechnieken creëert men dan een **driedimensionaal volume** dat gelijk is aan de vele aanliggende beelden die met een klassieke CT worden bekomen. Het bekomen volume kan vanuit elke invalshoek worden bekeken, doch er kunnen bovendien doorheen het volume doorsnedes worden gemaakt, dewelke op ware grootte kunnen worden gevisualiseerd zodat men als het ware doorheen het model beweegt.

De Cone Beam CT Scan laat toe om volwaardige driedimensionale beelden te maken van hoofd en hals met een spectaculair **lagere stralingsdosis** in vergelijking met de conventionele CT Scan. De stralingsdosis is dezelfde als die van een klassieke 'face en profiel' röntgenfoto van de sinus (twee opnames), maar de bekomen informatie via CBCT is vele malen superieur. Door de lage stralingsdosis worden repetitieve CT-onderzoeken ethisch aanvaardbaar.

Een ander voordeel van CBCT is dat de patiënt **in zittende houding** kan worden onderzocht. Hierdoor worden de weke delen van het aangezicht en de hals niet

langer vervormd door de liggende houding, zoals bij een klassieke CT het geval is. Ook niveaubebelden in de sinussen (NKO, pneumologie) kunnen door de zittende houding beter worden herkend. CBCT met onderzoek in de zittende houding is ook een absolute doorbraak in de driedimensionale (3D) planning van gecombineerde profielcorrectie ingrepen (osteotomieën) en bij de voorbereidende studie van implantaat-gevallen (mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde).

Bovendien worden de beelden **sneller** gerealiseerd gezien slechts één rotatie van stralenbron en detector rond het hoofd van de patiënt nodig is. De onderzoeksduur kan beperkt worden tot ongeveer 30 seconden.

Tenslotte is het toestel compacter en is de aankooprijks beduidend lager.

Nadelen die verbonden zijn aan het gebruik van deze techniek zijn het verhoogde aantal artefacten en de hogere ruis.

De toepassingen blijven vandaag vooral beperkt tot het onderzoek van botstructuren zoals de aangezichtsschedel, sinussen, onderkaak en bovenkaak en kaakkopjes. De Cone Beam CT Scan is onder meer geïndiceerd bij:

- **pre-chirurgische implantaatplanning**: nagaan van de beschikbare hoeveelheid kaakbot ter hoogte van de te implanteren zone en evaluatie van de toestand van vroeger geplaatste implantaten
- pre-chirurgische planning van **kaakosteotomieën**
- vervaardigen van driedimensionale modellen van de **aangezichtsbeenderen**
- onderzoek van de beenderige componenten van de **kaakgewrichten**
- evaluatie van geïmpacteerte **gebitselementen** en hun relatie ten opzichte van omliggende structuren
- onderzoek van infectieuze **botaantasting**
- visualisatie van de sinus maxillaris en evaluatie van een ingestelde **sinusitis-behandeling**
- nagaan van de vrije ademruimte (**slaap-apnoe**)
- planning van **esthetische aangezichtscorrecties**
- **pre-orthodontische evaluatie** en cephalometrische analyse

De dienst stomatologie-maxillofaciale chirurgie zal één van de belangrijkste aanvragers zijn voor Cone-Beam onderzoeken. Ook de diensten pneumologie, NKO-ziekten en plastische chirurgie zullen regelmatig gebruik maken van deze nieuwe techniek.

Door de korte onderzoekstijd en de mogelijkheid om het onderzoek zittend uit te voeren (snel plaatsnemen van de patiënt) kunnen CBCT-onderzoeken ambulante indien nodig zelfs zonder voorafgaande afspraak worden uitgevoerd.





## Nieuwe arts

### Dr. Elli Kruithof – reumatologie

Het AZ Sint-Elisabeth telt een nieuwe reumatologe meer: sinds 15 oktober 2007 werkt dr. Elli Kruithof op de dienst reumatologie in associatie met dr. Hans Zmierczak. "Momenteel hou ik vooral poliklinische consultaties", zegt dr. Kruithof. "In de toekomst is het echter de bedoeling om ook de locomotorische echografie verder uit te bouwen."

Dr. Kruithof studeerde in 1994 af als arts aan de Universiteit Gent. Na een specialisatie in de reumatologie,

volgde ze een bijkomende opleiding in de naaldarthroscopie. Vorig jaar verdedigde ze ook nog met succes haar doctoraal proefschrift in de Medische Wetenschappen, eveneens aan de UGent.

Sedert 2000 werkt dr. Kruithof deeltijds in het AZ KLINA in Brasschaat als reumatologe, wat ze zal blijven doen in combinatie met haar taken in het AZ Sint-Elisabeth.

## Nieuwe bestuurder

### Prof. dr. Anne De Paepe



Het AZ Sint-Elisabeth heeft er een nieuwe bestuurder bij. Sinds 1 september is prof. dr. Anne De Paepe, diensthoofd en directeur van het Centrum voor Medische Genetica van het UZ Gent, lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Daarmee telt de Raad een lid meer dat medisch actief is. "Ik zal vooral bezig zijn met de medische aspecten binnen de Raad van Bestuur", zegt prof. De Paepe. "Gezien mijn medische achtergrond is het onder meer mijn taak om de samenwerking tussen de

artsen en het bestuur van het AZ Sint-Elisabeth te bevorderen, en dat op verschillende vlakken. Daarnaast wil ik een aanspreekpunt zijn voor de artsen van het ziekenhuis, in samenspraak met de andere ziekenhuisorganen weliswaar, zoals de Medische Raad en de hoofdgeneesheer. Ook zal ik betrokken zijn bij beleidsplanning rond toekomstige medische noden in het ziekenhuis. Zoals verwacht zullen mijn taken zich dus vooral toespitsen op de medische kant van de zaak."

## Benoeming

### Frank Verbeke - Administratief directeur

Op 1 januari 2008 wordt Frank Verbeke benoemd als administratief directeur van het AZ Sint-Elisabeth. Frank Verbeke was sinds 1 december 2006 al diensthoofd administratie van het ziekenhuis. Na zijn humaniora in Deinze promoveerde hij aan de Universiteit Gent tot licentiaat in de Toegepaste Economische Wetenschappen. In 1997 vervolmaakte hij aan dezelfde universiteit de aanvullende studies accountancy en auditing. Het verder uitbouwen van de administratieve organisatie als ondersteuning van de medi-

sche en de verpleegkundige functies van het ziekenhuis is een van zijn belangrijkste doelstellingen. Zijn ervaring in analyse en rapportering van de diverse ziekenhuisactiviteiten zal hem hierbij zeker van pas komen. In zijn nieuwe functie heeft Frank Verbeke de leiding over de ruim zeventig administratieve medewerkers van het departement. Door de grote diversiteit aan administratieve taken en deskundigheden is een gedegen personeelsbeleid een onmisbare pijler. Ook dit zal een belangrijk aspect vormen van zijn nieuwe taak.



## Extraatjes voor palliatieve

De palliatieve zorg van het AZ Sint-Elisabeth ontving onlangs een gift van maar liefst 4.000 euro van de Oost-Vlaamse Menners. De cheque werd officieel overhandigd door Luc D'Hose. Met het geld wil de afdeling haar patiënten extra in de watten leggen.

Martine Van de Maele, vorig jaar jammer genoeg overleden, was een oncologische patiënte van het AZ Sint-Elisabeth. "Vanuit haar contact met onze palliatieve zorg vond Martine dat palliatieve patiënten recht hebben op wat meer 'extraatjes'", zegt **Marijke Gijssels** (verpleegkundige palliatieve zorg). "Daarom organiseerde ze vier jaar geleden, samen met haar echtgenoot Luc D'Hose – lid van de Oost-Vlaamse Menners – voor de eerste maal een heuse paardenhappening ten voordele van ons ziekenhuis. Ook het jaar nadien en vorig jaar zette Martine dit benefiet op poten. De opbrengsten werden telkens verdeeld tussen de palliatieve thuiszorg 'Het leven helpen' en de palliatieve zorg van het AZ Sint-Elisabeth."

### Puur relaxen

Dankzij de giften van de vorige jaren kon het ziekenhuis al heel wat mooie projecten realiseren voor zijn palliatieve patiënten. **Eveline Supply** (verpleegkundige palliatieve zorg): "Zo hebben we ons geabonneerd op verschillende interessante tijdschriften en kranten. Voor kinderen hebben we een rouw-



De officiële overhandiging van de cheque

koffer in elkaar gestoken, die hen leert omgaan met hun gevoelens bij het verlies van een dierbare. Tevens kunnen onze palliatieve patiënten nu genieten van aroma- en muziektherapie, elektrische relaxzetels, massagebaden, sfeerverlichting in de kamer, enzovoort."

### Verwenmomenten

Ook na het overlijden van Martine, zet Luc D'Hose dit lovende initiatief van zijn vrouw verder. Begin september organiseerde hij de vierde paardenhappening, die dit jaar maar liefst 8.000 euro opbracht. De helft daarvan gaat naar het AZ Sint-Elisabeth. "Ook dit jaar zal het geld goed besteed worden", zegt Marijke Gijssels. "Zo zullen er specifieke verwenmomenten voor de palliatieve patiënten georganiseerd worden en gaan we dit jaar bijzondere aandacht besteden aan nóg meer zit- en ligcomfort. Daarnaast willen we het geld ook gebruiken om onze patiënten af en toe op een extraatje te trakteren, zoals een ijsje, een lekker drankje of een pannenkoek uit de tearoom. Zolang het maar nóg extra comfort meebrengt voor de patiënt, want zo heeft Martine het gewild."

## Rechtzetting

In de vorige editie van deze nieuwsbrief (juni 2007) is een foutje geslopen op pagina 4 onder de rubriek 'Wist u dat...'. Dr. Stefan De Maeseeneire is departementshoofd inwendige ziekten (en geen diensthoofd inwendige ziekten) in het AZ Sint-Elisabeth.

## Wist u dat ...

... **prof. dr. Anne De Paepe** en **prof. dr. Bart Loeys** de GlaxoSmithKline Prijs voor Wetenschappelijk Onderzoek ontvingen? De prijs ter waarde van 12.500 euro wordt om de drie jaar toegekend aan twee Belgische onderzoekers of onderzoeksgroepen – een Nederlandstalige en een Franstalige – die op belangrijke wijze hebben bijgedragen tot de fundamentele of klinische kennis op het gebied van de menselijke geneeskunde of de farmaceutische wetenschap. Aan Franstalige kant sleepte Benoît Van Den Eynde van de KU Leuven de geldprijs in de wacht.

... **de vzw Kinderdagverblijf Piet Konijn** op 2 februari 2008 al tien kaarsjes mag uitblazen? Piet Konijn bevindt zich op de campus van het AZ Sint-Elisabeth en vangt kinderen van 0 tot 3 jaar op tussen 6.30 en 19 uur.

... **de nierdialyse** een nieuwe locatie heeft in het AZ Sint-Elisabeth? De afdeling verliet onlangs haar oude stek in de Godverdegemstraat 57-59 en bevindt zich nu op het niveau -1 van het ziekenhuis. Er is een rechtstreekse ingang via de parking en vanuit het ziekenhuis via de patiëntentunnel.



## Patiëntentunnel

Sinds begin december verloopt het patiëntentransport in het AZ Sint-Elisabeth via een speciale tunnel. De afstand naar de diverse consultaties is daardoor korter. Het vervoer zelf is bovendien comfortabeler voor zowel de patiënten als de twee vervoersassistenten die instaan voor hun transport. Bovendien kan het bedtransport dankzij een trolley voortaan door één persoon gebeuren.



Vervoersassistenten Christine en Tilly

## Voorbereid op het ergste

Op maandag 15 oktober 2007 namen het AZ Sint-Elisabeth en de Zottegemse brandweer en politie deel aan een grootscheepse rampoefening, in coördinatie met de dienst 100. De oefening was een simulatie van een brand in een schoolgebouw mét slachtoffers.

De MUG en de ziekenwagen kregen om 19.35 uur een oproep binnen. De patiënten die op de spoedopname verbleven, werden meteen naar andere afdelingen gebracht om de dienst vrij te maken voor de opvang van de 'slachtoffers'. Twintig minuten later startte de MUG-arts het alarmeringsplan. Tegelijk werd ook het Medisch Interventie Plan in werking gesteld: hét signaal binnen het ziekenhuis om extra artsen en verpleegkundigen op te roepen. In nauwelijks een uur tijd werden maar liefst veertien 'slachtoffers' opgevangen op de spoedopname. De kritieke diensten blijken dus optimaal te functioneren in een rampsituatie.



## Nieuwe milieuvergunning

Het AZ Sint-Elisabeth heeft sinds juli 2007 een nieuwe milieuvergunning op zak. Daardoor kan het gloednieuwe laboratorium zich nu ook focussen op de moleculaire biologie.

Het AZ Sint-Elisabeth is door de ingebruikname van zijn nieuw labo aan strengere milieunormen onderhevig. "We wensten een L3 laboratorium te worden: een labo dat pathogene organismen met risiconiveau 3, zoals mycobacterium tuberculosis, mag kweken, identificeren en gevoeligheidsbepalingen mag uitvoeren", zegt **Roland De Bosscher** (directeur facilitaire diensten). "Daardoor moesten we de totale milieuvergunning van het ziekenhuis aanpassen van klasse 2 naar klasse 1, met onder meer specifieke normen naar bioveiligheid. Een externe milieucoördinator waakt over de naleving van de milieuwetgeving, de uitvoering van emissie- en immissiemetingen en het bijhouden van een afvalstoffenregister. Verder staat de milieucoördinator ook in voor de ontwikkeling, toepassing en evaluatie van milieuvriendelijke productiemethodes en producten. Kortom: hij draagt bij tot de ontwikkeling van een milieuvriendelijk ziekenhuis."



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

**hoofdredactie:** H. De Vleeschouwer ■ **redactieraad:** R. De Bosscher ■ S. Dierickx ■ J. Gabriels ■ M. Hanssens ■ A. Libbrecht ■ H. Libbrecht ■ M.C. Martens ■ A. Moens ■ C. Monté ■ D. Van Caillie ■ I. Van Der Sijpt ■ **fotografie:** Bart Cloet ■ **realisatie:** F-Twee Uitgeverij ■ [www.f-twee.be](http://www.f-twee.be) ■ **verantwoordelijke uitgever:** Jan Gabriëls ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem ■ Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00



## Agenda

### Medische lessencycli

#### Org. Triverius - aanvang 21u

di. 22 januari 2008  
di. 18 maart 2008  
di. 22 april 2008  
di. 27 mei 2008

#### Klinische stafvergadering - aanvang 21u

di. 26 februari 2008  
di. 24 juni 2008

### Info-avonden aanstaande ouders

#### Org. EZ materniteit & Kind en

#### Gezin - Auditorium - van 19u30 tot 22u

##### Zwangerschap

wo. 16 januari 2008  
wo. 5 maart 2008  
wo. 4 juni 2008

##### Bevalling

wo. 9 januari 2008  
wo. 27 februari 2008  
wo. 30 april 2008  
wo. 28 mei 2008  
wo. 25 juni 2008

##### Baby

wo. 23 januari 2008  
wo. 12 maart 2008  
wo. 11 juni 2008

##### Voeding

wo. 30 januari 2008  
wo. 19 maart 2008  
wo. 18 juni 2008

Gratis toegang, geen reservatie noodzakelijk

Info: dienst Materniteit, 09 364 87 60

### Leven als voorheen

#### Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie

#### Infonamiddagen van 14u tot 16u

zat. 9 februari 2008  
zat. 17 mei 2008

Gratis toegang, geen reservatie noodzakelijk

Info: Mevr. Anita Baeyens, 053 83 24 78

### Bloed geven

wo. 16 januari 2008  
wo. 16 april 2008

## (beroerte)zorg op maat

De dienst neurologie van het AZ Sint-Elisabeth is niet alleen gekend voor zijn uitstekende beroerte- en geheugen-zorg. Ook voor klinische neurofysiologie kunnen patiënten er rekenen op de beste zorg.



De dienst neurologie is al jarenlang gespecialiseerd in beroertezorg. In 1999 werd, als tweede ziekenhuis in Vlaanderen, gestart met een Stroke Unit. De patiënt wordt behandeld volgens een nauwkeurig gestructureerd, evidence-based wetenschappelijk 'klinisch zorgpad'. Het multidisciplinair Stroke team bestaat uit twee neurologen, twee psychiaters, een kinesist, een ergotherapeut, speciaal opgeleide verpleegkundigen, logopedisten en een sociaal assistente. "De beroertezorg is multidisciplinair: er zijn wekelijks uitgebreide teamvergaderingen waarin alle patiënten individueel worden besproken", zegt **dr. Carlos Monté** (dienst neurologie). "Voor dementerende patiënten bestaat vroegtijdige en differentiële diagnose, bijvoorbeeld tegenover een primaire spraakstoornis. Het opsporen van behandelbare onderliggende pathologie vereist een intensieve aanpak. Bij een primaire dementie zijn de therapeutische mogelijkheden jammer genoeg nog niet zeer groot. Bij andere pathologieën zijn ze vaak duidelijk beter. Daarom is een precieze diagnose onontbeerlijk."

### Klinische neurofysiologie

Ook de klinische neurofysiologie behoort tot het takenpakket van de neurologen. **Dr. Carlos Paul Monté** (dienst neurologie): "Patiënten kunnen bij ons terecht voor een electroën-cefalogram, kortweg EEG. Een klassiek EEG duurt ongeveer 20 minuten, maar er bestaat ook een 24-uren durend holter-EEG. Dat kan noodzakelijk zijn voor het opsporen van epileptische en eventueel andere paroxysmale verschijnselen." Daarnaast kan in de hersenen ook elektrische activiteit opgewekt worden. "Dat gebeurt via prikkels voor de ogen of oren óf door het toedienen van kleine elektrische schokjes", zegt dr. Carlos Monté. "Het BEAM-Cognitrace toestel toont de gemeten elektrische hersenactiviteit onder de vorm van kleurenkaarten. Met het electromyogram onderzoeken we de spieren en de perifere zenuwen. Via magnetisch opgewekte hersenpotentialen kunnen we eventuele haperpunten in de motorische zenuwbanen opsporen."