



## Medisch Centrum Brakel overkoepeld

Sinds 1 mei wordt het Medisch Centrum Brakel uitgebouwd door het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. De eerste voordelen van deze samenwerking zijn al zichtbaar: nieuwe investeringen en een ruime gamma aan specialismen.



Het Medisch Centrum aan de Watermolenstraat van Brakel is al twintig jaar een vaste waarde. Als polikliniek werd het opgericht om patiënten in de onmiddellijke omgeving bij te staan.

Ivan Van Der Sijpt (financieel directeur AZ Sint-Elisabeth): "Het Medisch Centrum in Brakel is een belangrijke en laagdrempelige zorgverstrekker voor de bevolking van de regio. Het bestaat ruim twintig jaar als een afzonderlijke polikliniek en speelt onder de stimulerende leiding van dr. R. De Staercke een belangrijke rol in de gezondheidszorg voor de lokale bewoners. Ook voor de huisartsen vormt een Medisch Centrum een cruciaal aanspreekpunt. Maar medische centra van deze omvang kunnen niet meer de schaalvergroting negeren die in de zorgsector plaatsvindt."

### Van woorden naar daden

De toegenomen vraag naar specialisaties en de voortdurende technische evoluties, met alle investeringen in medische apparatuur van dien, maakten het ook voor het Medisch

Centrum Brakel noodzakelijk om sterke partners op te zoeken en die werden gevonden in Zottegem.

De samenwerking die al sinds jaar en dag bestaat tussen de huisartsen van Brakel en hun collegae-specialisten in Zottegem wordt nu verder doorgetrokken. Sinds 1 mei bevindt het Medisch Centrum Brakel zich dan ook onder de koepel van het AZ Sint-Elisabeth, dat de polikliniek overneemt.

Ivan Van Der Sijpt: "We willen geenszins de dienstverlening afbouwen, integendeel zelfs. Het is de vaste bedoeling van het AZ Sint-Elisabeth om het Medisch Centrum verder te zetten en waar mogelijk zelfs te optimaliseren."

Nauwelijks was de overeenkomst ondertekend of die intentie werd reeds in daden omgezet.

**Lees verder op pagina 3**

## Veilige zorg

**Om zijn patiënten een kwaliteitsvolle en veilige zorg te garanderen, sloot het AZ Sint-Elisabeth een contract af met de federale overheid voor de realisatie van een Veiligheid Management Systeem. De eerste stap is een meldingssysteem rond medicatie. Op vier proefafdelingen worden (bijna-)incidenten met betrekking tot medicatie online geregistreerd. Lees meer op pagina 10.**

## Verder in dit nummer

Obesitascentrum	2
Medisch Centrum Brakel	3
Nieuwe artsen	4
Geheugenkliniek	9
Patiëntveiligheid	10
Wondforum	10
Borstreconstructie	11
Echografie	11
Neurochirurgie	12

Toelating gesloten  
verpakking B/43

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



**Herman De Vleeschouwer**  
afgevaardigd bestuurder

## Voortdurende zorg

Het AZ Sint-Elisabeth heeft er sinds kort een broertje bij. Sinds 1 mei neemt ons ziekenhuis het Medisch Centrum Brakel onder zijn vleugels, een belangrijke en laagdrempelige polikliniek om patiënten in de onmiddellijke omgeving van Brakel bij te staan. Het is de bedoeling om deze dienstverlening verder te zetten en waar mogelijk te optimaliseren. Zo werd de radiologische apparatuur in het Medisch Centrum al volledig vervangen en zijn er nieuwe apparaten voor medische diagnose geïnstalleerd.

Ook binnen de ziekenhuismuren blijft de zorg niet stilstaan. Het ziekenhuis zet alles op alles om de zorg voor zijn patiënten continu te optimaliseren. Zo biedt het obesitascentrum sinds kort een totaalpakket aan: zwaarlijvige patiënten krijgen er zowel dieetadvies als bewegingsadvies, psychologische begeleiding, medicamenteuze ondersteuning en chirurgische behandeling. Een combinatie van therapieën dus, op maat van de patiënt.

De nieuwe geheugenkliniek pakt dan weer geheugen- en cognitieve stoornissen aan. Patiënten met geheugenproblemen of gedragsveranderingen worden er door een multidisciplinair team onderzocht en op maat behandeld.

Daarnaast heeft de dienst gynaecologie van het ziekenhuis vier nieuwe echografietoestellen in huis. Die geven nog meer kwaliteitsvolle, tweedimensionale beelden. Eén toestel kan zelfs bewegende driedimensionale beelden maken. Zo zien ouders in spe hun baby in real time bewegen.

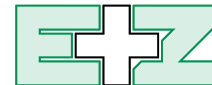
En sinds kort wordt in de borstkliniek de allernieuwste techniek voor borstreconstructie gebruikt: de DIEP-flap. De techniek levert verbluffende resultaten. De gereconstrueerde borst voelt niet alleen natuurlijk aan, ook esthetisch gezien is er een belangrijke vooruitgang.

Om zijn patiënten een kwaliteitsvolle en veilige zorg te blijven garanderen, sloot het ziekenhuis enkele jaren geleden een contract af met de federale overheid voor de realisatie van een 'Veiligheid Management Systeem'. Momenteel wordt een meldingssysteem rond medicatie getest op vier afdelingen. Na een grondige evaluatie, wordt het meldingssysteem verder uitgebreid naar andere afdelingen.

In de medische bijlage ten slotte kunt u alles lezen over neurostimulatie en de TLIF procedure.

Ik wens u nog veel leesplezier.

Herman De Vleeschouwer  
Afgevaardigd bestuurder



## Totaalpakket obesitas

Zwaarlijvige patiënten kunnen al enkele jaren in het obesitascentrum van het AZ Sint-Elisabeth terecht voor behandeling en advies op maat. Sinds 1 april biedt het obesitasteam een totaalpakket aan dat stoelt op een combinatie van behandelingen.



**Ann Campens**

Dieet en voedingsadvies zijn belangrijke hoekstenen van de behandeling, maar ze volstaan niet om vetzucht compleet in de kiem te smoren. Een combinatie van behandelingen is de beste remedie, aldus Ann Campens (diëtiste). "Sinds kort bieden we aan obesitaspatiënten een totaalpakket aan. Ze krijgen zowel dieetadvies als bewegingsadvies, psychologische begeleiding, medicamenteuze ondersteuning en chirurgische behandeling. Een multidisciplinaire aanpak dus."

Het obesitasteam bestaat uit vier artsen, een diëtiste en een psychologe. Het totaalpakket start met een intakegesprek bij Ann Campens. "Tijdens deze eerste kennismaking wordt een uitgebreide voedingsanamnese opgesteld en een persoonlijk dossier aangelegd. Ook de lichaamssamenstelling van de patiënt wordt nauwkeurig gemeten. De resultaten worden vervolgens voorgelegd aan het obesitasteam. Samen zoeken we naar een behandelingsvoorstel op maat van de patiënt."

Tijdens een tweede gesprek krijgt de patiënt het besluit van het team te horen en wordt er voedingsadvies gegeven. Nadien volgt nog een consultatie bij de endocrinologe en de psychologe. "Emoties, stress, enzovoort kunnen een grote rol spelen in de manier waarop men met eten omgaat", zegt Ann Campens. "Een gesprek met onze psychologe kan dan ook helpen bij de aanpak van het gewichtsprobleem."

Ook de huisarts speelt een belangrijke rol. "Als de patiënt hiervoor toestemming geeft, betrekken we de huisarts zoveel mogelijk bij het hele gebeuren. We geven dan alle resultaten door en de huisarts staat in voor de opvolging", aldus Ann Campens.



Vervolg pagina 1

## Medisch Centrum Brakel overkoepeld

### Medische expertise

Binnen de muren heeft de overstap onmiddellijk gevolgen, met de vernieuwing van heel wat apparatuur en de uitbreiding van de medische voorzieningen binnen het Centrum.

De radiologische apparatuur werd volledig vervangen en nieuwe apparaten voor medische diagnose werden geïnstalleerd.

Ivan Van Der Sijpt: "Apparatuur aankopen en installeren is – als we even het financiële aspect niet in rekening brengen – nog het eenvoudigste. Het belangrijkste is natuurlijk de medische omkadering. Vanuit het AZ Sint-Elisabeth kunnen we medische expertise aanreiken die voor een alleenstaand medisch centrum onbereikbaar is. Voor de belangrijkste medische specialismen zijn er wekelijks één of meerdere raadplegingen voorzien en die ondersteuning in medische expertise wordt verder uitgebreid."

Afgezien van een ruimer aanbod aan specialismen verandert er voor de huisartsen weinig. De raadplegingen blijven zoals vanouds verlopen in overleg met de huisarts van de patiënt.

De nieuwe structuur zal de doorverwijzing naar het AZ Sint-Elisabeth vanzelfsprekend soepeler maken. Voor een doorgedreven onderzoek dat de capaciteiten van het Medisch Centrum overstijgt is de link naar het ziekenhuis makkelijk gelegd.

Ivan Van Der Sijpt: "Wanneer zich een behandeling opdringt kan de patiënt doorverwezen worden naar het AZ Sint-Elisabeth waarbij een vlotte opvolging vanuit het Centrum voorzien is en waar de medische gegevens onmiddellijk beschikbaar zullen zijn."

In de komende weken krijgt de buitenzijde van het Medisch Centrum Brakel een opfrisbeurt. "Ook de parking zal worden heraangelegd en de toegang tot het Centrum zal worden aangepast. Dit alles is hoofdzakelijk gericht op de verhoging van het comfort voor de gebruikers", aldus Ivan Van Der Sijpt.



## Wist u dat...

... **het AZ Sint-Elisabeth** deelneemt aan twee internationale studies voor de ontwikkeling van klinische paden rond COPD-exacerbatie en proximale femurfractuur? Het ziekenhuis bewaakt de kwaliteit van de aangeboden zorg door wetenschappelijk gebaseerde zorgprocessen toe te passen en waar mogelijk aan elke patiënt een passend zorgtraject aan te bieden. Zo verloopt de zorg meer gestructureerd. Tegen eind dit jaar moeten de twee klinische paden op poten staan.

... **door de groei van de activiteiten** van zowel de pijnkliniek als van de endoscopische onderzoeken de behandelzaal van het dagziekenhuis werd ontdekt? Beide disciplines beschikken nu over een eigen, specifiek ingerichte behandelzaal en kunnen dan ook afzonderlijk worden gepland. Het dagziekenhuis profileert zich meer en meer als een van de hoekstenen van het ziekenhuis.

## Nieuwe artsen

### Dr. Olivier Boey – Nefrologie

Op 1 februari 2009 ging dr. Olivier Boey aan de slag op de dienst nefrologie van het AZ Sint-Elisabeth. De klinische nefrologie en nierfunctievervangende therapie behoren tot zijn takenpakket. "Samen met dr. Bogaert sta ik onder meer in voor de opvolging van gehospitaliseerde patiënten en dialysepatiënten, voornamelijk op dinsdag, donderdag en zaterdag. Vanuit de associatie in Ronse werk ik immers ook nog in het OLV Ziekenhuis van Waregem en in het AZ van Oudenaarde", aldus dr. Boey.

Dr. Olivier Boey studeerde in 2002 als arts aan de Universiteit Antwerpen. Daar volgde hij ook zijn opleiding Inwendige Ziekten. In 2008 vervulde hij zijn specialisatie nefrologie aan de VUB. Tijdens zijn opleiding werkte dr. Boey tevens een jaar in Australië (Darwin) op intensieve zorgen en verwierf daar een bijzondere interesse voor nierfunctievervangende therapie. Meteen na zijn opleiding was hij voor een vervangingsopdracht drie maanden werkzaam in het OLV Ziekenhuis van Aalst.



### Dr. Sybille Van Lierde – Maag- en darmziekten

Sinds februari 2009 versterkt dr. Sybille Van Lierde de dienst maag- en darmziekten van het AZ Sint-Elisabeth. "Naast de algemene gastro-enterologie zal ik mee instaan voor de meer invasieve endoscopische procedures, waaronder ERCP's (Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie). Hiervoor volg ik een bijkomende opleiding in het OLV Ziekenhuis in Aalst. Daarnaast ga ik twee halve dagen per week naar de polikliniek in Brakel om er de consultatie gastro-entero-

logie uit te bouwen. Tot slot neem ik, samen met dr. Inge Vanslembrouck, ook een deel van de zorg voor de geriatrische patiënten voor mijn rekening."

Dr. Van Lierde ging in het AZ Sint-Elisabeth aan de slag omwille van de persoonlijke en aangename sfeer. Daarvan had ze al eventjes kunnen proeven als assistent in haar tweede specialisatiejaar. In 2002 studeerde dr. Van Lierde af aan de UGent. Tot 2008 specialiseerde ze er zich in de gastro-enterologie.

### Dr. Bob D'Haen – Neurochirurgie

Dr. Bob D'Haen is terug van weggeveest. In 2000 ging hij aan de slag in het AZ Sint-Elisabeth om er de dienst neurochirurgie, die in 1998 was opgericht, verder te helpen uitbouwen. Toen dr. Giovanni Alessi in 2004 de dienst kwam versterken, verliet dr. D'Haen het ziekenhuis om verder werk te maken van de dienst neurochirurgie in het ziekenhuis van Dendermonde. Daar was dr. D'Haen al actief nadat hij in 1996 als neurochirurg afstudeerde aan de KU Leuven. Tot 2000 stond hij er mee aan de wieg van de dienst neurochirurgie en

is er nu nog actief. Intussen zijn de activiteiten in het AZ Sint-Elisabeth gestaag uitgebreid. Om nog meer te voldoen aan de vraag naar en het stijgende aanbod van neurochirurgie en om de continuïteit te garanderen, ging dr. D'Haen in februari van dit jaar opnieuw aan de slag in het AZ Sint-Elisabeth. Dr. D'Haen: "Eén dag per week, op donderdag, houd ik er consultaties en sta ik mee in voor rugoperaties en hersenaandoeningen. In de nabije toekomst willen we tevens de ingrepen aan hersentumoren verder uitbreiden."





Dr Vermeulen H.

## NEUROSTIMULATIE : EEN UPDATE

Het is al meer dan 40 jaar geleden dat Shealy een elektrische pulsgenerator plaatste, gekoppeld aan een subdurale bipolaire electrode voor de behandeling van kankerpijn.

De verdere ontwikkeling van deze techniek, die toen nog DCS (Dorsum Column Stimulatie) maar nu SCS (Spinal Cord Stimulation) wordt genoemd, was de grondslag van een nieuwe medische discipline nl. de neuromodulatie voor pijnbehandeling. Deze discipline omvat zowel de elektrische stimulatie van verschillende delen van het zenuwstelsel, als de gerichte toediening van medicatie via inplantbare systemen en is een courant voorkomende therapietechniek in onze pijnkliniek.

Sinds de laatste 30 jaar is er grote vooruitgang geboekt in de neuromodulatie-technologie en zijn de indicaties sterk uitgebreid. Zo wordt deze techniek gebruikt voor neuropathische pijnsyndromen <sup>1</sup>, ischemische pijnsyndromen <sup>2</sup>, epilepsie <sup>3</sup>, PVS <sup>4</sup>, bewegingsziekten <sup>5</sup>, psychische aandoeningen <sup>6</sup>, orgaanfunctiestoornissen <sup>7</sup>, viscerale pijnen..

Ondanks de sterke uitbreiding van het toepassingsgebied en de bewezen efficaciteit, weet men nog maar weinig met zekerheid te vertellen over de onderliggende werkingsmechanismen.

Wat noemen we ruggemergstimulatie? Wij plaatsen in de achterzijde van de epidurale ruimte een meerpole electrode en verbinden elk van deze polen met een elektrische pulsgenerator. Via een programmator bepalen we op welke polen, of welke polencombinaties er zal worden gestimuleerd en verder kunnen we de pulsbreedte, de frequentie en de spanning of stroomsterkte aanpassen.

Is dit wel ruggemergstimulatie? Is het DCS? Shealy et al. noemde het DCS in de veronderstelling dat het grootste deel van de effecten van de stimulatie van het ruggemerg (paresthesiën en pijn demping) zouden komen door directe stimulatie van de dorsale columna van het ruggemerg. Door de vooruitgang in de kennis van

de aktiemechanismen van deze stimulatie, werd aangetoond dat de toepassing van de elektrische stimulatie in de epidurale ruimte een veel groter aantal neuronale structuren activeert dan de dorsale kolommen en daarom werd de term DCS vervangen door SCS. Inderdaad SCS stimuleert verschillende neuronale structuren zowel binnen als buiten het ruggemerg en daarom kan het zowel intra- als extra-spinale stimulatie worden genoemd. In de epidurale ruimte worden niet alleen de dorsale kolommen gestimuleerd, doch ook de achterste hoorn, de root-entry-zones, de zenuwwortels, etc...

De meest aanvaarde indicaties voor dit type van stimulatie zijn FBS, CRPS <sup>8</sup>, PVD <sup>9</sup> en refractaire Angina Pectoris <sup>10</sup>. Door middel van hoge cervicale SCS stimulatie bekomt men vaak zeer goede resultaten bij cervicobrachialgiën, refractaire occipitalgiën, de ziekte van Horton en zelfs de opthalmische trigeminusneuralgie.

Bij DBS <sup>11</sup> gaat men vaak uit van het feit dat de neurostimulatie een inhiberende werking heeft op de stimulatieplaats. Indien men bij een bepaald type aandoening, telkens op dezelfde plaats, een hyperaktieve zone bemerkt, wordt dit bij experimenteel onderzoek een target.. De indicaties en stimulatie targets worden de laatste jaren meer en meer duidelijk. Voor Parkinson VIM <sup>12</sup>, Gpi <sup>13</sup> en de subthalamische nucleus; voor dystonie Gpi; voor tremor VIM; voor choreoathetose VIM, Gpi en de nucleus ventro-oralis posterior; voor deafferentiatiepijn de periventriculaire en periaqueductus grijze stof, de centromediale nucleus; voor cluster hoofdpijn (naast de cervicale SCS en ONS) de posterieure hypothalamus.

De motorcortex wordt gestimuleerd voor poststroke pijn, posttraumatische neuralgie en trigeminale deafferentiatiepijn.. Bij de hersenstimulatie worden de beste resultaten bekomen bij de behandeling van de z.v. Parkinson, tremor en bij motorcortex-stimulatie.



Hiernaast worden nog een tweetal elektrische stimulatietechnieken toegepast. PSFS (Periferal Subcutaneous Field Stimulation) en PNS (Periferal Nerve Stimulation). PNS is een procedure die slechts één enkele zenuw als doel heeft en probeert paresthesiën te veroorzaken in het innervatiegebied van deze zenuw. Deze reeds lang bestaande techniek is gebaseerd op het feit dat een elektrische stimulatie van een perifere zenuw, hypoesthesie en analgesie veroorzaakt distaal van het stimulatiegebied. De voornaamste indicatie van dit type stimulatie is neuropathische pijn binnen de distributie van één of maximum twee zenuwen. De stimulatie wordt direct aangebracht thv de anatomische positie van de aangetaste zenuw(en) en kan op twee manieren worden aangebracht. Ofwel wordt de electrode chirurgisch thv het epineurium van de vrij geprepareerde zenuw verbonden, ofwel wordt de electrode percutaan, via een naald, zo dicht mogelijk bij de zenuw aangebracht. Het succes van deze methode kwam onder druk te staan door het feit dat er soms zenuwbeschadiging optrad en wegens de vorming van litteken tegen de zenuw. De ontwikkeling van speciale chirurgische plaatlectroden<sup>14</sup> bracht hierin veel beterschap.

Bij PSFS worden elektroden, in tegenstelling tot PNS en SCS, in het subcutaan weefsel geplaatst thv het pijngebied en niet aan of rond een neurale structuur. De electrodepolen stimuleren alhier de zenuwuiteinden. De indicatie voor dit type stimulatie is een neuropatisch pijngebied welke niet overeenkomt met het innervatiegebied van één of meerdere zenuwen. Hier worden de elektroden percutaan via naalden geplaatst, getunneld en via onderhuidse connecties verbonden met een subcutane neurostimulator. Het werkingsmechanisme van dit type stimulatie is nog niet volledig uitgeklaard, doch wegens het feit dat dit type efficiënt is zowel bij lage frequentie (2 à 10Hz) als hoge frequentie, is de werking niet gelijk met dit van TENS. Het mechanisme is eerder gelijkaardig aan dat van SCS: stimulatie van de dikke A $\beta$ -vezels die de afferente informatie van de A $\delta$  en C-vezels moduleert. Verder zou een centrale modulatie optreden door retrograde activatie van A $\beta$  en A $\delta$  vezels. Er zou een lokaal anti-inflammatoir effect ontstaan door de elektrische stimulatie, samen met een membraan depolariserend effect die de gevoeligheid voor de circulerende catecholamines vermindert. Deze laatste methode wordt meer en meer toegepast bij FBS. Ondanks het feit dat men met SCS gemakkelijk stimulatie kan

bekomen in de ledematen, kan het soms zeer moeilijk of onmogelijk zijn om goede stimulatie te bekomen in de lage rugstreek. In dit laatste geval kan PSFS soelaas geven. Zowel PNS als PSFS zijn op dit moment niet vergoed via de RIZIV-nomenclatuur en wordt meestal slechts toegepast in het kader van een goedkeuring door een arbeidsongevallen-verzekering.

Dr Vermeulen H  
Pijnkliniek

#### Voetnoten

1. FBS (Failed Back Surgery Syndrome), radiculopathiën, CRPS (Complex Regional Pain Syndrome), perifere neuropathiën (postzonale, etc.), perifere zenuw beschadiging, diabetische neuropathiën..
2. perifere vaataandoeningen, refractoire angina pectoris, ..
3. Stimulatie van de n. Vagus
4. Bij personen jonger dan 35j kan men bij PVS 0(Persistent Vegetatieve Status) tgv een trauma in 50% van de gevallen, dmv cervicale SCS op het niveau C2-C4, goede cerebrale beterschap bekomen. Zo kan men de patient terug doen spreken en terug doen vocht en voedsel slikken..
5. ziekte van Parkinson, tremor, dystonie
6. resistente depressie, Syndroom van Tourette, CD (Obsessive Compulsive Disorder)
7. hartritme stoornissen, blaasdysfuncties, gastro-intestinale motiliteitsstoornissen
8. Ondanks het feit dat neurostimulatie zeer efficiënt werkt bij CRPS, is deze indicatie in België niet vergoed
9. Peripheral Vascular Disease
10. Via hoog thoracale SCS stimulatie : de top van de 4 polige electrode wordt opgeschoven tot D1 of D2, doch soms ook van C6 tot D1. De patient moet goede stimulatie gewaar worden thv de pijnzone..
11. Deep Brain Stimulation
12. Nucleus Ventricularis Intermedius
13. Globus Palidus Internus
14. Resume® en On-Point® elektroden



Dr. Van Holsbeeck E. - dienst orthopedie

## CHIRURGISCHE TECHNIEK VAN TRANSFORAMINALE LUMBALE INTERBODY FUSIE (of TLIF procedure)

Wereldwijd wordt de spinale fusie of rugfusie méér en méér gebruikt voor de behandeling van lage rugproblemen zoals gevallen van degeneratieve disc disease ("black disc" of discusdegeneratie), spondylolisthesis en spinale stenose. Het aantal rugfusie operaties stijgt van jaar tot jaar (Davis spine 1994).

De chirurgische behandeling van degeneratieve disc disease is nog steeds controversieel onder rugspecialisten (Nachemson spine 1996). Dit kan deels te wijten zijn aan het groot aantal gerapporteerde resultaten en gebrek aan gecontroleerde prospectieve studies (Greenough spine 1998). Discusprothesen worden als alternatief voorgedragen doch hebben enkel een rol in geïsoleerde discusdegeneratie zonder bijkomende facetpijn of facetartrosis.

De intervertebrale discus speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van chronische lage rugpijn (Freemont).

Bij spinale stenose zijn vaak één of twee van de facetgewrichten betrokken. Om deze reden is een discectomie en excisie van een of twee facetgewrichten een deel van de chirurgische procedure. Dat is de reden waarom bij chirurgen een grote interesse bestaat voor interbodyfusies zowel anterieur als posterieur of in combinatie van een anterieure en een posterieure fusie (Circumferentiële fusie of 360° fusie).

Circumferentiële fusie of 360° fusie wordt door een aantal mensen gepropageerd om zowel het bekomen van een goede fusiemassa te verbeteren als de klinische resultaten te optimaliseren (Grob 1991).

Anterieure interbodyfusie heeft zijn eigen specifieke chirurgische risico's vooral bij de oudere populatie (Baker). Verder wordt een anterieure rugfusie vaak gecombineerd met een posterieure rugfusie wat dus grotere chirurgie inhoudt.

De posterieure lumbale interbodyfusie (PLIF) heeft een groot aantal potentiële risico's waardoor de procedure enkel aangeraden wordt in de handen van geëxperimenteerde rugchirurgen (Simmons, The adult spine).

Subtotale of totale resectie van facetgewrichten, het risico om instabiliteit te veroorzaken en schade in het spinale kanaal zijn enkele van de gevaren geassocieerd met PLIF chirurgie.

In 1981 beschreven Blume en Rojas een unilaterale methode voor een posterieure interbodyfusie om op die manier enkele van de potentiële gevaren geassocieerd met de klassieke bilaterale posterieure interbodyfusie (PLIF) te verminderen (Blume).

Later stelde Harms de techniek meer op punt (unilaterale transforaminale interbodyfusie met bilaterale pedikelschroeven en het plaatsen van een Mesh cage (Harms).

Retractie van de cauda equina is bij de TLIF minder nodig in vergelijking met de PLIF (Harms 1982). Dit heeft vooral voordelen bij postdiscectomie fusiegevallen (veel littekenweefsel). Het controlateraal facetgewricht wordt bewaard en de controlaterale helft van het spinale kanaal wordt niet open gelegd.

Vooraf door deze verschillen heeft een TLIF minder risico's bij het uitvoeren van een circumferentiële spinale fusie of 360° fusie.

### Indicaties voor de techniek

---

De meest frequente indicaties zijn:

- degeneratieve discusdegeneratie met geassocieerde spinale stenosis
- spinale stenosis
- degeneratieve spondylolisthesis
- spondylolytische spondylolisthesis
- degeneratieve scoliosis
- post-discectomie discopathie

### Chirurgische techniek

---

De patient wordt in buiklig geplaatst op een Wilson frame.

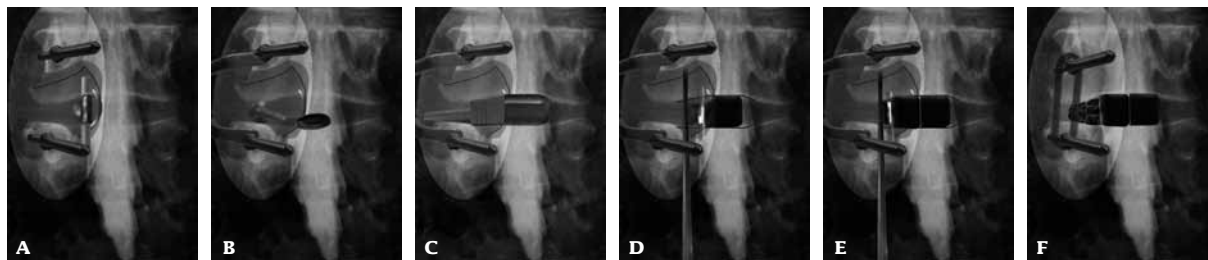
Het niveau wordt bepaald onder laterale fluoroscopie.

Volledige discectomie blijft gelimiteerd tot één zijde van de processus spinosus.

De incisie is paramediaan en wordt een 3 à 4 cm lateraal van de middellijn gemaakt.

De lengte van de incisie is ± 7 cm voor één niveauprocedure.

Incisie van de thoracolumbale fascia is in lijn met de huidincisie en dus ook paramediaan. De paravertebrale spiermassa wordt van de middellijn gedisseceerd en getraheerd lateraal van het facetgewrichte.



- A. Met de pedikelschroeven aan één kant geplaatst, wordt de discusspreider ingebracht om distractie te veroorzaken  
 B. De discusruimte wordt uitgeruimd met de verschillende gebogen currettes zodat ook het discusmateriaal aan de andere kant kan worden verwijderd  
 C. Na de discectomie, wordt de trapezoidale discus shaver schuin ingebracht  
 D. Na inbrengen van de eerste cage, wordt een pedikel probe ingebracht in één van de wervellichamen. Hierna wordt een

“cage e-walker” tussen cage en pedikel probe gebracht waardoor de cage naar de tegenovergestelde kant kan worden gebracht

- E. Nadat de eerste cage over de middellijn is gebracht, wordt de tweede cage ingebracht en eenzelfde translatie met de “cage-walker” wordt nu uitgevoerd. Door dit manoeuvre kunnen beide cages naar de andere kant worden geduwd  
 F. Hierna is er voldoende ruimte om eventueel nog bijkomende botgreffen te plaatsen

Twee William retractors (1 lang blad en 1 kort) worden nu geplaatst voor spierretractie. Deze abord laat een gemakkelijke insertie van pedikelschroeven toe.

Radioscopie wordt tijdens de ganse procedure gebruikt om het niveau te checken en de positie van de pedikel-schroeven te bepalen.

Eens de schroeven ingebracht zijn wordt een speciale spreider geplaatst tussen de pedikelschroeven met lichte tensie. Op deze manier wordt de spreider ook als spierretractor gebruikt. Het inferieur facet van de bovenste wervel wordt nu verwijderd dmv. een beitel. De beenderige decompressie wordt verder uitgevoerd met het gebruik van een Acufex drill of met een ker-risson rongeur. Excisie van het lateraal deel van het ligamentum flavum zal nu de durale zak en de zenuw-wortel laten zien.

De wortel wordt vrijgelegd. In het interval tussen de traverserende en uit tredende zenuwwortel en na coagulatie van de epidurale venen wordt het posterieur deel van de intervertebrale discus geëxposeerd. Een eventuele discusherniatie en sekwestratie kan nu worden behandeld en verwijderd. Het mediaal deel van het bovenste articulaire facet van de wervel beneden wordt eveneens verwijderd. Na incisie van de posterieure annulus fibrosis wordt met de sequentiële discus-spreiders een progressieve distractie van de wervels bekomen. Het is belangrijk om de spreider in de mid-dellijn te plaatsen om een symmetrische distractie van discusruimte te bekomen. Op die manier wordt de con-trolaterale discushoogte verhoogd en gerestaureerd.

Vooraleer de spreider wordt verwijderd wordt dis-tractie behouden door het aanbrengen van een externe spreider over de schaft van de pedikelschroeven. De Williams wondspreiders kunnen nu worden verwijderd. Het verwijderen van discusmateriaal wordt verder uit-gevoerd met speciale currettes welke gebogen zijn en waarmee het controlaterale deel van de discusruimte kan worden vrijgemaakt. Een speciale trapeziodale broach wordt nu ingebracht onder een hoek van 20°

tot in het centrum van de discusruimte. Deze broach creëert de route voor de eerste cage. De volgende stap is de eerste cage over de middellijn van de tegenoverge-stelde zijde van de discus te brengen. Het belangrijkste is er voor te zorgen dat de distractie van de discus-ruimte symmetrisch gebeurt om een asymmetrische opening van de discusruimte te vermijden. Dit wordt met een hefboom effect uitgevoerd met de pedikel probe. Instrumenten van grotere afmetingen worden nu ingebracht te beginnen met de kleinste. Hierdoor wordt de cage gemigreerd. Men krijgt ruimte voor het inbrengen van een 2e en eventuele 3e cage.

Soms kan er nog ruimte zijn om bijkomend bot in te brengen. De cages worden gevuld met botgreffen van de botbank en deels van eigen bot welke komt van het geresceerde facetgewricht en van de geresceerde lamina. Vooraleer de cage wordt ingebracht worden de eindplaten van de wervels op enkele plaatsen geperfo-reerd teneinde botbloeding te veroorzaken om op die manier gemakkelijker botingroei en fusie te bekomen.

Radioscopie in face en profiel confirmeert de goede positie van de cages en een plaat wordt over de pedikel-schroeven gebracht na het verwijderen van de distractor met opspannen van het pediculair systeem. Vooraleer te sluiten worden de zenuwwortels nog gecontroleerd. Na spoelen wordt de wonde gesloten op de gewone manier.

### Conclusie

In vergelijking met de bilaterale posterieure interbo-dyfusie (PLIF) is unilaterale transforaminale interbo-dyfusie of TLIF chirurgisch minder traumatiserend, geassocieerd met minder bloedverlies, geeft een kortere operatietijd en een kortere hospitalisatieperiode (meestal 1 of 2 overnachtingen). Het geeft een beter herstel van de normale lumbale lordose vooral wanneer de cages in een anterieure positie in de discusruimte aanwezig zijn. Unilaterale interbodyfusie herstelt ook een symmetrische discusruimte in het frontaal vlak en zorgt voor een goede foraminale decompressie.



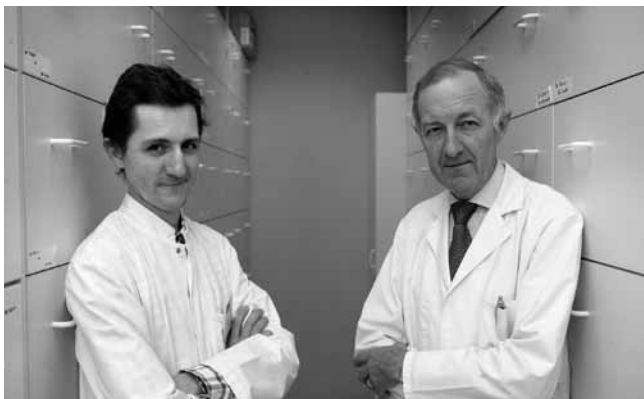


## Brede geheugenaanpak

Een team van twee neurologen, twee psychiaters, een geriater, klinische psychologen en een logopediste pakt geheugen- en cognitieve stoornissen voortaan aan in de geheugenkliniek van het AZ Sint-Elisabeth. De nieuwe werking in een notendop.

De geheugenkliniek is een ambulant multidisciplinair centrum voor diagnose, behandeling en advies bij geheugenproblemen en cognitieve stoornissen. Niet alleen 65-plussers, maar ook jongere personen met recente geheugenproblemen of gedragsveranderingen worden er onderzocht. Na doorverwijzing door de huisarts welteverstaan. Het onderzoek wordt gespreid over meerdere bezoeken, kwestie van vermoeidheid te vermijden. Dr. Carlos Monté: "Tijdens het eerste onderzoek wordt de patiënt onder meer neurologisch onderzocht en ondergaat hij enkele oriënterende psychische en neurofysiologische tests. Het tweede onderzoek bestaat uit een hersenscan en een psychodiagnostisch testonderzoek. Meestal staat er ook een derde bezoek op de agenda om de resultaten te bespreken met de patiënt of zijn familie."

Naargelang de diagnose worden de mogelijke behandelingen voorgesteld, zoals psychotherapie en medicatie. Er vroeg bij zijn, is de boodschap. "Een vroegtijdige diagnose van bijvoorbeeld dementie is zeer belangrijk om het verloop van de ziekte op een redelijke manier te beïnvloeden. De huidige medicatie voor dementie kan immers enkel de evolutie vertragen, niet stoppen. Het effect van de medicatie is dan ook het duidelijkst als ze gestart wordt bij het begin van de ziekte", aldus dr. Carlos Paul Monté.



## Meer dan een nieuw kleedje

De website van het AZ Sint-Elisabeth steekt in een nieuw kleedje. Niet enkel de look is veranderd, er werd vooral aan de structuur gesleuteld: de verschillende doelgroepen vinden er sneller de nodige informatie, op maat.



Ben je patiënt, zorgverstreker, bezoeker of sollicitant, alle informatie op de website [www.sezz.be](http://www.sezz.be) is per doelgroep op een vlotte en overzichtelijke manier toegankelijk gemaakt.

"De klemtoon ligt meer op het medische luik, zonder de dagdagelijkse praktische info te verwaarlozen", zegt Johan Noyez (verantwoordelijke ICT). "Je vindt er bijvoorbeeld een duidelijk overzicht van het artsencorps en alle specialismen, met telkens informatie over de mogelijke onderzoeken en behandelingen, opgesteld door de artsen zelf. De geïntegreerde zoekfunctie maakt het vinden van informatie bovendien nog een stuk eenvoudiger."

Ook de communicatie en interactie tussen de doelgroepen en het ziekenhuis krijgt meer aandacht. "Via elektronische formulieren kun je bijvoorbeeld vlot de juiste contacten leggen binnen het ziekenhuis. Huisartsen hebben via de site dan weer toegang tot het medisch dossier van hun patiënten en kunnen ondermeer aanvraagformulieren downloaden. In de toekomst kunnen wellicht ook afspraken elektronisch worden geboekt. In ieder geval blijven we werken aan de functionele toegevoegde waarde van de site voor onze verschillende doelgroepen." aldus Johan Noyez.

## Wist u dat...

... **verpleegkundigen en verzorgenden** op 12 mei de internationale Dag van de Verpleging vierden? Het AZ Sint-Elisabeth trakteerde voor de gelegenheid alle ziekenhuismedewerkers op een bioscoopticket.

... **het AZ Sint-Elisabeth** een samenwerkingsprotocol heeft afgesloten over de opvang van gewonde en gekwetste

personen met de politiezone Zottegem/Herzele/Sint-Lievens-Houtem en met de brandweerkorpsen van Zottegem en Herzele? Het doel van dit protocol is het samen te werken aan een veilige en efficiënte tussenkomst van politie, brandweer en ziekenhuis bij incidenten en rampen. Op die manier worden de veiligheid en het comfort van de patiënten en het eigen personeel bij tussenkomsten gewaarborgd.



## Patiëntveilige zorg

Het AZ Sint-Elisabeth zet alles op alles om zijn patiënten een kwaliteitsvolle en veilige zorg te waarborgen. Reeds in 2007 sloot het ziekenhuis een contract af met de federale overheid ondermeer voor de realisatie van een zogenaamd 'Veiligheid Management Systeem'. Nu staat een meldingssysteem rond medicatie in de steigers.

Tegen juni 2010 moet het ziekenhuis beschikken over een ziekenhuisbreed meldingssysteem voor incidenten en bijna-incidenten. Dr. Hilde De Nutte (adviseur medisch beleid). "Het hoofddoel hiervan is schade aan de patiënt te voorkomen als gevolg van de zorg of door het contact met het zorgsysteem. Op basis van concrete vaststellingen zullen we verbeteracties op poten zetten die de veiligheid van de patiënt tijdens het zorgproces verhogen."

De realisatie van het meldingssysteem gebeurt stapsgewijs. Katia Ronsse (vroedkundige): "Sedert 1 april draaien vier afdelingen proef met een meldingssysteem rond medicatiefouten. De verpleegkundigen en artsen op deze afdelingen registreren sindsdien online de incidenten en bijna-incidenten met betrekking tot medicatie: problemen met de toediening van de medicatie, verkeerde dosissen, foutieve bereidingen, enzovoort."

De registratie gebeurt anoniem. Incidenten zijn immers hoofdzakelijk het gevolg van tekortkomingen in het zorgsysteem, en niet zozeer van het individu. "In de zomer wordt het systeem geëvalueerd. In het najaar wordt het meldingssysteem verder uitgebreid naar andere afdelingen en worden verbeteracties opgesteld. Nog later zullen ook andere types van (bijna-) incidenten worden geregistreerd", aldus dr. De Nutte.



## Handen uit de mouwen

In maart vond in het AZ Sint-Elisabeth het vijftigste wondforum plaats. Dat werd op gepaste wijze gevierd met vier workshops waarbij de 150 deelnemers zelf de handen uit de mouwen konden steken.

Het wondforum werd in 2003 voor de eerste maal opgericht. Het doel: artsen, verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers regelmatig samenbrengen om hun wondzorgkennis te verruimen. Op 28 maart vormde het auditorium van het AZ Sint-Elisabeth het decor voor het vijftigste wondforum. Dat mocht wel iets speciaals zijn, dachten de organisatoren. "Speciaal voor de gelegenheid stonden er vier workshops op het programma", zegt verpleegkundige Frans Meuleneire. "Elk onderwerp werd eerst theoretisch toegelicht en nadien omgezet in de praktijk. Fixatie- en applicatietechnieken van verbanden bijvoorbeeld. En een workshop 'debridement' waarbij de deelnemers op varkenspoten leerden om dood weefsel uit een wonde weg te snijden. Ook leerden ze met compressietherapie beenwonden te behandelen en een patiënt goed te positioneren om doorligwonden te voorkomen. Het vijftigste wondforum, met de toepasselijke naam 'Handen uit de mouwen', was een groot succes."



AZ Sint-Elisabeth ■ Godveerdegemstraat 69 ■ 9620 Zottegem

Tel. 09 364 81 11 ■ Fax 09 364 89 00

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



## Levenschte borstreconstructie

De borstkliniek van het AZ Sint-Elisabeth heeft veel in huis: diagnose, therapie, nabehandeling, begeleiding én revalidatie. Sinds kort wordt voor de borstreconstructie de allernieuwste techniek gebruikt. Het resultaat van de DIEP-flap oogt verbluffend natuurlijk.

Bij een borstreconstructie maakt de borstkliniek sinds kort gebruik van de DIEP-flap (Deep Inferior Epigastric Perforator) techniek. Dr. Pieter Mulier (coördinator van de borstkliniek): "Voor de transplantatie wordt er vetweefsel en huid van de buik genomen. Vervolgens wordt de weefselflap via microchirurgie opnieuw aangesloten op de bloedvaten die naast het borstbeen lopen. De buikspieren worden dus intact gelaten, waardoor het risico op postoperatieve buikwandverzwakking aanzienlijk verkleint."

Om deze flaptechniek te kunnen aanbieden, werd een plastisch chirurg uit het UZ Gent aangetrokken: dr. Filip Stillaert, die gespecialiseerd is in de DIEP-flap methode. "Zijn inbreng biedt een grote meerwaarde aan de borstkliniek van het AZ Sint-Elisabeth", aldus dr. Mulier.

### Beter resultaat

Bij een onmiddellijke reconstructie, dus meteen na de borstamputatie, wordt de huidenveloppe van de oorspronkelijke borst bewaard, wat een heel natuurlijk resultaat oplevert. "Vindt de reconstructie een tijdje na de borstamputatie plaats, dan wordt die huidenveloppe gereconstrueerd met huid van de buik", zegt dr. Mulier. "Door gebruik te maken van lichaamseigen weefsel, ziet het resultaat er levensecht uit: de gereconstrueerde borst integreert zich volledig in het eigen lichaam en voelt natuurlijk aan. Wat uiteraard veel minder het geval was bij een reconstructie met een borstprothese. Bovendien kan vreemd weefsel makkelijker door het lichaam worden afgestoten dan lichaamseigen weefsel. Ook esthetisch is het resultaat een pak beter, aangezien men de natuurlijke contour van de borst kan evenaren. En het resultaat gaat veel langer mee."



## Baby's live in beeld

De dienst gynaecologie van het AZ Sint-Elisabeth heeft vier nieuwe echografietoestellen in huis. Eén daarvan kan bewegende driedimensionale beelden maken. Zo zien ouders hun geboren kind live in beeld.

De vier nieuwe echografietoestellen geven tweedimensionale beelden die nog beter zijn van kwaliteit. "2D-beelden zijn medisch gezien nog altijd de standaard om afwijkingen op te sporen", zegt dr. Pieter Mulier.

Daarnaast heeft de dienst Gynaecologie sinds kort ook een module om beelden weer te geven met een bijkomende dimensie. Een 3D-beeld geeft naast de lengte en de breedte ook de diepte weer. Dat is handig om meer specifieke afwijkingen op te sporen. "Met de tijd als vierde dimensie zien de ouders in spe niet enkel een beeld van hun baby in 3D, maar ze zien de foetus ook in real time bewegen", aldus dr. Mulier.

van **A** tot **Z**

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

**hoofdredactie:** H. De Vleeschouwer ■ **redactieraad:** R. De Bosscher ■ S. Dierickx ■ J. Gabriëls ■ 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

### Leven als voorheen

**Zelfhulpgroep voor vrouwen na borstoperatie**  
Het ziekenhuis organiseert info-namiddagen op de volgende data:

za. 12 september 2009  
za. 14 november 2009

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

### Infobeurs voor aanstaande ouders 'Baby aan boord'

De data zullen later worden medegedeeld  
via de website van het ziekenhuis

### Medische lessencycli

#### aanvang 21u

23/06/09	Medische stafvergadering
22/09/09	Triverius
27/10/09	Triverius
24/11/09	Triverius (ethiek)
15/12/09	Medische stafvergadering

### Bloed geven

woe. 22 juli 2009  
woe. 21 oktober 2009

Telkens van 17.00 tot 20.00 uur

## Nieuwe ambities op neurochirurgie

De dienst neurochirurgie van het AZ Sint-Elisabeth bestaat iets meer dan tien jaar en heeft al een lange weg afgelegd. Vandaag behandelt de dienst vrijwel alle aandoeningen. Binnenkort komt daar ook de hersentumorchirurgie bij.



Dr. Luc De Waele en dr. Giovanni Alessi

Op de dienst neurochirurgie verzekeren drie chirurgen – dr. Luc De Waele, dr. Giovanni Alessi en dr. Bob D'Haen – de continuïteit. Een tiental jaar geleden was dit nog niet het geval.

Dr. Giovanni Alessi (dienst neurochirurgie): "Toen was er nog maar één voormiddag consultatie en één namiddag ingrepen. De pathologie was dan ook niet erg uitgebreid: enkel de gewone hernia's in de onderrug en de hersenbloedingen werden behandeld. Langzaam hebben we een reputatie uitgebouwd in de abdominale rugchirurgie en zijn we uitgegroeid tot twee consultatiedagen en twee à drie operatiedagen per week."

### Toekomstplannen

De dienst neurochirurgie behandelt vandaag nagenoeg alles: alle wervelzuilaandoeningen, van de meest eenvoudige tot de meest complexe, en de schedeltraumatologie. "Voorlopig gebeurt de hersentumorchirurgie hier echter nog op uitzonderlijke basis", zegt dr. Alessi. "Het is de bedoeling om in de nabije toekomst ook dat facet van de neurochirurgie aan te bieden. Dan is er wel een constante bemanning nodig op de dienst. Daarom zijn we nu op zoek naar een extra staflid."

Dr. Alessi droomt daarnaast van een volwaardig 'spine center', volgens hem dé grote uitdaging voor de streek. "In zo'n center is er een nauwe samenwerking tussen de fysiotherapie, de orthopedie, de neurochirurgie en de pijnkliniek. Huisartsen kunnen hun patiënten met rugproblemen dan gewoon doorverwijzen naar het center, waar de verschillende specialismen samen op zoek gaan naar de meest gepaste behandeling. Maar een dergelijke rugkliniek is voorlopig nog toekomstmuziek", aldus dr. Alessi.