



Lymfekliniek

Multidisciplinaire conservatieve aanpak van lymfoedeem



Ovariumcarcinoom

Buikspoeling met chemotherapie



Wat na de opname

Tips van onze sociale dienst voor opvolging na ziekenhuisopname



dr. DIRK MAES
Medisch directeur

Netwerk

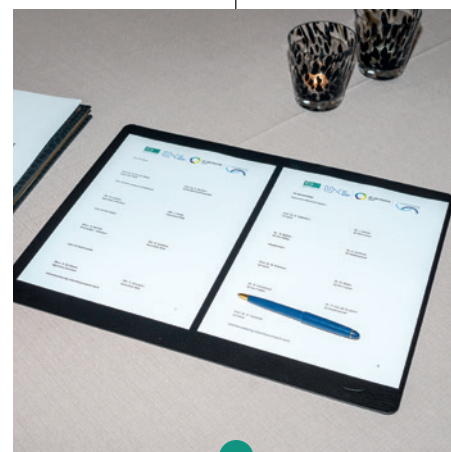
De kogel is door de kerk. Zoals u kunt zien op pagina 6 hebben we recent een intentieverklaring ondertekend tot vorming van het Ziekenhuisnetwerk Gent met UZ Gent, AZ Jan Palfijn en AZ Oudenaarde. Op korte termijn zal dit niet zoveel veranderen maar de komende maanden en jaren gaan we dit engagement vertalen in concrete realisaties. Het uitgangspunt is toegankelijke, kwalitatieve zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt voornamelijk rond basispathologie en afspraken rond referentiepathologie. Dit zal de komende jaren ook worden afgestemd met de eerstelijnszorg.

Verder kunt u lezen dat we ons op vlak van oncologie verder diversifiëren zowel op vlak van diagnostiek en counseling als therapie en post-behandeling revalidatie.

Als ziekenhuis zijn we ook bezig met de ondersteuning van ngo-projecten. Vijf van onze eigen artsen staan voor het eerst op de planken en serveren u 'Het Diner' naar een boek van Herman Koch. De opbrengst gaat naar twee vzw's die medische missies organiseren in Afrika. Van harte aanbevolen!



INHOUD



06

Ziekenhuisnetwerk Gent
Intentieverklaring werd ondertekend



Sappen trappen op Dag tegen kanker

Om op de Dag tegen kanker het thema 'Gezonde voeding en beweging' in de kijker te zetten, konden passanten hun eigen smoothie trappen in ons onthaal. Dokter Duthoy (radiotherapie, oncologie, hematologie) zette alvast z'n beste beentje voor. Naast deze ludieke actie werden er ook workshops en infosessies georganiseerd en trakteerden we onze oncologische patiënten op een fruitbrochette.



08

Multidisciplinaire lymfekliniek
voor patiënten met lymfoedeem



14

Oncogenetica
Stijgende vraag naar genetisch onderzoek

EN VERDER

- 04 Kort
- 12 Ovariumcarcinoom
- 15 Goedgemutste artsen
- 16 Wat na de opname?
- 18 Nieuwe artsen
- 20 Het Diner

COLOFON Focus is het artsenmagazine van vzw AZ Sint-Lucas en Volkskliniek: Campus Sint-Lucas, Groenebriël 1, 9000 Gent, Campus Volkskliniek, Tichelrei 1, 9000 Gent, T 09 224 61 11, info@azstlucas.be, www.azstlucas.be • **Hoofredactie** Iny Cleeren • **Redactie en eindredactie** Nike Annys, Iny Cleeren, communicatie@azstlucas.be • **Verantwoordelijke uitgever** dr. Dirk Maes, Groenebriël 1, 9000 Gent • **Foto's** AZ Sint-Lucas, Johan Martens, Philip Vanoutrive, Shutterstock • **Vormgeving** Femke Vlaeminck, Dienst Communicatie AZ Sint-Lucas

De vijfde editie van **Lucas late night**

Op 26 oktober vond de vijfde editie van Lucas Late Night plaats in WATT The Firms. Wouter Berlaen was de sfeermaker van dienst met zijn liedjes in het onvervalst Zults. Bedankt aan iedereen die er bij was en we verwelkomen u graag volgend jaar opnieuw!



UPROCKING
JARDINDESVOIX
et BAROKSEMBLE
OUVRIER L'AMBIENT



TE DEUM
Gottfried Heinrich Stölzel
REQUIEM
Wolfgang Amadeus Mozart

VRIJDAG 30 NOVEMBER 2018, 20:00
ACADEMIESTRAAT 11, GENT
9000 HANNOUWELSTRAAT 11, GENT

Save the date: **Jardindesvoix** brengt Requiem van Mozart en Te deum van Stölzel

Jardindesvoix, een gemengd koor gespecialiseerd in barokmuziek, brengt dit jaar een eerbetoon aan de onmiskenbare genialiteit van W.A. Mozart maar tevens aan Gottfried Heinrich Stölzel, een tijdgenoot van J.S. Bach en erg door deze laatste gerespecteerd. Het hoofdwerk van dit concert is het eeuwig mooie en pakkende Requiem van Mozart in een bijzonder doorleefde uitvoering.

*Het concert vindt plaats op vrijdag 30 november in de Sint-Stefanus in de Academiestraat in Gent.
Inschrijven kan via inschrijving@azstlucas.be of www.azstlucas.be/mozart.*

Nieuwe eenheid **beroertezorg/CCU**

Op 1 oktober is de eenheid beroertezorg/CCU geopend. Voorheen was dit de eenheid beroertezorg/midcare, maar de capaciteit van de afdeling werd uitgebreid en er is nu ook een CCU (Coronary Care Unit). De eenheid beschikt over acht bedden waar intensieve bewaking mogelijk is: vier bedden voor strokepatiënten die zijn opgenomen in het zorgprogramma beroertezorg en vier bedden voor

patiënten die cardiale opvolging nodig hebben (bv. patiënt met een acuut coronair syndroom, observatie na cardiale investigatie,...). Het team van de eenheid bestaat uit een vaste verpleegkundige equipe die instaat voor de optimale patiëntenzorg. Dr. Stefanie Cardoen (neuroloog) en dr. Gunther Maudens (cardioloog) zijn het medisch aanspreekpunt voor de afdeling.

Griepvaccin 2018-2019: wat moet u weten?

Voor het seizoen 2018-2019 zijn alle griepvaccins tetravalent. Bovendien zijn twee van de vier stammen (één van de A-stammen en één van de B-stammen) gewijzigd. Dit betekent concreet dat er geen vrees moet zijn voor het zogenaamde Hoskinseffect. Dit is een effect waarbij bewezen is dat, indien twee opeenvolgende jaren met identiek hetzelfde vaccin wordt gevaccineerd en bovendien het virus kleine wijzigingen vertoont, gevaccineerde patiënten een slechtere outcome hebben dan niet-gevaccineerde. Dit komt doordat hun immunologische antwoord nog bepaald wordt door het verouder-

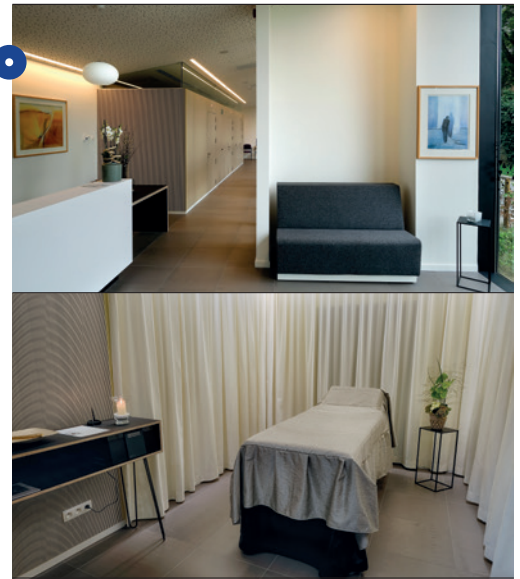
de vaccin en zij dus antistoffen beginnen maken tegen de verkeerde stam. Dat is dus voor 2018-2019 niet het geval. Hoe de verdere evolutie zal zijn met de transdermale toediening via patch is op dit moment nog onduidelijk. Het levende intranasale vaccin is voor het seizoen 2018-2019, net zoals vorig jaar, evenmin ter beschikking.

Bij zwangere vrouwen blijven vaccinaties aangewezen en dit onafhankelijk van het stadium van de zwangerschap.

Nieuw **mortuarium**

Ons mortuarium bevindt zich sinds juli op het gelijkvloers van de grote parkeertoren, in een volledig nieuw gebouw. Het oude mortuarium aan de Blaisantvest moest plaatsmaken voor de bouw van o.a. een zorghotel en assistentiewoningen. De nieuwe plek straalt rust en sereniteit uit. Nabestaanden kunnen er in alle stilte afscheid nemen van hun dierbare. Er is ook een zaaltje dat kan gebruikt worden voor plechtigheden. Om de dienstverlening te verbeteren zijn de begroetingsuren aangepast:

<u>Maa t.e.m. vrij:</u>	<u>Zaterdag:</u>	<u>Zon- en feestdagen:</u>
10u30 - 12u00	10u30 - 12u00	10u30 - 12u00
13u30 - 19u00	13u30 - 17u00	



Wijzigingen **tariefbeleid**

Sinds 1 oktober zijn er een aantal wijzigingen in ons tariefbeleid. De ereloonsupplementen voor patiënten die gewoon verzekerd zijn, zijn verhoogd voor opnames op een éénpersoonskamer. Vraagt de patiënt zelf naar een éénpersoonskamer, dan mag een supplement aangerekend worden van max. 125% voor niet-medisch technische prestaties en van 100% voor medisch technische prestaties. Vrijstellingen die nu bestaan, blijven behouden (bv. het oncologisch dagziekenhuis).

Vanaf 1 januari 2019 voeren we volgende aanpassingen door:

- Alle consultatietarieven worden geafficheerd in de wachtzalen.
- Voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming wordt voor consultaties het conventietarief toegepast.
- Honoraria worden enkel nog centraal via het ziekenhuis geïnd, niet meer bij de arts zelf. Dit zorgt voor meer transparantie en duidelijkheid voor de patiënt. Geld meebrengen naar het ziekenhuis zal niet meer nodig zijn.

Met deze wijzigingen willen we onze rol als sociaal toegankelijk ziekenhuis versterken en bijkomend investeren in innovatie en medische technologie ten behoeve van al onze patiënten.



Symposium: **10 jaar PAAZ**

Ter gelegenheid van hun tienjarig bestaan organiseert de PAAZ van AZ Sint-Lucas een symposium in de Oude Abdij van Drogenen op donderdag 6 december 2018. Meer info vindt u op www.azstlucas.be/inschrijving.

VIER ZIEKENHUIZEN UIT GENT EN OUDENAARDE ONDERTEKENEN INTENTIEVERKLARING

Ziekenhuisnetwerk Gent van start

De raden van bestuur en de medische raden van AZ Jan Palfijn, AZ Oudenaarde, AZ Sint-Lucas en UZ Gent hebben een intentieverklaring tot vorming van het Ziekenhuisnetwerk Gent (ZNG) ondertekend. Daarmee zetten ze een belangrijke stap richting nauwe samenwerking.

De Gentse ziekenhuizen zien samen met AZ Oudenaarde opportuniteiten om via het netwerk hun werking te versterken en uit te bouwen tot 'centers of excellence'. Zo creëren ze een zorgaanbod dat nog beter aansluit bij de reële zorgbehoeften in de regio.

Het Ziekenhuisnetwerk Gent stelt de patiënt centraal. De vier ziekenhuizen delen daarbij dezelfde visie over de zorg die ze aan de patiënten willen bieden. "Ten eerste moet deze zorg toegankelijk zijn", licht voorzitter Jan Smets toe. "Daarbij maken we geen onderscheid op basis van afkomst en blijven we waken over de betaalbaarheid. Ten tweede kiezen we resoluut voor nabije zorg. Iedere patiënt moet zo dicht mogelijk bij zijn of haar woonplaats behandeld worden. Wanneer doorverwijzing naar een ander netwerkziekenhuis een meerwaarde is voor de patiënt, bespreken we dit samen met hem of haar. Maar we kiezen er bewust voor

om patiënten niet nodeloos te laten pendelen. We respecteren ook de keuzevrijheid van de patiënt. Ten derde willen we zorg bieden van aantoonbare goede kwaliteit. Alle ziekenhuizen in het netwerk zijn NIAZ-ziekenhuizen. Dit toont aan dat heel het netwerk zich inschrijft in een cultuur van permanente verbetering."

Logisch en sterk netwerk

Het netwerk sluit aan bij logische patiëntenstromen. De vier ziekenhuizen dekken samen een gebied af van onder Oudenaarde tot in Zelzate, waarbij ze overal meer dan 40% marktaandeel vertegenwoordigen. Het ziekenhuisnetwerk realiseert ook een groot marktaandeel in de grote steden binnen het eigen zorggebied: 75% in Gent en meer dan 70% in Oudenaarde.

Met meer dan 2.600 erkende bedden, 850 artsen en meer dan 9.000 medewerkers, mag het duidelijk zijn dat het ZNG een stevig net-

werk is. Ook het medisch aanbod is sterk uitgebouwd, waardoor de patiënt in het ZNG voor alle zorg terecht kan. De aanwezigheid van een universitaire partner in het netwerk draagt daar toe bij, maar ook in de andere ziekenhuizen is naast de tweede- ook de derdelijnszorg aanwezig. Het netwerk kiest voor een sterke wetenschappelijke onderbouw van de zorgaanpak. De aanwezigheid van een universitair ziekenhuis met een directe link naar de universiteit is hierbij een duidelijke troef.

De stap naar de vorming van een ziekenhuisnetwerk kwam er op vraag van de federale en Vlaamse overheden die de voorbije maanden verder hebben gewerkt aan de regelgeving rond de netwerken. Nog dit najaar wil het federaal parlement het finale wetsontwerp stemmen dat ieder ziekenhuis verplicht om toe te treden tot een netwerk. Los van deze verplichting vanuit de overheid, beschouwen



V.l.n.r Jan Smets (AZ Sint-Lucas), Rudy Coddens (AZ Jan Palfijn), Jan Briers, Stefaan Vercamer (AZ Oudenaarde), prof. Dr. Eric Mortier (UZ Gent)

de vier partners van het ZNG dit netwerk als een logische evolutie in het licht van heel wat historische samenwerkingen tussen de vier ziekenhuizen.

Volgende stappen

Binnen het netwerk werden al een aantal beslissingen genomen. Het tijdelijke bestuur ligt vast: er is een raad van bestuur van het netwerk die bestaat uit de voorzitters van de raden van bestuur en de medische raden en de algemene en medische directies van de ziekenhuizen. Gouverneur van Oost-Vlaanderen Jan Briers neemt met veel toewijding de rol van ambassadeur van het netwerk op zich. Er staat ook een vacature voor een netwerkcoördinator open.

Sinds het voorjaar zijn werkgroepen rond ondersteunende diensten actief, met enkele concrete projecten in het vooruitzicht: het samen aankopen van geneesmiddelen, het gezamen-

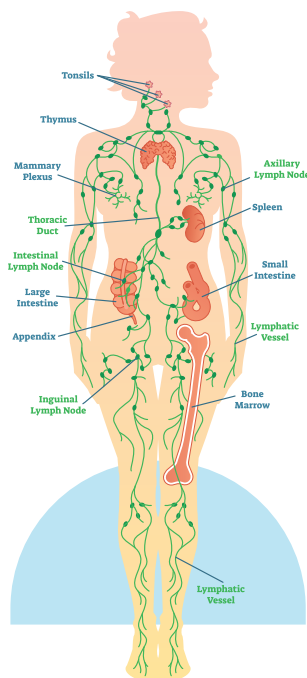
lijk uitwerken van procedures in de zorg (bv. rond agressiebeleid), een gemeenschappelijk kader voor het uitwerken van mHealth toepassingen in het netwerk en het inzetten op gezamenlijke vorming van medewerkers.

Met betrekking tot de klinische samenwerking heeft het netwerk eind september zijn kandidatuur ingediend voor de piloot van de regionale zorgstrategische plannen. Deze oefening zal de basis zijn om keuzes te maken omtrent het toekomstig medisch aanbod in het netwerk.

Bestuurders en artsen zullen samen het beleid van het ZNG bepalen in overleg met patiënten, huisartsen, woonzorgcentra, thuiszorg, enz.

Lymfekliniek: multidisciplinaire conservatieve behandeling van lymfoedeem

Sinds kort kunnen patiënten met lymfoedeem terecht in de multidisciplinaire lymfekliniek van AZ Sint-Lucas. Een team van experts bundelt de krachten om de patiënt de meest efficiënte behandeling te bieden.



● Lymfestelsel: een reticulair netwerk over het hele lichaam

Lymfoedeem wordt veroorzaakt door stase van interstitieel vocht door een dysfunctie van het lymfesysteem. Het evenwicht kan verstoord geraken door teveel aanbod van vocht (overbelasting, verminderde veneuze afvoer, etc), door blokkade in de afvoer (klieruitruiming, ingroei maligniteit, etc) of verminderde werking van de lymfevaten (na radiotherapie, trauma, infectie, immobilisatie, etc).

Initieel uit lymfoedeem zich door enkel een zwaartegevoel in het getroffen lidmaat. Dit wordt ook wel stadium 0 of subklinische fase genoemd. Zwelling is het meest typische verschijnsel, dit kan heel subtiel zijn en soms enkel opgemerkt worden door afdruk van kledij, sieraden of schoenen. Bij stadium 1 zien we pitting oedeem die met elevatie verdwijnt, maar in een stadium 2 wordt het oedeem non pitting door fibrosering en vervetting. Elevatie heeft dan minder effect. In het laatste stadium 3 spreekt men van elefantiasis en kan door de zwelling het lidmaat helemaal disfunctioneel worden. In de regel is lymfoedeem niet pijnlijk, wel kan het zwaartegevoel als pijnlijk ervaren worden of zijn er gewrichtsklachten als gevolg van het verzwaarde lichaamsdeel.

Behandeling

De conservatieve behandeling bestaat uit twee fasen:

1. Tijdens **de ontzwellingsfase** heeft de behandeling het doel het oedeem te verminderen. Deze duurt gemiddeld twee weken waarbij dagelijks één uur manuele lymfedrainage (zie kaderstukje) gegeven wordt, gevolgd door zwachteling met korte rek windels. Deze zwachtels moet men aanhouden tot de volgende sessie om te voorkomen dat het oedeem in tussentijd toeneemt.
2. In **de onderhoudsfase** is het doel het resultaat van de ontzwellingsfase te behouden. In eerste instantie door compressietherapie in combinatie met wekelijkse lymfedrainage en oefentherapie.

Zelfmanagement wordt steeds belangrijker. Het is enorm belangrijk om patiënten goed te informeren. Secundaire preventie ter bestrijding van verdere achteruitgang van het oedeem is essentieel.



Kinesithherapie: manuele lymfedrainage

Manuele lymfedrainage is een massagetechniek waarbij de oedeemtherapeut tracht de vochtopname door de lymfvezels te stimuleren en het lymftransport te optimaliseren. Via pomp- en duwbewegingen worden zowel de lymfeklieren als de lymfbanen behandeld. In de loop der jaren zijn er reeds verschillende technieken ontwikkeld (Vodder, Leduc, Belgrado,...). Deze technieken hebben allemaal hetzelfde doel, doch verschillen onderling lichtjes wat betreft druk, ritme, handgrepen,... Welke techniek een therapeut gebruikt, is eerder regiogebonden.

De duur en de frequentie van de behandeling hangt af van de klachten. De therapie is vrijwel pijnloos. Lymfedrainage is niet voldoende als monotherapie, maar vormt een onderdeel van de behandeling van lymfoedeem (naast huidhygiëne, compressietherapie, oefentherapie,...).

De kinesithherapie valt onder courant, Fb- of E-pathologie, afhankelijk van het stadium van het lymfoedeem. Een lymfescintigrafie is een handig aanvullend onderzoek om de nodige terugbetaling te kunnen verkrijgen. Dit is zeker zo bij bilateraal lymfoedeem ter hoogte van de benen. Bij unilateraal lymfoedeem kan men bij voldoende volumeverschil tussen links en rechts ook zonder scan in aanmerking komen voor de terugbetaling.



Lymfekliniek

Lymfoedeem wordt beschouwd als een chronische aandoening die vaak progressief is en meestal sluipend begint. In de eindstadia kan de ziekte gepaard gaan met grote morbiditeit en verlies van kwaliteit van leven voor de patiënt. Bij hulpverleners bestaat veel onbekendheid met betrekking tot lymfoedeem. Vaak wordt de aandoening niet of laat herkend of is men onbekend met de therapeutische mogelijkheden. Bovendien wordt de zorg veelal fragmentarisch

aangeboden, omdat het zorgaanbod over vele disciplines verspreid is en onderlinge afstemming ontbreekt. Naar aanleiding van deze problematiek werd de lymfekliniek opgestart.

Onze lymfekliniek biedt een multidisciplinaire benadering aan om een optimale behandeling te bekomen. We focussen ons op de conservatieve aanpak. Soms kan men baat hebben bij een chirurgische behandeling, deze patiënten sturen we door voor verder advies naar onze dienst plastische heelkunde.

We zijn een jong en enthousiast team bestaande uit vaatchirurgen, kinesisten en bandagisten. Bij wondproblemen staat de wondzorgverpleegkundige altijd paraat. We kunnen indien nodig ook beroep doen op andere paramedici zoals psychologen en diëtisten. We behandelen zowel patiënten met primair als met verworven lymfoedeem, lymfoedeem ter hoogte van de armen, de benen of elders in het lichaam. We willen er ook zijn voor patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen ►

Lymfescintigrafie

Bij dit onderzoek worden de drainerende lymfevaten en lymfeklieren gevisualiseerd. Via een subcutane injectie van Tc-gemerkt nanocolloid ter hoogte van de eerste interdigitaal ruimte van de tenen of vingers wordt er een analyse van de lymfekinetiek in fysiologische en postinterventionele omstandigheden uitgevoerd. Het onderzoek bevat drie fasen: in rust, na 5 minuten lichte inspanning en na 60 minuten normale activiteit. In het totaal duurt het onderzoek derhalve gemiddeld 3 tot 4 uur. Met dit onderzoek wordt niet alleen de diagnose van lymfoedeem gesteld, maar krijgen we ook informatie waarbij de manuele lymfedrainage kan bijgestuurd worden.

Om geen vals negatieve resultaten te bekomen is het belangrijk dat patiënten geen compressiekousen dragen de dag voor en van het onderzoek, alsook best geen manuele lymfedrainage ondergaan daags voordien.

Bij aanwezigheid van één majeur criterium spreekt men van ernstig lymfoedeem (E-pathologie). Twee mineure criteria komen overeen met gematigd lymfoedeem (Fb-pathologie).

Majeure criteria

- Dermale reflux
- Afwezige flow vanuit injectieplaats
- Afwezige klierstructuren
- Vasculaire lymfatische reflux

Mineure criteria

- Geen lymfeklier te visualiseren binnen de 30 minuten p.i.
- Aanwezigheid van diepe lymfatische drainage
- Visualisatie van intercalaire klieren (kuit, knieholte, onder en bovenarm)
- Bij asymmetrisch oedeem:
 - minstens 30% minder gecumuleerde activiteit ter hoogte van de lies/oksel in rust en na inspanning.
 - extractie tracer minstens 30% verschil t.h.v. de onderste ledematen en minstens 8% verschil t.h.v. de bovenste ledematen.

▶ van lymfoedeem, bijvoorbeeld na de behandeling van borstkanker. Zij zijn altijd welkom voor een verkennend gesprek. Educatie en preventie in deze groep zal de kans op het ontwikkelen van lymfoedeem doen afnemen.

Tijdens een intakegesprek wordt het lymfoedeem in kaart gebracht. Vaak kan de diagnose gesteld worden door uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek. Bij twijfel kan een lymfescintigrafie (zie kaderstukje) de diagnose bevestigen. Het getroffen lichaamsdeel wordt opgemeten en internationale vragenlijsten worden ingevuld. Eventuele behandelingen worden bevestigd en geoptimaliseerd. Er wordt ruimte voorzien voor educatie en preventie. Een goed

ziekte-inzicht leidt tot een betere omgang met het oedeem. Het goed naleven van preventieve richtlijnen leidt tot betere resultaten op lange termijn met minder invaliditeit als gevolg.

Indien nodig bieden we patiënten een ontzwellingskuur aan. Indien er geen vermindering van het oedeem meer verwacht wordt (gemiddeld vijf dagen), meet onze bandagist het lidmaat op en wordt in overleg met arts en patiënt een geschikte compressiekous besteld. Bij compressiekousen voor armen verkiezen we drukklasse twee, handen drukklasse één, voor benen eerder drukklasse drie. De lymfedrainage wordt dan nog verder gezet totdat het compressiemateriaal kan afgeleverd worden.

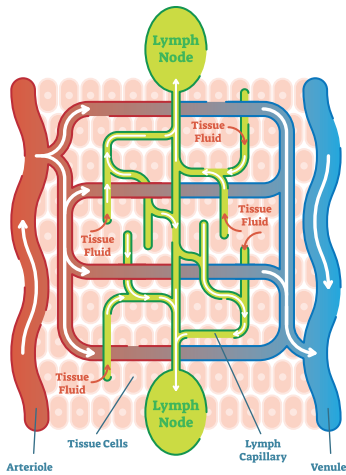
Bij de oplevering verschaft onze bandagist de nodige informatie in verband met het gebruik van de kous en hoe men deze moet aantrekken, al dan niet met een hulpstuk. De (arm)kousen en/of handschoenen dienen overdag gedragen te worden, maar mogen tijdens de nacht uitgelaten worden.

De onderhoudsbehandeling is bij een perifere kinesist dichterbij huis die de bijkomende opleiding hiervoor heeft gevolgd. Ook hierbij helpen we de patiënten een goede keuze te maken en nemen we contact op met de perifere kinesist voor een goede informatieoverdracht. Een lijst van bekwame kinesisten is te vinden op mldv.org.

Het multidisciplinair team van de lymfekliniek.

V.l.n.r.: dr. Yves Blomme, dr. Anneleen Stockman, dr. Ilse Mostaert, dr. Cedric Coucke, kinesistes Jolien Van Vooren en Lore De Pauw en bandagiste Laura Wirix.



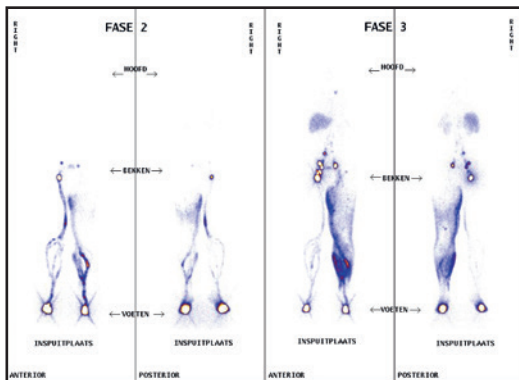


- **Schematische weergave van bloedvaten en lymfevaten.**
Lymfevaten nemen interstitieel vocht met o.a. bacteriën op (= lymfe) en voeren deze terug naar de bloedsomloop.

Graag zien we de patiënten na enkele maanden terug voor een evaluatie van de onderhoudsbehandeling. Patiënten zijn natuurlijk altijd eerder welkom bij vragen of problemen. Naast behandeling van de fysieke klachten wordt ook aandacht besteed aan de psychosociale impact van de ziekte. Een wisselend gegeven, maar zeker niet te onderschatten bij deze chronische ziekte.

dr. Anneleen Stockman

- **Info**
Lymfekliniek
Straat 57
T 09 224 64 20



- **Dermale reflux in linker onderste lidmaat**

Preventieve maatregelen

1. Voldoende beweging

- Omdat spieractiviteit voor een natuurlijk pompmechanisme zorgt, zal bij optimaal bewegen de afvoer van lymfe 5 tot 15 maal zo hoog zijn.
- Zwemmen, fietsen, wandelen, yoga
- 30 min per dag, 5x per week

2. Afknellen vermijden

- Geen spannende juwelen
- Goed passende BH
- Geen bloeddrukmeting

3. Goede huidverzorging

Bij lymfoedeem is er een verminderde afvoer van bacteriën en bestaat er dus meer risico op het ontwikkelen van een infectie. De infectie kan de lymfevaten beschadigen en ervoor zorgen dat het oedeem toeneemt. Het is dus zeer belangrijk dat infecties worden vermeden. Bij detectie van suffectie dient men direct antibiotica op te starten.

Tips

- Wondjes vermijden door het dragen van handschoenen bij huishoudelijke taken.
- Oppassen bij manicure en pedicure.
- Nooit bloedafname aan de getroffen arm.
- Ontharen met elektrisch apparaat of crème.
- Bij droge huid kan een pH-neutrale crème gebruikt worden.
- Toch een wondje: dagelijks ontsmetten en opvolgen.

4. Extreme koude en warmte zijn te mijden, want dit geeft een overbelasting van het lymfesysteem.

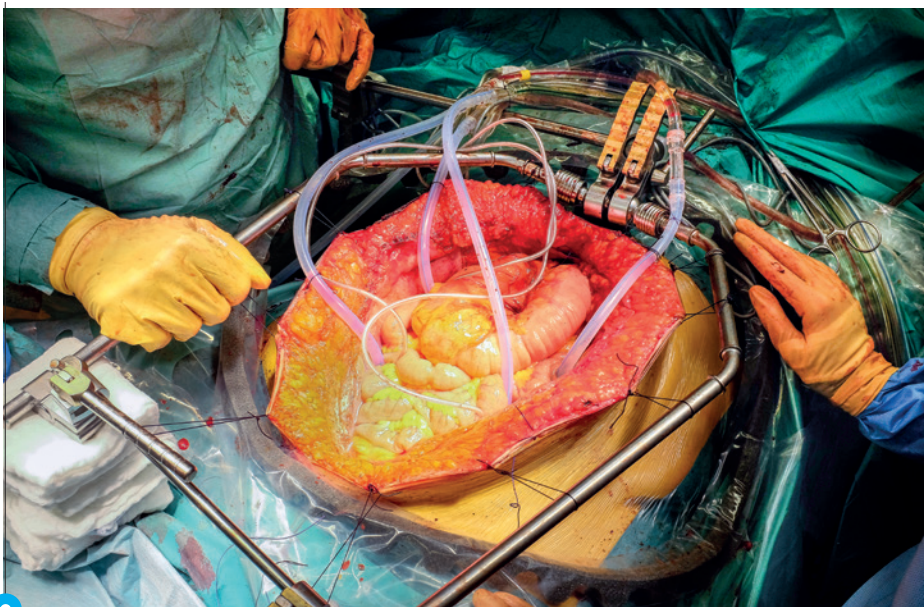
5. Zware fysieke arbeid is te vermijden. Iedereen moet voor zichzelf uitzoeken wat te veel is.

6. Gezonde levensstijl met gebalanceerde voeding. Obesitas is een belangrijke risicofactor bij het ontwikkelen en de progressie van lymfoedeem.

Kans op overleving ovariumcarcinoom groter bij chemospoeling van de buikholte

ONDERZOEK BEVESTIGT DAT OVERLEVINGSKANS STIJGT MET 10%

Bij vrouwen met stadium III ovariumcarcinoom zorgt een buikspoeling met verwarmde chemotherapie ervoor dat de overlevingskans met 10% verbetert. AZ Sint-Lucas was hierin een early adopter en voert deze behandeling reeds succesvol uit sinds 2008.



Ovariumcarcinoom is wereldwijd de gynaecologische tumorsoort met de hoogste mortaliteit. In ongeveer 75% van de gevallen is de ziekte bij diagnose al in de buik verspreid. De standaardbehandeling bestaat uit uitgebreide cytoreductieve chirurgie in combinatie met systemische chemotherapie per infuus. Ondanks deze intensieve behandeling is na vijf jaar slechts een derde van de patiënten nog in leven. In AZ Sint-Lucas werd in 2008 reeds gestart met hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), een behandeling die bestaat uit een warme buikspoeling met chemotherapie gedurende 90 minuten tijdens de operatie. De behandeling geeft weinig extra bijwerkingen.

Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC): een warme buikspoeling met chemotherapie gedurende 90 minuten tijdens de operatie.



New England Journal of Medicine

De afgelopen 10 jaar werd in Nederland onderzocht of HIPEC de kans op overleving verbetert. De resultaten werden eerder dit jaar gepubliceerd in *The New England Journal of Medicine*¹ en blijken spectaculair: vrouwen die een HIPEC behandeling kregen, hebben na vijf jaar 10% meer kans om in leven te zijn dan vrouwen die de behandeling niet ondergingen. De studie includeerde 245 patiënten: 123 van hen ondergingen intervaldebulking zonder HIPEC, 122 chirurgie met HIPEC. In de eerste groep was in 110 gevallen sprake van terugkeer van de ziekte, in de tweede groep in 99 gevallen. Na een mediane follow-up van 4,7 jaar waren in de eerste groep 76 en in de tweede groep 61 patiënten overleden. De mediane overleving in de groep

zonder HIPEC was 33,9 maanden, in de groep met HIPEC bedroeg die 45,7 maanden.

AZ Sint-Lucas was een early adoptor op het vlak van HIPEC: onder leiding van dr. Olivier Van Kerschaver (oncologische heilkunde) en dr. Adriaan Logmans (gynaecologische oncologie) werden de voorbije jaren meer dan 90 patiënten behandeld met deze techniek.

Techniek

De HIPEC-behandeling omhelst steeds uitgebreide resecties (buikvlies, baarmoeder en eierstokken, darmen etc. ...) waarbij alle macroscopische tumor verwijderd wordt.

Om de microscopische achtergebleven tumorcellen te vernietigen, wordt de buikholte tijdens de operatie gevuld met verwarmde

vloeistof waarin zich een hoge dosis chemotherapie bevindt. Hiervoor worden verschillende soorten chemotherapie gebruikt, afhankelijk van de aard van de tumor. Deze chemotherapie wordt verwarmd tot 41-42°C omdat bekend is dat warmte de werkzaamheid en penetratie van de chemotherapie verhoogt. De vloeistof wordt verwarmd door een speciaal apparaat dat de vloeistof zowel rondpompt als verwarmt. Het spoelen van de buik duurt in totaal 90 minuten.

*Dr. Olivier Van Kerschaver,
Heilkunde
Dr. Adriaan Logmans,
Gynaecologie*

¹ *Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in Ovarian Cancer, The New England Journal of Medicine, 18 januari 2018, van Driel et al*

Genetische counseling

STIJGENDE VRAAG NAAR GENETISCH ONDERZOEK

De vraag naar genetisch onderzoek is de laatste jaren aanzienlijk gestegen in AZ Sint-Lucas. Om die vraag op te vangen, wordt prof. dr. Bruce Poppe sinds kort bijgestaan door een genetisch consulent. Caroline Dekeyser (verpleegkundige oncologische begeleidingsteam) volgde de postgraduaatsopleiding Genetic Counseling en neemt in het traject van het erfelijkheidsonderzoek de begeleiding en opvolging op zich.

Prof. dr. Bruce Poppe (medisch geneticus) doet al geruime tijd één keer per maand genetische consultaties in ons ziekenhuis, maar de vraag naar genetisch onderzoek blijft groeien en er was nood aan extra ondersteuning voor de patiënt. Caroline Dekeyser volgde de tweejarige opleiding tot genetisch consulent en neemt nu het stukje voorbereiding, screening en opvolging voor haar rekening. “Toen ik startte als genetisch consulent was er een wachttijd van meer dan een jaar. Bij hoogdringendheid werd vaak al een onderzoek aangevraagd door de behandelende arts, maar ontbrak de ondersteuning als bleek dat er een erfelijke component aanwezig is. De genetisch consulent vult dit hiaat door uitgebreid te informeren over de erfelijke aandoening en de mogelijke gevolgen hiervan, zodat de adviesvrager met kennis van zaken beslissingen kan nemen.”

“Wie een vermoeden heeft van een erfelijke vorm van kanker en dit wil laten onderzoeken, kan eerst bij mij terecht voor het voorbereidend gesprek en de screening. Als er een duidelijke indicatie is voor erfelijkheidsonderzoek, o.a. aan de hand van stamboomonderzoek, wordt aansluitend bloed afgenomen in ons lab. De stalen worden doorgestuurd naar het UZ waar het DNA-onderzoek gebeurt. Het is een vier-tal maanden wachten op het resultaat, dat dan besproken wordt op de consultatie met prof. dr. Poppe. In AZ Sint-Lucas zijn enkel consulten voor oncogenetica mogelijk. Patiënten met vragen naar andere erfelijke aandoeningen worden doorverwezen naar het Centrum voor Medische Genetica in het UZ Gent.”

“Een goede begeleiding van de adviesvrager is zeer belangrijk in het traject van erfelijkheidsonderzoek. Enerzijds heb je de wetenschap; het

is goed om te weten dat er een genetisch defect is. Anderzijds heb je de impact van die diagnose op de patiënt en zijn familie. Daarom is een voorbereidend gesprek essentieel: wat zijn de consequenties van zo'n onderzoek? En wat is de verantwoordelijkheid van de patiënt daarin naar zijn kinderen of andere familieleden toe? Er is een recht op weten, maar evengoed op niet weten. De patiënt moet daarvan op de hoogte zijn en daar kom ik in het verhaal: ik informeer, begeleid in het maken van keuzes en heb oog voor de emotionele impact. Adviesvragers mogen altijd komen aankloppen voor verdere uitleg. Ook huisartsen kunnen steeds bij mij terecht met vragen over erfelijkheidsonderzoek.”



Prof. dr. Bruce Poppe en Caroline Dekeyser

Info

Aanvragen voor erfelijkheidsonderzoek bij kanker kunnen telefonisch of via mail: Caroline Dekeyser (oncologisch begeleidingsteam)
 T 09 224 52 91
 E caroline.dekeyser@azstlucas.be



Goedgemutste artsen

UNIEK PROJECT OM KINDEREN OP HUN GEMAK TE STELLEN

Kinderen die bij de dokter komen, zijn vaak angstig voor het onderzoek, de behandeling, een prik... Om hen af te leiden en aan het lachen te brengen, dragen heel wat artsen voortaan een gepersonaliseerde dierenmuts, gehaakt door collega dr. Birgitte Vangehuchten.

Kinderen en ziekenhuizen, dat gaat niet altijd goed samen. Anesthesist dr. Birgitte Vangehuchten, die vaak kinderen onder narcose brengt, ging op zoek naar een oplossing. Ze experimenteerde met een zelfgehaakte dierenmuts in de vorm van een varken. En het was meteen een schot in de roos: ze waren gefascineerd, stelden vragen, moesten lachen... en ondertussen kon de arts haar werk doen. Ook ouders en personeel waren enthousiast. Dr. Vangehuchten: "De aandacht afleiden werkt, zeker als je dat combineert met eerlijke informatie aan het kind."

Het idee van een dierenmuts bleek ook bij andere artsen aan te slaan en dr. Vangehuchten ging verwoed aan het haken. Inmiddels haakte

ze meer dan zeventig gepersonaliseerde mutsen bij elkaar voor haar collega's die steeds zelf hun dier mochten kiezen: van beren, leeuwen, dino's en tijgers tot vissen, pinguïns en katten. Elke arts betaalde een som voor de muts: de helft voor het materiaal, de andere helft voor het goede doel. Op die manier kon dr. Vangehuchten al meer dan 600 euro verzamelen voor REVIVE, een vzw die medische missies organiseert naar Afrika om gratis operaties uit te voeren. Ze was zeer blij met de reacties van haar collega's: "Een initiatief kan alleen maar slagen als je een groep enthousiaste believers bij elkaar zet. We organiseerden 's morgens vroeg een fotoshoot met de mutsen op het dak van onze parking en ik had nooit gedacht dat ik zoveel artsen kon mobiliseren."

Een optimale patiëntenbeleving dragen we hoog in het vaandel en dat geldt niet alleen voor volwassen patiënten. Als kindvriendelijk ziekenhuis willen we blijvend inzetten op initiatieven die het verblijf van kinderen aangenamer maken.

Wat na de opname?

Als huisarts hebt u een belangrijke rol in het opvolgen van de thuiszorgsituatie. U bent immers vaak het best op de hoogte van de medische voorgeschiedenis en de thuissituatie van de patiënt. Hoe kunt u ervoor zorgen dat de doorverwijzing naar thuishulp of extern verblijf vlot verloopt?

Onze sociale dienst zet u alvast op weg.

Plaatsing in een woonzorgcentrum: voor wie?

Het merendeel van de woonzorgcentra (WZC) neemt enkel patiënten op met een hoger zorgprofiel (= B- of C-profiel op de katzschaal). Het aantal rusthuizen dat patiënten met een licht zorgprofiel (= O- of A-profiel op de katzschaal) opneemt is beperkt. Dit maakt plaatsing voor deze patiënten niet evident.

Sommige patiënten verbeteren heel erg qua zorgprofiel tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Soms hebben ze thuis een zwaar zorgprofiel, maar evolueren ze met de nodige oppuntstelling qua medicatie en structuur tot een goed profiel, waardoor ze niet meer in aanmerking komen voor plaatsing in een WZC.

Revalideren in een hersteloord of kortverblijf

Een patiënt kan na de ziekenhuisopname nog even bekomen in een kortverblijf of revalideren in een hersteloord. Dit dient best vóór de ziekenhuisopname aangevraagd te worden. Zo heeft de patiënt de meeste kans op een vlotte overgang van het ziekenhuis naar deze vorm van verlengde opname. Maak hieromtrent echter geen beloftes naar uw patiënt. Wij kunnen namelijk niet steeds een passende oplossing voorzien. Voor een kortverblijf kan de website www.kortverblijven.be de patiënt en zijn familie op weg zetten. Per regio kunt u bekijken waar er kortverblijven ter beschikking zijn.

Op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid vindt u de lijst van alle erkende herstelverblijven per provincie.

Wat weet u over de thuissituatie? Breng ons op de hoogte!

In het kader van het organiseren van nazorg of plaatsing, is de sociale dienst idealiter al van bij de start van de opname op de hoogte van de thuissituatie. Op die manier kan de sociale dienst makkelijk afstemmen wat er al in orde is gebracht en wat eventueel nog moet geregeld worden.

Er kan contact opgenomen worden met het secretariaat van de sociale dienst op het nummer 09 224 58 01. Dit kan dagelijks tussen 8u30 en 12u15 en van 13u15 tot 16u30. U zult daarna doorverwezen worden naar de sociaal werker die het dossier van uw patiënt opvolgt. Contact opnemen kan ook via mail: secretariaat.socialedienst@azstlucas.be

EN NA DE OPNAME?
Bereid uw ontslag goed voor.



Korte ligduur

Er bestaan nog heel wat misverstanden over de ligduur op de geriatrie afdelingen. Hierdoor ontstaan soms verkeerde verwachtingen bij de patiënt over de duur van een ziekenhuisopname. In 2017 lagen patiënten gemiddeld 15,5 dagen op onze geriatrie. Over het algemeen daalt de ligduur in de Belgische ziekenhuizen. Patiënten zijn minder lang in het ziekenhuis aanwezig waardoor een goede ontslagplanning van belang is om tot de nodige continuïteit van zorg te komen in de thuissituatie. Sensibiliseer uw patiënt en bespreek hiertoe de nodige stappen. Meer info kunt u vinden in de folder “En na de opname?” op onze website bij het luik patiëntenfolders.

Wat kan er voor de opname al gebeuren?

Soms wordt de ziekenhuisopname aangegrepen om de thuissituatie in kaart te brengen of op punt te stellen, maar er kan ook vooraf contact genomen worden met de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds voor alle vragen rond thuishulp. Bij complexe situaties is het zelfs mogelijk om een zorgteam te organiseren in de thuissituatie. Wachten tot een opname onvermijdelijk is, is dus niet nodig.

Is er toch al een thuiszorgteam betrokken, dan is het erg zinvol om als huisarts deel te nemen aan een gezamenlijk overleg.

Sociale opname

Een sociale opname (van een hulpbehoevende partner of inwonend familielid) kan in ons ziekenhuis enkel bij spoedopnames. Al is dit niet altijd mogelijk en afhankelijk van de situatie. De sociale dienst tracht om voor de betrokken persoon zo snel mogelijk een andere oplossing te vinden.

Bij geplande opnames is een sociale opname niet mogelijk. In deze situaties is het van belang om de opname tijdig te plannen en vooraf op zoek te gaan naar een oplossing voor de hulpbehoevende partner. De dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds kan hierbij helpen.

De ontslagbrief

Patiënten die op een geriatrie afdeling of een sp-dienst hebben verbleven, krijgen systematisch een ontslagbrief, hetzij elektronisch, hetzij op papier. We merken dat deze informatie niet altijd goed doorstroomt naar de huisarts. Dat is jammer want de ontslagbrief bevat niet alleen cruciale medische en verpleegkundige informatie, maar ook info over de organisatie van de thuishulp vanuit de sociale dienst. Vraag ernaar bij uw patiënt.



Info

Sociale dienst

Sofie Goderis, dienstverantwoordelijke

T 09 224 58 01

E secretariaat.socialedienst@azstlucas.be

Ma - vrij van 8u30 tot 12u15 en van 13u15 tot 16u30

Nieuwe artsen in AZ Sint-Lucas

Op de diensten oogziekten, nierziekten, nucleaire geneeskunde en kinderziekten mochten we de afgelopen maanden enkele nieuwe artsen verwelkomen. We stellen ze graag aan u voor.

Dr. Céline Seghers, nierziekten

Op 1 augustus 2018 vervoegde Dr. Céline Seghers onze dienst nierziekten. Ze studeerde geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. Tijdens haar specialisatie inwendige geneeskunde en nierziekten was ze werkzaam in het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen, het Heilig Hart ziekenhuis in Lier, het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en het Sint-Augustinusziekenhuis in Wilrijk. Na haar opleiding deed ze ervaring op als resident in AZ Nikolaas in Sint-Niklaas. Ze zal de nefrologie in al zijn aspecten beoefenen en daarenboven ook de deelname van de dienst aan klinische studies coördineren. Binnen de dienst nierziekten zal dr. Seghers raadpleging doen in Gent. Bovendien zal zij ook werkzaam zijn op de dialyse-eenheden in Aalter en Zelzate.



Dr. Jolien Verschueren, nucleaire geneeskunde

Op 1 oktober 2018 vervoegde dr. Jolien Verschueren het team van nuclearisten in AZ Sint-Lucas. Zij volgde haar opleiding geneeskunde en specialisatierichting nucleaire geneeskunde aan de KU Leuven. Tijdens haar opleiding werd zij tewerkgesteld in het Universitair Ziekenhuis Leuven, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) en het Sint-Augustinus ziekenhuis in Wilrijk. Ze is vertrouwd met zowel de klassieke diagnostische onderzoeken als met PET (Positron Emission Tomography). Daarenboven gaat haar interesse in het bijzonder uit naar het therapeutische domein van de nucleaire geneeskunde, waaronder SIRT (selectieve interne radiotherapie) voor levertumoren en PRRT (peptide receptor radionuclidentherapie) voor neuro-endocriene tumoren. Deze radionuclidentherapieën worden dan ook haar specifiek expertisedomein binnen het team nucleaire geneeskunde van AZ Sint-Lucas.



Dr. Charlotte Daeze,
kinderziekten

Dr. Charlotte Daeze vervoegde op 1 oktober 2018 het team van de kinderartsen. Ze studeerde aan de Universiteit Gent en was tijdens haar specialisatie werkzaam in het Groene Hart ziekenhuis in Gouda (NL), UZ Gent en Zeepreventorium De Haan. Na haar opleiding heeft zij een subspecialisatiejaar kindergastro-enterologie gevolgd in UZ Gent, in het team van prof. M. Van Winckel. Dr. Daeze zal zowel de algemene kindergeneeskunde beoefenen, als zich toespitsen op maag- en darmziekten (chronische buikpijn, stoelgangproblemen,...).

Dr. Elien Baert,
kinderziekten

Dr. Elien Baert is sinds 1 november 2018 werkzaam binnen de associatie kinderziekten. Dr. Baert studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en was tijdens haar opleiding werkzaam in AZ Groeninge in Kortrijk, AZ Sint-Lucas Gent en UZ Gent. Ze volgde een bijkomende opleiding kindernefrologie op de dienst van prof. J. Vande Walle. Naast algemene kindergeneeskunde, zal dr. Baert zich meer specifiek toelagen op aangeboren en verworven aandoeningen van de nieren en urinewegen, alsook enuresis nocturna en andere plasproblemen bij kinderen.



Dr. Leigh Spielbergh,
oogziekten

Dr. Leigh Spielbergh startte op 1 juni 2018 als nieuwe oogarts in ons ziekenhuis. Hij is opgeleid tot oogarts in het Oogziekenhuis Rotterdam, waar hij zich specialiseerde in de vitreoretinale chirurgie tijdens een fellowship. Hij werkt sedert begin 2016 ook als stafid in UZ Gent, waar hij zich specialiseert in de behandeling van netvliesloslatingen, glasvochtbloedingen, oculaire trauma en aandoeningen van de macula. Dr. Spielbergh zit in de raad van bestuur van de Belgian Retina Society.



HET DINER

naar de bestseller van Herman Koch

UITVERKOCHT

VR 29 MAART 2019 - 20u00

UITVERKOCHT

ZA 30 MAART 2019 - 20u00

ZO 31 MAART 2019 - 14u00

ZO 31 MAART 2019 - 19u00

TICKETS: 22 EURO (incl. reservatiekost)

IN SCALA THEATER, GENT

RESERVEREN: 09/228.87.20

WWW.SCALAPLATFORM.BE

Speciaal voor het goede doel (Revive vzw en H.E.L.P. vzw) staan vijf artsen van AZ Sint-Lucas Gent voor het eerst op de planken. Mis deze unieke voorstelling niet!

Acteurs: Marianne Lippens, Harald Peeters, Jos Van Acker, Birgitte Vangehuchten, Koen Willems

Regisseur: Lucas Tavernier | Regie-assistent: An Fleur | Scenograaf: Elena Reynaert

Ticketverkoop bij vzw Theaterplatform Gent, Dendermondsesteenweg 163-165, 9000 Gent

S CALA
THEATER

 Quilombo

 H.E.L.P.
vzw

 revive
vzw

 azsint-lucas