

# NIEUWSBRIEF

NIEUWSBRIEF VAN EN VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN | JAARGANG 5 | SEPTEMBER 2023 | NR 3

## VOORWOORD

*Beste collega's,*

*De zomer ligt alweer achter ons en heeft hopelijk voor iedereen ook wat rustmomenten kunnen brengen. Net als het zomerweer flirt ook de maatschappij meer en meer met extremen. En het is daar dat we als zorgverlener meer dan ooit een veilige haven bieden voor onze patiënt. De kwaliteit van zorg die we bieden, zowel in het ziekenhuis als in de huisartsenpraktijk, geeft onze patiënten een houvast in moeilijke tijden.*

*Soms dreigen we door alle tekorten in de zorg deze schoonheid van ons beroep als vanzelfsprekend te nemen. Maar met elk authentiek contact, elk geruststellend woord en elke handeling maken we met z'n allen een groot verschil in het leven van vele mensen. Laat ons zo nu en dan stilstaan bij deze bevoorrechte rol die we als zorgverlener kunnen opnemen, in een wereld die steeds meer bezaaid wordt met jobs die verstoken zijn van zingeving en voldoening. Aan het eind van onze werkdag weten we dat onze bijdrage de wereld, al gaat het om een mini impact op microniveau, toch weer dat kleine beetje beter gemaakt heeft.*

*Het is mooi om telkens te lezen en te zien hoe er zowel in de eerste als tweede lijn hard gewerkt wordt om te blijven innoveren en de beste kwaliteit van zorg te kunnen blijven bieden. Volgend jaar willen we onze krachten ook nog meer gaan bundelen door met onze wachtpost intrek te nemen op de eerste verdieping boven de spoedgevallen. Op die manier kunnen we de niet planbare zorg op een gestroomlijnde manier gaan opvangen en de juiste zorg op de juiste plaats en op het juiste moment gaan toedienen. We kijken er alvast naar uit!*

*Veel leesplezier!*

*Wim Schippers  
HVRT*

## WAT U ZEKER MOET WETEN

### Thuis therapie met antibiotica en chemo

Net voor de zomer van dit jaar lanceerde de overheid een nieuw initiatief met de mogelijkheid om intraveneuze antibiotica en sommige chemotherapie in de thuissetting of waar de patiënt verblijft, te kunnen geven. De overheid heeft een kader hiervoor gegeven. De modaliteiten hiervan worden op dit moment verder uitgewerkt binnen AZ Turnhout. Huisarts, thuisverpleging,

medisch specialist en ziekenhuisapotheker krijgen in dit traject allemaal een specifieke rol.

De overheid voorziet ook financiering van de verschillende actoren in dit verhaal. We zetten dit traject eerst op met één thuisverplegingsorganisatie, zodat we voldoende ervaring hierin kunnen op doen en mogelijke tekortkomingen in het systeem georganiseerd kunnen aanpakken. In tweede instantie kunnen

vanzelfsprekend ook andere thuisverplegingsorganisaties instappen in het project. Zodra we voldoende weten, wordt u via een separaat schrijven en bijscholing op de hoogte gebracht van dit initiatief.

## Herinnering deelname onderzoek transmurale zorg



### Achtergrond

Binnen de discipline oncologie wordt steeds vaker de voorkeur gegeven aan orale in plaats van intraveneuze antitumorale geneesmiddelen. Dit betekent dat de patiënt de medicatie inneemt in de thuissituatie en dat de huisarts een steeds belangrijkere rol speelt in de oncologische behandeling van de patiënt. De huisarts wordt met name eerste aanspreekpunt bij problemen.

Het gaat hierbij om heel nieuwe therapieën, waarmee individuele huisartsen over het algemeen slechts minimaal in contact komen. Binnen deze therapieën is ook steeds opnieuw vernieuwing en verandering, wat maakt dat huisartsen er niet altijd in slagen tijdig op de hoogte te zijn van bijvoorbeeld bijwerkingen, interacties, enzovoort. Het is belangrijk dat de actoren in de eerste lijn (huisartsen, huisapotheker) zich goed geïnformeerd voelen. Hieraan willen wij onze bijdrage leveren. Om de effecten van onze bijdragen te meten, zijn we gestart met een onderzoek over dit onderwerp.

### Doel van dit onderzoek?

- De kennis van huisartsen en huisapothekers over perorale chemotherapie verbeteren aan de hand van verbeteracties die we inzetten na het ontwikkelen van een aantal tools.
- Leren hoe we op de beste manier patiënten bewust kunnen maken dat zij alle essentiële informatie vanuit het ziekenhuis overdragen naar de actoren in de eerste lijn.
- De transmurale zorg van deze patiënten verbeteren.

### Verloop studie

Vanaf maart 2023 werden alle oncologische patiënten op perorale chemotherapie van het AZ Turnhout die akkoord gingen, geïncorporeerd in deze studie. Deze patiënten vulden reeds een eerste vragenlijst in. In deze vragenlijst werd bevestigd wie hun huisarts en huisapotheker is en wat hun ervaringen zijn met transmurale zorg. Vervolgens werden hun huisartsen en huisapothekers gecontacteerd via een verwijsbrief, zodat ook zij kunnen deelnemen aan deze studie. Het deelnemen behelst het invullen van een vragenlijst. Jammer genoeg merken we dat de respons van huisartsen lager is dan verwacht, waardoor we onvoldoende onze interventies kunnen evalueren.

Met deze warme oproep willen we de huisartsen die een verwijsbrief ontvingen, vragen deel te nemen aan deze studie. Mocht u een patiënt hebben die deel neemt aan het onderzoek en de nodige informatie missen, kunt u met ons contact opnemen.

### Wat wordt concreet van u verwacht?

- Informed consent doornemen en (elektronisch) ondertekend terug mailen bij akkoord voor deelname
- Twee maal invullen van dezelfde vragenlijst die maximaal 15 minuten van uw tijd in beslag zal nemen
- Mogelijkheid tot deelname aan een infoavond met de focus op perorale chemotherapie

Bij vragen kan u steeds terecht op: 014 40 60 81 of via mail: [emilie.debruyne@azturnhout.be](mailto:emilie.debruyne@azturnhout.be).

Alvast hartelijk bedankt voor uw inzet en deelname.

### Nieuwe website fysische geneeskunde en revalidatie

De webpagina van onze dienst fysische geneeskunde en revalidatie op [www.azturnhout.be/revalidatie](http://www.azturnhout.be/revalidatie) is grondig vernieuwd en uitgebreid.

De structuur van de website is driedig:

- consultaties
- revalideren tijdens je opname
- ambulant revalideren

Zo vindt u er sinds kort alle mogelijke vormen van revalidatie die in AZ Turnhout worden aangeboden terug. Ook uw patiënt kunt u naar deze website verwijzen.

Via de post heeft u bovendien de brochure 'Revalideren in AZ Turnhout' ontvangen specifiek bedoeld voor u als verwijzer. U vindt de brochure ook digitaal op [onze website onder de rubriek Zorgverlener](#).



### Daglounge Kempens Hartcentrum opent begin oktober

Na hartkatheterisaties verblijven de meeste patiënten op dit ogenblik nog één nacht in het ziekenhuis. De ervaring bij ons en elders leert dat ongeveer 70% van de katheterisaties ook in een ambulante setting kunnen gebeuren. Daarom willen we het merendeel van deze onderzoeken voortaan in dagopname organiseren.

Hiervoor wordt een deel van de afdeling cardiologie verbouwd tot daglounge, zodat patiënten daar gedurende de eerste uren na katheterisatie comfortabel kunnen verblijven. We verwachten dat we begin oktober deze lounge kunnen in gebruik nemen voor alle patiënten van het Kempens Hartcentrum.

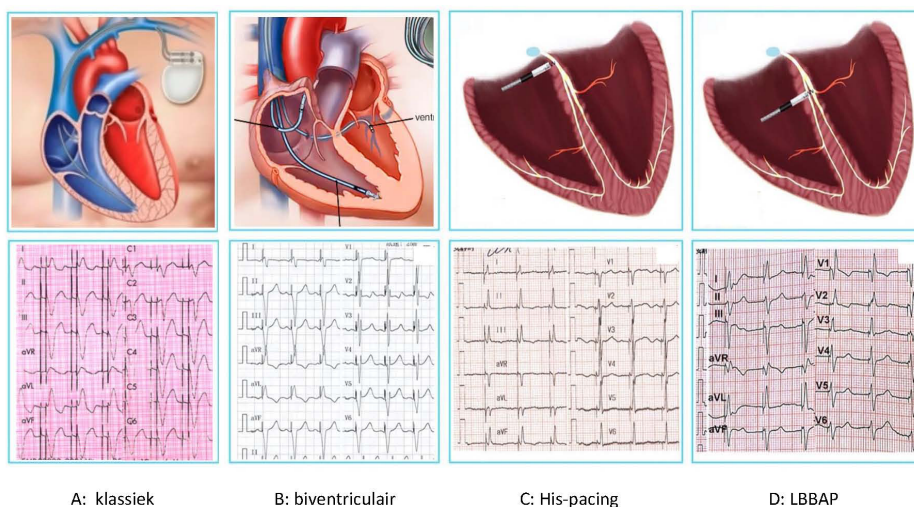
Na de opening van de lounge zal binnen het Kempens Hartcentrum ruimte vrij komen voor de bouw van een derde cathlabzaal. De werken voor die zaal zullen in het najaar starten en waarschijnlijk duren tot april 2024.

## Fysiologische pacing

Pacemakers zijn de behandeling bij uitstap van bradycardie veroorzaakt door sinusknopziekte en/of atrio-ventriculaire (AV-) geleidingsstoornissen. Een pacemaker bestaat uit een generator en één of meerdere leads. Generator en leads ondergingen doorheen de jaren enkele evoluties, maar de wijze van pacing bleef al die tijd essentieel ongewijzigd en niet-fysiologisch. Dankzij enkele recente ontwikkelingen komt de holy grail van pacing nu wél in zicht: fysiologische pacing = het stimuleren van het linker ventrikel op een zo natuurlijk mogelijke manier, met een smal gepacete QRS en synchroon contractie-patroon als gevolg.

Een **klassieke pacemaker** bestaat uit een ventriculaire lead en in de meeste gevallen ook een atriale lead (*Figuur 1A*). De ventriculaire pacing-stimulus start ter hoogte van de apex van het rechter ventrikel en bereikt het linker ventrikel niet via de snel geleidende His-Purkinje vezels, maar via trage myocardiale geleiding. Omdat de geleiding traag verloopt, is het gepacete QRS-complex breed, en de linker ventrikel contractie dys-synchroon. Deze situatie is gelijkaardig aan die tijdens een linker bundeltak block. Dit afwijkende activatie-patroon kan een negatieve invloed hebben op de linker ventrikel functie, gaande van asymptomatische NT-pro-BNP stijging, dilatatie van het linker ventrikel, daling van de linker ventrikel ejectiefractie (LVEF), tot pacing-geïnduceerde cardiomyopathie (dit laatste voorkomend in 10 tot 20% van de patiënten die > 40% van de tijd ventriculair gepacete worden). Risicofactoren voor ontwikkelen van een pacing-geïnduceerde cardiomyopathie zijn: ventriculaire pacing burden en verminderde LVEF vóór implantatie van de pacemaker. Noteer dat deze nadelen te wijten zijn aan ventriculaire pacing: ze komen dus niet voor bij patiënten met **intacte AV-geleiding** die nauwelijks ventriculair gepacete worden. Voor hen blijft de klassieke pacemaker dus de eerste keuze.

Bij **bi-ventriculaire pacing** wordt naast de atriale en klassieke ventriculaire lead een extra lead in de sinus coronarius geplaatst, ter hoogte van de posterior wand van het linker ventrikel (*Figuur 1B*). Zo wordt het linker ventrikel niet via 1, maar via 2 fronten geactiveerd, die samen leiden tot een smaller QRS en een synchrone linker ventrikel contractie. Vandaar de naam: cardiale resynchronisatie therapie (CRT). Deze behandeling heeft een uitermate gunstig effect op LVEF, symptomen en mortaliteit bij patiënten met hartfalen met **verminderde LVEF en linker bundeltak block**. Dit werd aangetoond in meerdere landmark trials begin jaren 2000. Bij patiënten met hartfalen met **verminderde LVEF** zonder linker-bundeltak-block maar met een pacing-indicatie omwille van **AV-block**, is bovendien aangetoond dat bi-ventriculaire pacing tot minder verslechtering van LVEF leidt, vergeleken met klassieke ventriculaire pacing. Merk op dat bij deze patiënten géén verbetering van LVEF wordt verwacht: er wordt namelijk geen linker bundeltak block gecorrigeerd, enkel een bijkomende pacing-induced cardiomyopathie vermeden. Bi-ventriculaire pacing is dus een vorm van “fysiologische pacing”. Toch zijn er 2 belangrijke nadelen: 1/ er is een extra lead noodzakelijk en 2/ het gepacete QRS-complex is weliswaar iets smaller dan bij klassieke ventriculaire pacing, maar nog steeds breed in vergelijking met het normale QRS-complex, omdat de geleiding niet via het His-Purkinje systeem verloopt.



**Figuur 1.** Van links naar rechts. **A.** klassieke ventriculaire pacing: tip van de lead bevindt zich ter hoogte van de apex van het rechter ventrikel; gepacete EKG is breed, met linker bundeltakblock-morfologie en positief complex in afleiding I (activatie van rechts naar links). **B.** biventriculaire pacing: een extra lead wordt in de sinus coronarius geplaatst; QRS is smaller, met negatieve deflectie in I (activatie van links naar rechts). **C.** His-pacing: de ventriculaire lead is veel proximale ingeschroefd, net achter de tricuspidklep, in de bundel van His; gepacete QRS is nauwelijks te onderscheiden van normaal QRS. **D. LBBAP:** ventriculaire lead is meer apicaal ingeschroefd vergeleken met His-pacing, diep in het interventriculaire septum met capture van de linker bundel: EKG is redelijk smal en heeft morfologie gelijkend op een rechter bundeltak block (RSR' in V1).

## (Vervolg : fysiologische pacing)

**His-bundel pacing** is een in theorie de meest fysiologische vorm van pacing. De ventriculaire lead wordt in de bundel van His geschroefd (*Figuur 1C*). Van daaruit wordt het signaal via de natuurlijke weg doorgeleid naar de linker en rechter bundeltak en zo naar de Purkinje-vezels. Dit leidt tot een smal gepacete QRS dat haast niet te onderscheiden is van het normale QRS. His-bundel pacing heeft 2 belangrijke nadelen: 1/ omdat de lead zich bevindt in een zeer kleine target zone, die omgeven is door het fibreuze hartskelet, zijn ventriculaire sensing en pacing-drempel vaak suboptimaal, en 2/ laattijdig na implantatie kunnen ook geleidingsstoornissen optreden in het meer distaal gelegen geleidingsweefsel, waardoor ventriculaire capture verloren gaat, zelfs bij bewaarde His-capture. Daarom wordt bij een pacing-dependente patiënt (dit wil zeggen: zonder escape ritme) vaak een back-up lead geplaatst in de klassieke rechterventrikel positie. Als gevolg van deze moeilijkheden is His-bundel pacing, sinds de eerste ervaringen in 2000, anno 2023 nog steeds geen mainstream pacing-modaliteit.

**Linker bundeltak-area pacing** werd voor het eerst beschreven in China in 2019 en won razendsnel aan populariteit. De ventriculaire lead wordt zeer diep in het interventriculaire septum geschroefd, tot aan de linkerzijde zijde van het septum, waar de linker bundeltak zich bevindt (*Figuur 1D*). Omdat de lead meestal niet in de eigenlijke linker bundel, maar in de buurt hiervan terechtkomt, spreekt men van linker bundeltak-area pacing (LBBAP). Aangezien de lead omgeven is door myocardspierweefsel (zoals bij een klassieke rechter-ventrikel lead, maar dan septaal in plaats van apicaal), moet niet gevreesd worden voor verlies aan ventriculaire capture, zelfs bij eventueel verlies van selectieve linkerbundel capture. Er is dus géén nood aan een extra back-up lead. Het QRS is relatief smal, een beetje gelijkend op dat van een rechter bundeltak block, en de linkerventrikel contractie op echocardiografie is synchroon. Vergeleken met klassieke ventriculaire pacing, heeft LBBAP een betere outcome in observationale studies, maar gerandomizeerde studies zijn er nog niet. Procedure-gerelateerde complicaties zijn zeldzaam. Micro-perforatie van de lead door het septum komt soms voor tijdens de procedure, maar echte ventrikel septum defecten zijn uiterst zeldzaam. Het belangrijkste nadeel van LBBAP is het gebrek aan lange termijn data over de durability van de ventriculaire lead. Deze is dieper in het septum geschroefd dan bij een klassieke pacemaker, waardoor hij blootstaat aan meer mechanische stress. Bovendien is er nog geen ervaring met eventuele laattijdige lead-extractie, die noodzakelijk zou zijn ingeval van device-infectie. Indien lange termijn studies de hoopgevende eerste resultaten van LBBAP bevestigen, zal deze pacing modaliteit naar verwachting de eerste keuze worden voor de meeste patiënten met een hoge verwachte ventriculaire pacing-nood.

Verrassend genoeg is ook bij patiënten met een linker bundeltak block in vele gevallen het gepacete EKG tijdens LBBAP toch smal. LBBAP kan met andere woorden het natieve linker bundeltak block corrigeren! De verklaring voor dit fenomeen is dat het eigenlijke block bij een linker bundeltak block zich meestal niet ter hoogte van de linker bundel zelf bevindt, maar proximaler, in de His-bundel ter hoogte van de vezels die meer distaal de linker bundel zullen uitmaken. Denk aan “voorsorteer strook” op de rijbaan, waar 100 meter voor het rode licht beide rijstroken nog naast elkaar lopen, maar reeds beslist is welke wagens links en welke rechts zullen afslaan. Mogelijks zal LBBAP dus in de toekomst ook aangeboden kunnen worden als alternatief voor bi-ventriculaire pacing, bij patiënten met hartfalen met verminderde LVEF en linker bundeltakblock, maar voorlopig zijn er nog géén data die aantonen dat deze strategie gelijkwaardig is.

De 4 bovenbeschreven pacing modaliteiten kunnen ook gecombineerd worden met een high voltage (shock-) lead bij patiënten met een cardioverter-defibrillator (ICD) indicatie. Bij de klassieke ventriculaire pacemaker en bi-ventriculaire pacemaker vervangt deze shock-lead de rechter ventrikel lead. Bij een His-pacemaker vervult de shock-lead de functie van rechter ventrikel backup-lead en bij LBBAP wordt hij toegevoegd als tweede ventriculaire lead.

Anno 2023 is pacemaker implantatie dus geen one size fits all meer, maar een geïndividualiseerde keuze op basis van: pacing-indicatie, verwachte ventriculaire pacing-nood, pacemaker-dependentie, linker ventrikel functie en eventuele nood aan shock-lead. Als Kempens Hartcentrum, in samenwerking met Ziekenhuis Oost-Limburg, kunnen wij onze patiënten in ieder geval al deze modaliteiten aanbieden.



Dr. Jan Van Keer  
Cardiologie  
014 40 64 76

# Vlaams onderzoek borstkankerzorg: duiding resultaten AZ Turnhout

Uit een publicatie van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) in maart 2023 bleek dat het gemiddeld risico om na te borstkanker te overlijden, beduidend lager is bij patiënten die behandeld werden in een centrum met een erkenning voor borstkanker. Het risico is ook beduidend lager in centra die een hoog aantal (meer dan 125) patiënten behandelen per jaar. In opvolging van dit onderzoek publiceerde het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) op 30 augustus de cijfers voor Vlaanderen.

AZ Turnhout werkt al sinds de opstart van de meting van kwaliteitsindicatoren voor de behandeling van borstkanker mee aan dit project. “Als erkende coördinerende borstkliniek behoren we tot de 20 grootste borstklinieken in België. Jaarlijks behandelen we hier ongeveer 200 patiënten met borstkanker”, vertelt borstchirurg en coördinator Dirk Servaes. “We zijn ervan overtuigd dat het meten van indicatoren nodig is voor de continue verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het laat ons toe om onze werking te toetsen en verbetertrajecten op te zetten waar nodig.”

“Onze cijfers weerspiegelen waar we als borstkliniek voor staan: evidence-based, kwaliteitsvolle en empathische zorg met respect voor elke individuele patiënt en zijn naasten als evenwaardige partner. We volgen onze patiënten op met een multidisciplinair team van specialisten, verpleegkundigen, psychologen, kinesisten, diëtisten en administratieve medewerkers.”

## Kwaliteit van de zorg in AZ Turnhout

“Zoals uit onze cijfers blijkt, scoren we goed tot zeer goed op de meeste indicatoren die essentieel zijn in het traject van een borstkankerpatiënt: correcte diagnosestelling met weefseldiagnose bij alle patiënten, tijdige start van de behandeling, hoogstaande heelkundige behandeling door een team van vier gespecialiseerde borstchirurgen en

toepassing van moderne bestralingstechnieken. De patiënt kan voor al deze stappen terecht in AZ Turnhout: we bieden hen gespecialiseerde zorg, dichtbij huis.

Helaas stelt het rapport vast dat we in AZ Turnhout licht afwijken van het streefdoel bij de gecorrigeerde 5 jaar-overleving (niet significant) en bij de gecorrigeerde relatieve 5 jaaroverleving. Dit resultaat geeft aan dat de overlevingskans van patiënten die tussen 2014 en 2018 in behandeling waren in AZ Turnhout, vijf jaar na diagnose, iets lager lag ten opzichte van de resultaten van andere borstkankercentra.

Dit verschil kunnen we verklaren doordat er in die periode in de Kempen een opvallend grotere groep (14,8%) van triple negatieve borstcarcinomen (ER/PR/HER2 negatief) werd behandeld tegenover gemiddeld in België (8,6%). Jammer genoeg hebben patiënten met dit type borstkanker een slechtere prognose op vlak van genezing en overleving. In de studie werd geen rekening gehouden met deze en andere biologische eigenschappen van de tumor waaronder hormoongevoeligheid en HER2-receptorstatus.

Ook het aandeel jongere patiënten is in Turnhout hoger dan in de rest van België (22,1% in de Kempen ten opzicht van 19,7% in België). In deze groep treffen we vaker triple negatieve borstkanker aan.

Er is daarnaast gebleken dat de stadiumbepaling bij patiënten die pre-operatieve chemotherapie hebben ondergaan, in deze studie niet steeds correct gebeurde: een aantal patiënten werd toegewezen aan een tumorstadium dat lager was dan het feitelijke stadium vóór de chemotherapie. Deze preoperatieve, ook wel genoemd, neo-adjuvante chemotherapie, wordt nét bij de groep van triple negatieve tumoren bijna steeds toegepast.

Tenslotte gaven de onderzoekers nog de belangrijke opmerking mee dat bij de inschatting van de relatieve overleving geen rekening werd gehouden met de

oorzaak van sterfte: de borstkanker zelf, een andere kanker, hart- en vaatziekten, een ongeval, enzovoort.”

## Verbeterde registratie

AZ Turnhout kan zeker nog stappen vooruit zetten, bijvoorbeeld in de registratie van het stadium van de borstkanker bij diagnose. “We zien dat ongeveer 20% van onze patiënten in de periode van 2014 tot en met 2018 vóór behandeling onvoldoende volledig administratief geregistreerd was. Dit leidt zeker ook tot een vertekening in de overlevingscijfers die werden gepubliceerd: deze patiënten kunnen niet correct toegewezen worden aan een stadium. Voor deze patiënten kan dus ook niet voor het stadium gecorrigeerd worden in de statistieken. We hebben hier op ingezet in de jaren na 2018 en bereiken nu een resultaat van 96% volledige registratie in 2021, volgens de gegevens van het kankerregister.”

[www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be) - de kwaliteit van de zorg in Vlaanderen in kaart gebracht.

Meer info: Dr. Dirk Servaes - medisch diensthoofd Borstkliniek - 014 40 67 81  
[www.azturnhout.be/borstkliniek](http://www.azturnhout.be/borstkliniek)

## Make sense campagne zet hoofd-hals-kanker in de kijker

In het kader van de Europese “make sense campaign” van 18/09 tot 22/09 vond in AZ Turnhout op 21 september een proevertjesdag plaats voor hoofd-hals-kanker-patiënten en hun naasten. Hoofd- en halskanker is de vierde meest voorkomende kanker bij mannen en de negende meest voorkomende kanker bij vrouwen in België. In de Kempen worden jaarlijks ongeveer 100 patiënten hiermee gediagnosticeerd. Deze kankers betreffen de tumoren die ontstaan zijn in de pharynx en larynx. De “make sense campaign” is bedoeld om het bewustzijn over deze tumoren te vergroten zodat eerdere diagnose mogelijk wordt, om zo uiteindelijk de prognose voor deze patiënten te verbeteren.



De huisarts speelt bij preventie en vroegerherkenning van deze tumoren een essentiële rol. Dit betreft allereerst preventie, met aandacht voor tabak en alcoholgebruik, alsook de implementatie van HPV-vaccinatie. Verder is eerdere diagnose belangrijk: door een vroegere diagnostiek is de prognose beter en verkleint de impact die deze kanker heeft op de levenskwaliteit van patiënten en overlevenden.

### Sensibilisering voor de symptomen van hoofd-hals-kanker

Bij de “make sense campaign” wordt het publiek gewezen op de mogelijke symptomen van een hoofd-hals kanker. De patiënt wordt erop gewezen dat bij die symptomen een consult van de huisarts nodig is en dat de huisarts zo nodig zal doorverwijzen naar een specialist. Sensibilisering is nodig omdat volgens een pan-Europees onderzoek in 2020 (uitgevoerd onder de algemene bevolking in Duitsland, Italië, Polen, Portugal en Turkije), 38% van de respondenten verklaarde niet te weten wat hoofd- en hals-kanker was, terwijl 73% niet op de hoogte was van de symptomen van de ziekte. Als gevolg van dit gebrek aan kennis is het niet verrassend dat ongeveer 60% van de mensen met hoofd-hals-kanker bij diagnose lokaal gevorderde ziekte vertoont. Actieve informatie of bevraging naar mogelijke symptomen is daarom hard nodig.

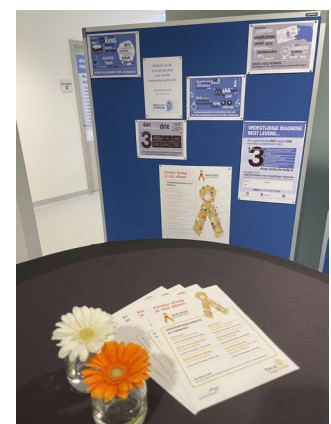
Pro memorie: de symptomen van hoofd-hals-kanker kunnen variëren en zijn afhankelijk van de locatie en het stadium van de tumor. Enkele veelvoorkomende symptomen zijn: een persisterend ulcus in de mond, een zwelling in de hals, heesheid of verandering van stem, dysfagie of odynofagie, epistaxis, aanhoudend oorpijn of gehoorverlies.

### Proevertjesdag in AZ Turnhout

Op 21/09 waren hoofd-hals-kankerpatiënten en hun naasten welkom op een proevertjesdag in ons ziekenhuis: een informele bijeenkomst tussen lotgenoten, gespecialiseerde firma's en zorgverleners. Tijdens deze dag werden door diëtisten specifieke bereidingen en recepten gedeeld, de firma Gastromeals bracht lepelbrood mee, de firma ATOS gaf uitleg over hulpmateriaal en de aanwezige zorgverleners gaven advies en verdere uitleg. Naast het doel om de awareness rondom de hoofd-hals-anker te vergroten, werd deze dag ook gebruikt om ons multidisciplinair traject in de kijker te stellen.

### Multidisciplinaire aanpak in AZ Turnhout

Sedert 15 jaar hebben we in AZ Turnhout een multidisciplinaire raadpleging waar nieuwe patiënten zich aanmelden maar waarbij ook de opvolging van deze patiënten multidisciplinair wordt georganiseerd. Wekelijks is er ook een Multidisciplinair Overleg (MOC) met de NKO artsen en hoofd-hals-oncologen in het UZ Leuven.



Bij de multidisciplinaire zorg zijn logopedisten en diëtisten actief betrokken. Het team is sedert dit jaar uitgebreid met een trajectbegeleider: Renske Goris. Door de impact van de ziekte op eten, drinken en spreken is een blijvende ondersteuning noodzakelijk. Dit betekent dat de zorg en opvolging ook verder loopt na het actieve behandeltraject.

# Colonoscopie in AZ Turnhout

## Voorafgaandelijke raadpleging bij de dienst Maag-, Darm- en Leverziekten voor 80-plussers

In vele ziekenhuizen is een raadpleging op de dienst Maag-, Darm- en Leverziekten vereist alvorens een colonoscopie gepland kan worden.

In AZ Turnhout vinden we dit in de meeste gevallen een overbodige raadpleging, omdat de indicatiestelling vanuit onze verwijzende huisartsen meestal zeer juist en goed verloopt.

Toch heeft onze dienst beslist om patiënten vanaf de leeftijd van 80 jaar eerst op raadpleging te zien voorafgaand aan een colonoscopie.

Hiervoor zijn verschillende redenen:

- Uit ervaring weten we dat de darmvoorbereiding bij oudere patiënten soms moeilijker verloopt. Aansluitend aan de raadpleging zal onze verpleging en secretariaat de darmvoorbereiding met patiënt(e) en familie gezamenlijk overlopen.
- De indicatiestelling voor colonoscopie bij oudere patiënten kan verschillen van de normale populatie.
- Tijdens de raadpleging kunnen wij zelf een inschatting maken van de onderliggende co-morbiditeit in relatie met de indicatiestelling en de haalbaarheid van colonoscopie.
- Samen met de patiënt zullen we de thuismedicatie nauwgezet overlopen: bloedverdunners worden tijdig gestopt, aangeven welke ochtendmedicatie wel mag ingenomen worden,...

Ook jongere patiënten waarbij de verwijzende arts vragen of twijfels heeft over de indicatiestelling of de praktische haalbaarheid voor colonoscopie, zijn altijd welkom op de raadpleging, zodat in overleg beslist kan worden tot het al dan niet inplannen van het onderzoek.

Een afspraak maken voor uw patiënt kan steeds via het secretariaat op 014 44 44 40 van maandag tem vrijdag tussen 8 en 17.30u.

Dienst Maag-, Darm- en Leverziekten

[www.azturnhout.be](http://www.azturnhout.be)

[www.maagdarmturnhout.be](http://www.maagdarmturnhout.be)

## WIST JE DAT...

- ... we van 18 tem 20 oktober 4 auditoren van Qualicor op bezoek hebben om de kwaliteit en veiligheid van de zorg in AZ Turnhout te controleren? We zijn vorig jaar ingestapt in een sequentieel audittraject waarbij elk jaar een deel van onze werking onder de loep wordt genomen. [Lees meer ...](#)
- ... we onze medewerkers en artsen na 3 jaar eindelijk nog eens hebben kunnen verwennen met een groot personeelsfeest op 15 september? Het enthousiasme was nooit zo groot met maar liefst 1000 feestvierders. \_
- ... op 19 oktober op de Dag Tegen Kanker al onze kankerpatiënten welkom zijn voor het bijwonen van een workshop of gezellige babbel met lotgenoten en zorgverleners? Meer info op [www.azturnhout.be/agenda](http://www.azturnhout.be/agenda). \_
- ... sinds 1 september de wetgeving inzake het niet-betalen van facturen is gewijzigd? Vanaf nu vragen we alle patiënten om daarom een extra formulier 'Algemene Voorwaarden' te ondertekenen. [Lees meer ...](#)
- ...op 2 oktober weer een 40-tal nieuwe ASO's starten in AZ Turnhout om een deel van hun opleiding te krijgen?
- ...onze website [www.azturnhout.be](http://www.azturnhout.be) deze zomer van het Vlaams Patiënten Platform (VPP) een evaluatie op patiëntgerichtheid van maar liefst 83,9% kreeg? We behoren daarbij tot de top 10 van de 42 ziekenhuiswebsites die werden beoordeeld door het VPP.

## Prostaatcarcinoom: screenen of niet ... en bij wie?

### VRAAG VAN DE HUISARTSENPRAKTIJK HAGRA



Prostaatcarcinoom is verreweg de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen. In België werden in 2020 bijna 10.000 mannen geconfronteerd met deze diagnose. Er werd in het verleden weleens gezegd dat je vooral mét prostaatcarcinoom sterft en niet áán, maar als je de cijfers goed bekijkt, komt er een heel ander beeld naar voren: uit cijfers van de American Cancer Society blijkt dat prostaatcarcinoom, na longkanker, de grootste oorzaak van kankersterfte bij mannen is. Dat betekent onder meer dat er jaarlijks meer mannen aan prostaatcarcinoom sterven dan aan colo-rectale kanker. De impact van prostaatcarcinoom is gigantisch. In Europa worden jaarlijks 450.000 mannen geconfronteerd met een nieuwe diagnose waarvan er elk jaar 107.000 aan de ziekte overlijden. De jaarlijkse kosten voor prostaatcarcinoomzorg wordt binnen de EU geschat op 9 miljard euro. Het overgrote deel (>95%) van deze kosten wordt gemaakt in de palliatieve setting. Vroeg opsporen zodat de ziekte genezen kan worden lijkt dan ook de boodschap.

#### PSA screening of niet ?

Nu is er in het verleden veel te doen geweest over PSA-screening. In 2012 werden de resultaten van de Amerikaanse Prostate, Lung, Colorectal en Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial

gepubliceerd. Binnen deze studie werden 76.000 mannen tussen 55-74 jaar verdeeld in twee groepen: een groep werd jaarlijks gescreend met PSA en er werden biopsies genomen bij een PSA >4ng/ml. De andere groep was de controle. Wat bleek? Na 13 jaar was er geen verschil in mortaliteit tussen beide groepen. En dus werd het advies: niet screenen met PSA. Sindsdien zien we helaas dat de prostaatcarcinoom mortaliteit stijgt. Inmiddels is ook duidelijk dat er heel wat op deze studie af te dingen valt. Zo had de helft van de mannen vóór randomisatie al een PSA bepaling gehad, kreeg tot 80% van de mannen in de controlegroep ook minstens 1 PSA bepaling tijdens de studie, en heeft slecht 35% van de mannen die in aanmerking kwam voor een biopsie deze ook daadwerkelijk gehad. Je zou dus kunnen zeggen dat met deze studie vooral georganiseerde met opportunistische screening vergeleken werd.

Enkele jaren geleden zijn de resultaten van de andere grote trial in dit verband gepubliceerd: de European Randomised Study of screening for Prostate Cancer (ERSPC). Hierin werden 182.000 mannen tussen 50-74 jaar, waarbij elke vier jaar een PSA bepaling werd gedaan, 20 jaar lang opgevolgd. Uit deze studie blijkt dat screening de prostaatcarcinoom mortaliteit na 13 jaar follow-up met 21% verlaagde; numbers needed to screen (NNS) = 781 om 27 prostaatcarcinoom te detecteren om 1 dode te voorkomen. Na 20 jaar follow-up bleek de

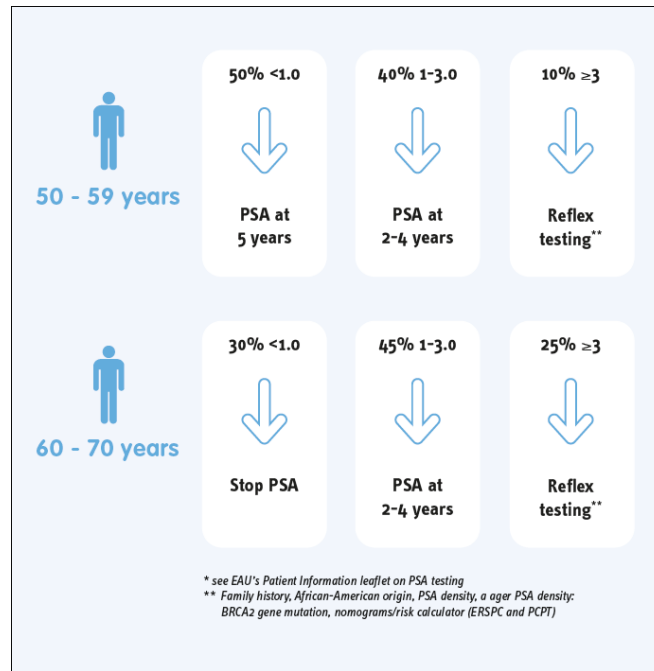
reductie in mortaliteit zelfs 52%: NNS 101 om 13 prostaatcarcinoom te detecteren om 1 dode te voorkomen. Let wel: dit zijn veel betere getallen dan voor borst- en colonca-screening waar inmiddels een Europees screeningsprogramma voor bestaat (NNS borstca = 111-235; colonca = 850).

Doordat nu duidelijk is dat door een simpele PSA-test de prostaatcarcinoom mortaliteit belangrijk kan worden gereduceerd, werd in 2021 door de European Association of Urology (EAU) een nieuw algoritme geïntroduceerd, welke in fig. 1 + 2 te vinden is. Door PSA slimmer te gebruiken kunnen we de overdiagnose en overbehandeling in belangrijke mate beperken. Zo moeten we enkel de mannen testen die er voordeel van hebben. Een verhoogde PSA betekent tegenwoordig niet meer automatisch dat er ook puncties worden genomen, onder andere door de implementatie van verdere risicof stratificatie en multiparametrische MRI. Er worden enkel puncties genomen bij intermediate en high-risk kans op prostaatcarcinoom. Laaggradige prostaatcarcinoom wordt niet meer behandeld, maar actief opgevolgd. De helft van de mannen in deze groep heeft nooit een behandeling nodig.

#### Welke mannen moeten er dan gescreend worden?

Het blijft belangrijk dat mannen eerst goed geïnformeerd worden over de betekenis en mogelijke gevolgen van een PSA-test. Bij vroegtijdige detectie is er een grotere kans op genezing met minder bijwerkingen. Maar er zijn ook de risico's van puncties, kans op overdiagnose en angst bij active surveillance. Patiënten kunnen worden verwezen naar de risicowijzer op [www.prostaatwijzer.nl](http://www.prostaatwijzer.nl) of naar de patiënteninfobrochure op [www.patients.uroweb.org](http://www.patients.uroweb.org). Fig.1 toont het stroomdiagram voor PSA testing. Een PSA-test wordt aangeraden bij mannen vanaf 50 jaar, tenzij er een familiale belasting is, of bij Afrikaanse ethniciteit. Dan wordt een test aanbevolen vanaf 45 jaar.





Bij mannen met een BRCA2-mutatie zou best vanaf 40 jaar al gestart worden met screening. De levensverwachting moet tegelijkertijd minstens 15 jaar zijn. Dit betekent over het algemeen dat er voor 70-plussers geen voordeel meer is met PSA-screening. Bij mannen tussen 50-59 jaar met een PSA <1 ng/ml (50%) kan er vijf jaar gewacht worden tot volgende PSA-test. Bij mannen tussen 60-70 jaar (30%) kan er bij een PSA <1 ng/ml zelfs helemaal gestopt worden met verdere PSA screening. Indien de PSA 3 ng/ml of hoger is (10-25%), wordt de patiënt best verwezen naar een uroloog. Bij een PSA tussen de 1 en 3 ng/ml kan er na 2-4 jaar opnieuw getest worden.

In fig.2 kunt u het stroomdiagram terugvinden met de verdere risicostratificatie bij een verhoogde PSA. Dit berust enerzijds op de PSA-densiteit (PSA gecorreleerd naar volume zoals met transrectale echografie door de uroloog kan worden bepaald) en anderzijds op de implementatie van de multi-parametrische MRI bij een gemiddeld en hoog risico op prostaatkanker. De waarde van de mpMRI is groot. Vooral de hooggradige letsels kunnen goed worden opgemerkt, zodat we hiermee

vooral de significante pca's vinden en overdiagnose van onbelangrijke pca's kunnen reduceren. Ook de negatief voorspellende waarde van de mpMRI is hoog. De komst van de mpMRI heeft geresulteerd in een vermindering van onnodige biopsieën met 28%. Tenslotte kan het belang van active surveillance niet genoeg benadrukt worden. Dit is veilig en zorgt voor een vermindering van de overbehandeling tot 25%, door mannen met een indolente prostaatkanker niet te behandelen. MRI-gestuurde actieve opvolging maakt een betere en non-invasieve opvolging mogelijk. Het is van het grootste belang dat zowel patiënt als huisarts goed begrijpen hoe dit werkt.

### Conclusie

Vroege detectie van prostaatkanker redt levens en de prostaatkanker-mortaliteit is vrij eenvoudig te verlagen door PSA te testen. **Een goed geïnformeerde en gezonde patiënt met een minimale levensverwachting van 15 jaar moet dan ook een PSA test worden aangeboden.** Dit wil zeggen dat we niet moeten doen aan massa-screening, maar enkel de mannen testen die er voordeel van kunnen hebben. De implementatie van de PSA-timetable, risicostratificatie, mpMRI en Active Surveillance zorgt ervoor dat er tegenwoordig veel minder overdiagnose en overbehandeling is.

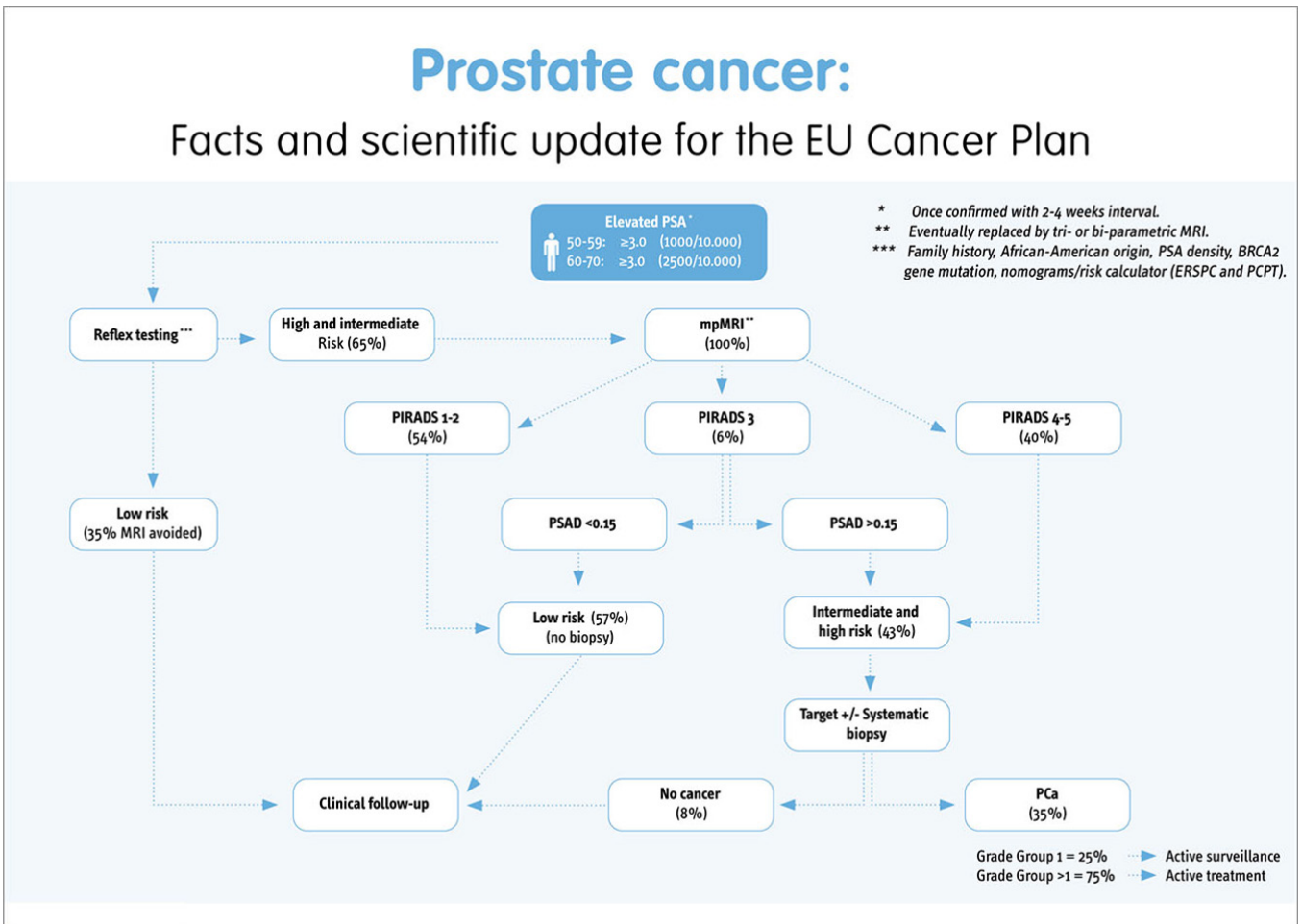
Tenslotte is het belangrijk dat als er behandeld moet worden, dat dit enkel in hoogvolume centra gebeurt. Met 150 robot-geassisteerde radicale prostatectomien (RARP) per jaar door het team van dr. Philip den Hollander en dr. Thomas Roza is uw patiënt binnen de associatie Urologie Kempen in veilige handen.

*(Referenties beschikbaar bij de redactie)*



# Prostate cancer:

## Facts and scientific update for the EU Cancer Plan



## Campagne over correct handschoenengebruik

Na de coronacrisis zien we meer handschoenen in de zorg. Ze geven sommige zorgmedewerkers een - helaas vaak vals - gevoel van veiligheid. Medewerkers maken vaak kleine foutjes bij het gebruik van handschoenen, waardoor dit net tot minder hygiëne leidt.

Het ZNK [HOST team](#) (Hospital Outbreak Support Team) schakelde de Kempense comedian Jeroen Verdick in. Hij toont in deze video waar het vaak fout gaat.

### Wees geen Stief, gebruik handschoenen niet foutief!

Klik op [deze link naar Youtube](#) om het filmpje te bekijken.



### Voor ziekenhuizen en woonzorgcentra

De video werd niet enkel gelanceerd in de Kempense ziekenhuizen. Het HOST team maakte deze ook voor woonzorgcentra en andere collectiviteiten in de zorgregio van Ziekenhuisnetwerk Kempen.

Dit ligt volledig in lijn met de opdrachtverklaring van HOST: namelijk professionele en laagdrempelige dienstverlening naar zorginstellingen in de regio.

### Tweede campagne na succesvolle escape room

De video is al de tweede campagne betreffende handhygiëne van het HOST team van Ziekenhuisnetwerk Kempen, dat na de COVID-19 pandemie werd opgericht.

Het team ontwierp eerder al een escape room, volledig in het teken van handhygiëne en schurft. Zorginstellingen uit de regio kunnen deze voor een periode van drie weken uitlenen. De escape room is een spel op maat voor alle medewerkers uit de zorg, van verpleegkundigen tot personeel dat instaat voor de gebouwen. Het initiatief bleek zeer succesvol te zijn en de escape room is al volgeboekt tot januari 2024.

## Integratie huisartsenwachtpost

AZ Turnhout en de huisartsenvereniging regio Turnhout (HVRT) zijn reeds lange tijd bezig met de onderhandelingen voor de verhuis van de huisartsenwachtpost naar het ziekenhuis. Door deze integratie willen partijen de kwaliteit, continuïteit en efficiëntie van het zorgaanbod verbeteren en afstemmen op de vraag en behoefte van de patiënt. Vóór de zomer werden de ontwerpovereenkomsten afgewerkt en binnenkort zal ook de intentieverklaring worden ondertekend.

Om deze samenwerking op een gestructureerde, vlotte en efficiënte manier te laten verlopen, zijn we volop bezig met het opmaken van gemeenschappelijk triageprotocol. Er staan dit jaar nog verschillende overlegmomenten gepland waarop de huisartsen samen met de spoedartsen en artsen van acute opvang thema per thema bespreken hoe het 1733 triageprotocol kan vertaald worden naar de inlopende patiënt op onze dienst spoedgevallen. Tegen het einde van dit jaar zullen alle thema's besproken zijn. Na de verhuis en zodra de samenwerking gestart is, zal de werkgroep van huisartsen en spoedartsen het protocol op verschillende momenten evalueren en aanpassen indien dit nodig blijkt. De effectieve verhuis van de huisartsenwachtpost naar ons ziekenhuis staat vervolgens gepland eind april 2024.



## KOMEN IN AZ TURNHOUT

AZ Turnhout verwelkomt nieuwe artsen in verschillende medische disciplines. We wensen hen veel succes in AZ Turnhout.



Dr. Anke Van Herck  
Pneumologie



Dr. Saartje Van de Vondel  
Hematologie  
van 1/8 tot 30/9



Dr. Wouter Leemans  
Neurologie  
Neurorevalidatie



Dr. Sofia Castro  
Algemene en abdominale  
heelkunde  
Obesitascentrum Vivé

## OOK GESTART IN AZT

- Dr. Elisabeth Gréant - toegelaten arts NKO
- Dr. Nabila Belkaid - resident locoregionale anesthesie

## GAAN

Artsen die de voorbije maanden of binnenkort ons ziekenhuis verlaten en die we oprecht willen bedanken voor de jarenlange inzet en patiëntenzorg in ons ziekenhuis.

- Dr. Eric Bosman - Algemene en abdominale heelkunde - gaat op 1/11 op pensioen
- Dr. Ruben Van den Brande - neurologie
- Dr. Eric De Smet - neurorevalidatie
- Dr. Matthias Boogaerts - ASO gynaecologie/ verloskunde
- Dr. Stephanie Roelands - resident anesthesie
- Dr. Loore Cavens - resident anesthesie

Een volledig overzicht van onze specialisten per medische discipline vindt u op de website.

## NIEUWE HUISARTSEN REGIO TURNHOUT



Hallo,

Ik ben Lore Bekaert en start in november 2023 als huisarts in Hoogstraten.

Ik ben afkomstig van Hoogstraten en volgde de opleiding tot huisarts aan de KULeuven waar ik in 2020 het diploma tot basisarts behaalde en dit jaar afstudeerde in de Master Huisartsgeneeskunde.

Mijn HAIO-opleiding deed ik in groepspraktijk Huisartsen.A te Ekeren, de afdeling neurologie en spoed in het AZ Rivierenland te Rumst en tenslotte in groepspraktijk Kauwendaal in Mechelen.

Ik ben heel blij om nu terug te kunnen keren naar mijn roots.

Met heel veel goesting begin ik aan dit nieuwe hoofdstuk als jonge huisarts!

Groeten,

Lore



Ik ben Carolien De Maeyer, sinds 2018 afgestudeerd als huisarts aan de KULeuven. Ik ben oorspronkelijk van Mechelen en heb altijd daar gewerkt in een groepspraktijk tot ik in 2020 de liefde gevolgd ben naar Turnhout. Na 3 jaar pendelen, heb ik lang genoeg in de file gestaan en heb ik besloten om dichterbij huis aan de slag te gaan. Vanaf 1/7 start ik met een vervanging bij Medicoteam in Oud-Turnhout om dan vanaf half oktober solo een eigen praktijk aan huis te starten. Naast huisarts heb ik ook een diploma duikgeneeskunde en doe ik dus ook duikscreenings en opvolging van duikongevallen.

Ik kijk enorm uit naar mijn nieuwe start in de buurt (en later thuis) en voel me alvast zeer welkom geheten door de collega's uit de regio!

## AGENDA

- **28/09/23: Nocturne 'Revalideren op SP Loco'. Gratis infosessie voor een breed publiek.**

De dienst SP locomotorische revalidatie, of kortweg SP Loco, van AZ Turnhout is een hospitalisatieafdeling waar je als patiënt terecht kunt om te revalideren na onder andere een knie- of heupoperatie, een amputatie, een ongeval of uitgebreide brandwonden. Tijdens de nocturne leggen we vanuit verschillende invalshoeken uit hoe wij samen met de patiënt werken aan een herstelplan. [Alle info en inschrijvingen op https://www.azturnhout.be/agenda](https://www.azturnhout.be/agenda)

- **12/10/23: Symposium 'Allemaal beestjes'. Online infosessie.**

Bijscholing georganiseerd door het HOST team van ZNK over de meest courante aandoeningen veroorzaakt door kleine insecten (scabiës, bedwantsen ...). Dit zowel voor diagnostiek, behandeling als infectiepreventie. Mogelijkheid tot inschrijven op [www.azturnhout.be/agenda](http://www.azturnhout.be/agenda).

- **19/10/23: Dag Tegen Kanker.**

Naar jaarlijkse gewoonte organiseren we tal van verwenactiviteiten voor onze kankerpatiënten. Darbara Dex komt langs om hen een hart onder de riem te steken. Kankerpatiënten die graag deelnemen aan één van de activiteiten kunnen terecht op onze website:

<https://www.azturnhout.be/agenda>

- **21/10/23 : Symposium Oncologie Kempen**

Collega's - specialisten van verschillende disciplines zullen een update geven over het diagnostisch en therapeutisch traject in 2023. Zo zal er in de eerste sessie een waarheidsgetrouw Multidisciplinair Oncologisch Consult georganiseerd worden, met speciale aandacht voor onder meer radiotherapie, immuuntherapie, Mohs micrografische chirurgie alsook staging en behandeling van melanomen door de chirurg. In de namiddag komen AI en preventie aan bod. Meer info op [www.azturnhout.be/agenda](http://www.azturnhout.be/agenda).

- **23/11/23: Symposium Invasieve schimmelinfecties**

Het HOST-team nodigt u, samen met de firma Pfizer, uit op een symposium over invasieve schimmelinfecties. De avond richt zich op specialisten en huisartsen. Het programma en inschrijvingsmogelijkheden vindt u op [www.azturnhout.be/agenda](http://www.azturnhout.be/agenda).

- **30/11/23: Nocturne 'In de bres tegen stress'. Gratis infosessie voor een breed publiek.**

Stress is niet meer weg te denken in onze maatschappij. Onze psychologen leggen op de infosessie uit hoe je je weerbaarder kan maken tegen stress. Je komt meer te weten over hoe stress tot uiting komt, wat de functie ervan is en hoe een teveel aan stress impact kan hebben op je dagelijks leven. Alle info en inschrijvingen op <https://www.azturnhout.be/agenda>

- **30/11/23: Symposium Heelkunde**

Interactieve sessies over een aantal topics binnen de heelkunde bij een drankje, gevolgd door een walking dinner. Daarnaast nemen we samen met jullie afscheid van Eric Bosmans, die met pensioen gaat en verwelkomen we onze nieuwe collega Sofia Castro. Meer info op [www.azturnhout.be/agenda](http://www.azturnhout.be/agenda).

## COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

*Dr. Goedele Beckers (vertegenwoordiger Paramarsa bv), medisch directeur AZ Turnhout vzw, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout*

Redactie

*dr. Jan Van Keer, dr. Thomas Roza, dr. Wim Schippers, dr. Dirk Servaes, dr. Griet Gevers, dr. Michel Martens, Emilie de Bruyn, Lies Delvaux, Melissa Paulussen*

Uitschrijven voor deze nieuwsbrief? Suggesties voor onderwerpen? Mail naar [communicatie@azturnhout.be](mailto:communicatie@azturnhout.be)

Volg ons op



[www.facebook.com/azturnhout](http://www.facebook.com/azturnhout)

[www.linkedin.com/company/az-turnhout](http://www.linkedin.com/company/az-turnhout)