



**Jan Palfijn**  
ALGEMEEN ZIEKENHUIS  
GENT  
AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING

winter 2011-12

medisch informatiemagazine  
periodieke uitgave - nr. 13

informatiemagazine

# Palfijn.nieuws



- p. 4 > Urinaire incontinentie en prolaps
- p. 8 > Pijnbestrijding: alle technieken onder één dak
- p. 10 > Revalidatieprogramma voor oncologische patiënten

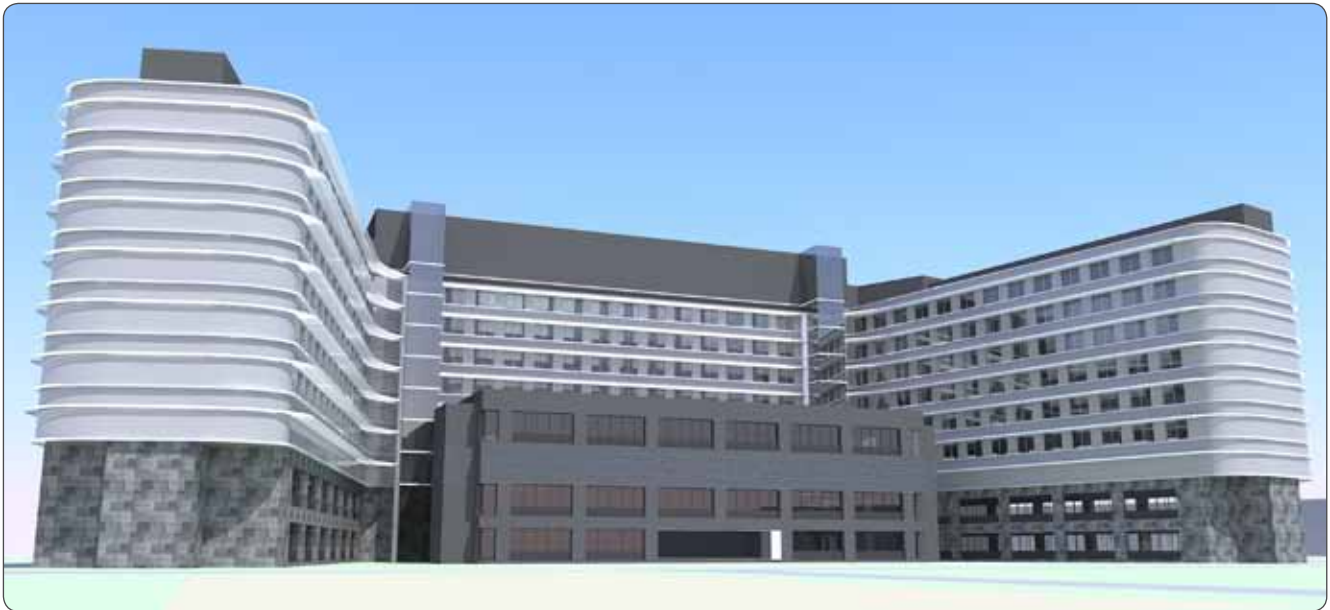
## Toekomstig infrastructuurplan mikt op laagdrempelige kwaliteitszorg.



**2012** wordt voor het AZ Jan Palfijn Gent AV een scharniermoment. Het grootschalige infrastructuurplan wordt volgend jaar uitgerold waarbij het bestaande gebouw op

de site Watersportbaan volledig wordt gemoderniseerd. In deze editie willen we alvast de grote krijtlijnen van het plan aanstippen en meteen ook antwoord bieden op enkele mogelijke vragen of ongerustheden.

► blz. 2



## Site Watersportbaan

De infrastructuurwerken concentreren zich volledig op de site Watersportbaan. Het gebouw aan de Henri Dunantlaan dateert van begin jaren tachtig. Sindsdien investeerde het ziekenhuis in de renovatie van diverse verpleegafdelingen en diensten en werden ook meerdere moderniserings- en uitbreidingsopera-

ties uitgevoerd. Voor 2012 werd nu een alomvattend en grootschalig renovatieplan opgesteld. Het einddoel is een performant ziekenhuis dat een kwalitatief hoogstaande zorgverlening aanbiedt en dit nog steeds op een laagdrempelige manier.

De nodige bouwvergunningen zijn intussen bekomen waardoor we onze infrastructuurplannen kun-

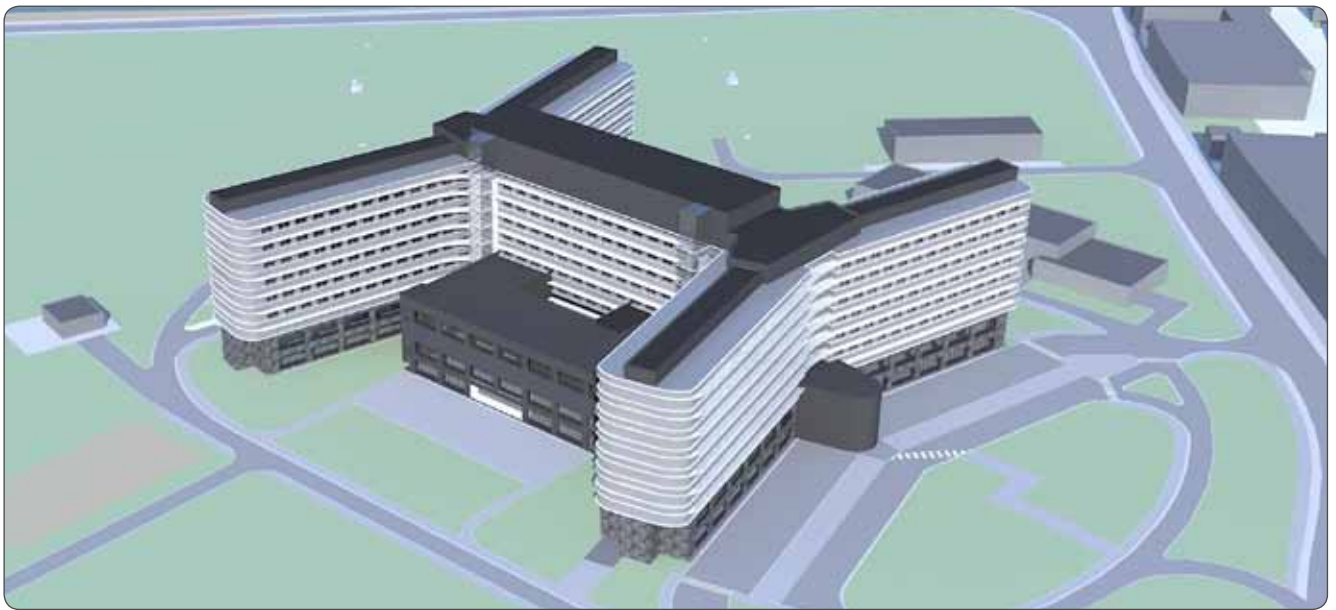


## VOORWOORD

*Het Jan Palfijnziekenhuis staat voor een periode van ingrijpende verbouwingen. De site aan de Watersportbaan/Henri Dunantlaan bestaat volgend jaar 30 jaar en is aan vernieuwing toe. Deze werken moeten Jan Palfijn een hedendaagse infrastructuur geven, die ons ziekenhuis ten volle moet toelaten om zich nog beter te profileren op het vlak van algemene verzorging en van specifieke zorgprogramma's, zonder aan onze sociale opdracht te verzaken. Want Jan Palfijn moet natuurlijk het ziekenhuis blijven waar elke Gentenaar zorg op mensenmaat mag verwachten.*

*Vanzelfsprekend zal de periode van de verbouwingen voor ons een moeilijke overgangsfase betekenen, waar medische zorg en bouwwerken een tijdlang naast elkaar zullen moeten leven. We doen ons uiterste best om de hinder voor onze patiënten zo klein mogelijk te maken, maar zullen ook de huisartsen zo goed mogelijk proberen te informeren over wat er allemaal wijzigt. Hierover kan u al meer informatie vinden in dit nummer van Palfijn.nieuws.*

*Geert Versnick  
voorzitter*



nen starten in de loop van 2012. De werken zullen meerdere jaren in beslag nemen.

### **Opsplitsing in fasen beperkt hinder voor patiënten, bezoekers en huisartsen**

Een van de grote aandachtspunten is het beperken van de hinder voor onze patiënten. Dankzij een opdeling van de werken in verschillende fasen zal deze hinder tot een minimum herleid worden. Binnen elke fase wordt telkens een deel van het ziekenhuis volledig gemoderniseerd. Diensten die in een deel zitten dat verbouwd wordt, zullen tijdelijk verhuizen binnen het gebouw zelf, overgebracht worden naar de site Fabiolalaan of gehuisvest worden in zogeheten 'modulaire eenheden'. Zowel patiënten, bezoekers, huisartsen als andere betrokkenen zullen steeds op voorhand geïnformeerd worden over deze verhuisbewegingen. De verhuis van verpleegafdelingen zal geen gevolgen hebben voor doorverwijzers van patiënten.

### **Modulaire eenheden?**

Enkele maanden voor de aanvang van de infrastructuurwerken, zullen op de site Watersportbaan 'modu-

laire eenheden' gebouwd worden. Dit zijn tijdelijke bouweenheden die volledig worden ingericht met alle nodige voorzieningen voor geneeskundige zorgen. Verpleegeenheden die verhuizen naar deze modules zullen dezelfde kwalitatieve zorgverlening kunnen bieden als hun collega's in het hoofdgebouw.

### **Algemene contactgegevens ziekenhuis en telefoonnummers interne artsen wijzigen niet.**

Het ziekenhuis blijft tijdens de werkzaamheden bereikbaar via de bestaande algemene telefoonnummers. Ook onze artsen en het callcenter behouden hun rechtstreeks telefoonnummer.

### **Informereren van onze patiënten, bezoekers en huisartsen**

Het ziekenhuis waakt erover dat patiënten, bezoekers, huisartsen en andere betrokkenen tijdig en uitvoerig geïnformeerd zullen worden. In deze nieuwsbrief worden de werkzaamheden op de voet gevolgd. Op onze website komt een speciale rubriek rond het infrastructuurplan en in het ziekenhuis wordt een permanente informatiestand opgericht. Daarnaast zullen ook speciale infobrochures opgesteld worden.

# Urinaire incontinentie en prolaps: vaak is er een oplossing!

**H**et bekkenbodemteam van het AZ Jan Palfijn Gent AV is operationeel sinds 2008. Het team biedt vandaag de dag een oplossing voor de meeste urinaire incontinentie en prolapsproblemen. Alles begint echter bij de erkenning van het probleem door de patiënt en dat blijkt niet altijd even evident.

## Een multidisciplinaire aanpak voor een al te vaak onderschat probleem.

Urinaire incontinentie blijft een vaak onderschat probleem. Toch komt ernstige incontinentie voor bij zes tot 10 procent van de bevolking. Bij de aanpak van ongewild urineverlies is een multidisciplinaire aanpak vanuit de uroloog, de gynaecoloog, de kinesist en de incontinentie-verpleegkundige nodig.

Bij de oppuntstelling van urineverlies is een goede anamnese en uitgebreid klinisch onderzoek van de bekkenbodem noodzakelijk. Het Gentse Jan Palfijn-ziekenhuis beschikt hierbij over de nieuwste apparatuur om incontinentie te evalueren en te diagnosticeren. Zowel eenvoudige onderzoeken (uroflow/uroflow-EMG) als meer complexe (een gestandaardiseerd urodynamisch onderzoek/urethra drukprofiel) zijn mogelijk.

## Vier types urinaire incontinentie

We onderscheiden vier types urinaire incontinentie. Elk type vereist een andere aanpak of een gecombineerde aanpak:

1. stressincontinentie
2. urge-incontinentie
3. urineverlies door neurogeen blaaslijden
4. gemengd type incontinentie

In het geval van **stressincontinentie** zien we twee oorzaken: een hypermobile urethra en een intrinsiek sfinkterprobleem. Bij een intrinsiek sfinkterprobleem zien we op urodynamisch onderzoek urinelekkage bij lage abdominale drukstijging (leakpointpressure bij opgebouwde valsalva). Bij een drukverhoging in de blaas - bijvoorbeeld tengevolge van hoesten, niezen of tillen - zal de abdominale druk de druk van de sluitspier overstijgen en zal er ongewild urineverlies optreden.

De chirurgische aanpak van deze problematiek is de jongste jaren in een stroomversnelling geraakt. De Burchcolposuspensie door middel van laparotomie was tot 1995 de gouden standaard in de behandeling van stressincontinentie. Sedert de komst van de transvaginale tape (TVT, polypropylene mesh), het concept dat door Ulmsten en Petros ontwikkeld werd, is de behandeling van stressincontinentie vereenvoudigd. Momenteel is de TransVaginale Tape ontwikkeld door Ulmsten, de gouden standaard. We gebruiken vandaag de dag TOT of de transobturator tape, deze techniek is geïntroduceerd door de Franse school. Deze biedt via de passage van de naald doorheen het foramen obturatorium het voordeel minder kans te hebben op blaaslesies dan bij de TVT techniek.





Bij **urge incontinentie** kan de blaas plots onwillekeurig samentrekken. Dit leidt tot een drukverhoging in de blaas die kan gemeten worden via urodynamica. Deze drukverhoging in de blaas wordt ervaren als een plotse drang om te plassen. Hiervoor kan na objectivering een medicamenteuze behandeling, bij voorkeur in combinatie met gedragstherapie (drinkadvies en blaascapaciteitstraining) en bekkenbodembreëducatie, gestart worden.

Bij **neurogeen blaaslijden** (dwarslesie, Multiple Sclerose, hersenbloedingen) is urodynamica heel belangrijk. In deze gevallen kan de blaas onwillekeurig samentrekken en zeer hoge druk opbouwen. De coördinatie tussen blaas en sluitspier is vaak gestoord. Op die manier kan soms urine terugvloeien van de blaas naar de nieren. Dit leidt tot progressieve vermindering van de nierfunctie en tot infecties.

Met medicatie (anti-cholinergica) moet de blaasdruk tijdens de vulfase laag gehouden worden. De plasfunctie dient vaak overgenomen te worden door

intermittente sondage. Intermittente zelfsondage is éénvoudig aan te leren en wordt in dagopname door de incontinentieverpleegkundige aangeleerd.

Urinaire incontinentie bij de geriatrische populatie vergt dan weer een meer conservatieve en attitudegerichte aanpak, waarbij we tevens beroep kunnen doen op arbeidsintensieve inspanningen van de geriatrische verpleegkundigen.

### **Kinderen met gelijkaardige problematieken**

Tot slot beperkt urinaire incontinentie/bekkenbodempromblematiek zich niet tot de volwassen mannelijke en vrouwelijke populatie. Ook kinderen met incontinentieproblemen tijdens dag en/of nachtelijk bedwatern kunnen bij het bekkenbodemteam terecht voor evaluatie, uitwerking en behandeling.



**Meer informatie bij onze polikliniek Urologie**  
09 265 13 67

# Pas bevallen en snel naar mijn huis(arts)!

**D**it najaar organiseerde het ziekenhuis reeds zijn vierde symposium van 2011. Onder de titel 'Pas bevallen en snel naar mijn huisarts!' werd de belangrijke rol van de huisarts bij poliklinisch bevallen behandeld. Zowel vanuit het perspectief van de kinderarts als de gynaecoloog werd een praktische leidraad meegegeven. Wegens de grote interesse voor dit onderwerp, schetsen we hieronder graag nog even de opzet van deze voordracht. Geïnteresseerden kunnen bij de Communicatiedienst een digitaal exemplaar van de presentatie verkrijgen.

## De normale pasgeborene: problematiek van de eerste week

Steeds meer jonge moeders wensen hun verblijf in de materniteit zo kort mogelijk te houden. Om dit op een verantwoorde manier te kunnen doen is een minimumverblijf van 24 uur absoluut noodzakelijk. Zware bilirubineproblemen, ernstige ductusdependente hartgebreken en sepsis zijn hier de te vrezen complicaties. In sommige gevallen is een minimumverblijf van 48 uur nodig. We denken hierbij aan niet-gekende status van of onvolledig behandelde streptococci B-besmetting bij de moeder, auto-immuun thyroïdie lijden of iso-immunisatie met positieve Coombs-reactie. Bij druggebruik is een nog langer verblijf absoluut noodzakelijk.

Korter verblijf legt meer verantwoordelijkheid bij de huisarts. Er werd tijdens het symposium grondig ingegaan op het omgaan met problemen als koorts, icterus, begeleiding van borst- en flesvoeding en andere problemen die zich in de eerste levensweek kunnen voordoen.

## Het cardiologisch onderzoek en problemen in de eerste levensweek

In dit onderdeel werd stilgestaan bij de belangrijkste klinische tekenen van mogelijke hartafwijkingen bij neonaten. Tal van video- en audiofragmenten illus-



treerden onder meer cyanose, hartauscultatie en palpatie van de arteria femoralis. Verder werden de belangrijkste hartafwijkingen die zich presenteren in de eerste levensweken (de ductus dependente afwijkingen) onder de loep genomen.

## Het afsluitend klinisch onderzoek bij de boorling en het opvolgen van de pasbevallen moeder

Een bespreking van de hieprijk bij de boorling en een uitvoerige uitleg rond de mogelijke problemen bij de pasbevallen moeder, waaronder het borstabces, slo-ten de avond af.

## LOK-vergaderingen

Omdat wij overtuigd zijn van het voordeel van een kort ziekenhuisverblijf na een bevalling én van de belangrijke taak van de huisarts hierin, zouden wij graag deze duidelijke door de aanwezigen geapprecieerde voordracht aanbieden voor LOK-vergaderingen. Hiervoor kan u contact opnemen met de Communicatiedienst.

Wachtdienst pediatrie: 09 265 14 40

Verloskwartier: 09 224 83 36

Materniteit: 09 224 83 14

Communicatiedienst: 09 224 70 15

# Allergiekliniek: focus op complexe allergieën.

**A**llergieën vormen een belangrijk en toenemend medisch probleem. Vandaag vertoont ongeveer 1 op 4 mensen in onze streek een allergie. De best gekende allergieën zijn hooikoorts (pollenallergie), allergie voor huisstofmijt en allergie voor katten en honden. De laatste jaren is echter in toenemende mate gebleken dat ook andere minder goedgekende allergieën, zoals een allergie voor voedsel, geneesmiddelen, gif van wespen en bijen steeds belangrijker worden. Een adequate opvolging van patiënten die te lijden hebben onder deze allergieën is vaak wenselijker dan doorgaans wordt aangenomen.

Bij de categorie van deze 'minder goedgekende allergieën' betreft het allergieën waarvan de symptomen sterk wisselend zijn en variëren van eerder milde reacties met jeuk en huiduitslag tot levensbedreigende reacties met bloedverdunning, bewustzijnsverlies en eventueel zelfs overlijden tot gevolg. Het is evident dat een juiste diagnose met correcte informatie betreffende preventie en behandeling hier onontbeerlijk zijn!



## Stellen van een diagnose

Voor de klassieke allergieën zoals hooikoorts, allergie voor huisstofmijt en allergie voor katten en honden kan de diagnose meestal eenvoudig gesteld worden via een bloedafname en huidpriktesten. Voor de andere allergieën is de juiste diagnosestelling echter niet altijd zo eenvoudig en vergt deze een grondige kennis en correcte interpretatie van de bestaande diagnostische tests. Om aan deze nood tegemoet te komen richtte het Jan Palfijnziekenhuis een Allergie-

kliniek op, onder leiding van prof. dr. Didier Ebo.

## Allergiekliniek Jan Palfijn

Binnen de Allergiekliniek wordt bijzondere aandacht besteed aan diagnose en behandeling van meer complexe allergieën voor voeding, geneesmiddelen, latex en gif van wespen, bijen en hommels. Door een nauwe samenwerking met het Laboratorium Immunologie/Allergologie van de Universiteit Antwerpen worden daarbij specifieke diagnostische mogelijkheden geboden die bijvoorbeeld toelaten individuele voorspellingen te doen betreffende ernst en evolutie van een allergie. Zo kon bijvoorbeeld aangetoond worden dat kinderen met een hazelnootallergie doorgaans veel ernstiger symptomen vertonen dan volwassenen met een hazelnootallergie en dat der-

gelijke kinderen dan ook gebaat zijn bij specifieke maatregelen die voor volwassenen minder essentieel zijn. Anderzijds worden binnen de Allergiekliniek ook specifieke diagnostische tests aangeboden die niet overal direct voorhanden zijn of waaromtrent de nodige

ervaring elders ontbreekt. Zo wordt ondermeer de mogelijkheid geboden tot de diagnosestelling van allergie voor geneesmiddelen.

Tenslotte biedt de Allergiekliniek ook specifieke behandelingen aan. Naast de klassieke geneesmiddelen die bedoeld zijn om de symptomen van een allergie te bestrijden, worden er ook behandelingen opgestart die tot doel hebben een allergie te onderdrukken of eventueel te genezen.

*Prof. dr. Didier EBO is titularis van de leerstoel Immunologie & Allergologie Universiteit Antwerpen en doceert aan de faculteiten Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen.*

# Pijnkliniek Jan Palfijn: alle technieken voor pijnbestrijding onder één dak.

**D**e pijnkliniek van Jan Palfijn viert zijn eerste verjaardag. In die korte periode werd de afdeling uitgebouwd tot een volwaardig behandelcentrum waar alle technieken voor een adequate pijnbestrijding voor handen zijn. Naast de klassieke infiltraties, worden zo ook radiofrequente technieken aangeboden én implantaties van pijnpompen en neurostimulatoren. Recentelijk werd ook een pomp geïmplan-teerd voor intrathecale toediening van baclofen, een middel ter versoepeling van een spasticiteit. Het zwaartepunt van de Pijnkliniek ligt bij pijn van spinale oorsprong. Net als in andere pijnklinieken maakt dit immers het grootste deel van de procedures uit. Intussen worden binnen het ziekenhuis initiatieven genomen om interdisciplinaire samenwerking te creëren, samen met psychologen, psychiaters, apothekers, kinesitherapeuten en andere collega's.

## Praktische Regeling

De kliniek is een samenwerking tussen anesthesist dr. Sven Picavet en neurochirurg dr. Geert Michiel-sen. Deze laatste voert de nieuw aangeboden tech-nieken uit en verzorgt de consultaties van patiënten. Collega Picavet staat in voor de infiltraties en doet geen consultaties.

In principe gebeuren alle behandelingen ambulante, behalve wortelinfiltraties en PRF-zenuwbehandeling-en (gepuleerde radiofrequente zenuwbehandeling-en). Behandelingen gebeuren na interne doorverwij-zingen of na een externe afspraak via ons callcenter. Zeker indien een opname noodzakelijk is, wordt de patiënt best eerst op raadpleging gezien.

Voor epidurale infiltraties en voor zenuwwortel-behandelingen, moet de patiënt een *informed con-sent formulier* tekenen. In dit document worden de behandeling zelf en de mogelijke bijwerkingen uit-gelegd. Ook de richtlijnen in verband met bloed-verdunners worden vermeld. Op deze manier is de patiënt beter geïnformeerd, en kan die de behande-ling geruster ondergaan.





## (Rug)pijn: een (complex) zoekplaatje

Pijn is een complex gegeven, maar rugpijn is nog extra gecompliceerd omdat het vinden van de juiste oorzaak en van de juiste behandeling een zoekplaatje kan zijn. Er wordt veel gesproken over *aspecifieke* rugpijn, maar eigenlijk bedoelt men hiermee vaak dat men de precieze oorzaak niet vindt. Er kan een samenloop zijn van verschillende pijnorzaken, maar vaak is toch een afwijking te weerhouden na anamnese, klinisch en technisch onderzoek. Er hoeft niet steeds een radiologische afwijking te zijn.

## Behandeling van pijn

Interventionele pijntherapie heeft een diagnostische waarde: indien een lokale therapie niet helpt, kan men zich de vraag stellen of de oorzaak van de pijn wel daar zit. Pijn is een dynamisch gegeven. Interventionele pijntechnieken passen in de loop van het behandelproces.

Epidurale infiltraties zorgen niet zozeer voor ontzwellen van een hernia, maar wel voor anti-inflammatie van een zenuw die gekneld of geprikkeld wordt. Een hernia kan spontaan krimpen, mits een wachperiode van enkele maanden. Om die wachttijd draaglijk te maken, kan de ingespoten cortisone helpen. Patiënten zijn vaak bang van de cortisone-effecten, maar deze zijn voornamelijk beperkt tot eventuele tijdelijke vochtretentie, bloeddrukstijging en warmteopwellingen. Dit kan geen reden zijn om af te zien van een infiltratie. Bij diabetici moet men wel rekening houden met een tijdelijke ontregeling van de glycemie.

Afgelopen jaar werd een generator voor radiofrequente stroom aangekocht. Deze stroom kan men ofwel continu geven, ofwel gepulseerd. Bij het eerste bekomt men een ablatie, bij het tweede een neuromodulatie. De ablatie vindt vooral toepassing in de facetdenervatie, waarbij een zenuwtakje rond het

facetgewricht wordt opgewarmd tot 80 °C en hierdoor wordt uitgeschakeld. Eigenlijk wordt de elektrodetip niet opgewarmd, maar het aangelegde elektrische veld zorgt voor opwarming van het weefsel erom, dat op zijn beurt de tip weer opwarmt. Er kan zo een continue temperatuur-monitoring plaatsvinden. Het definitieve effect van denervatie treedt maar na enkele weken op, omdat het gecoaguleerde weefsel een littekenproces doormaakt. Het effect van denervatie zal langer duren dan van infiltratie. Belangrijk te weten: facetdenervatie wordt maar terugbetaald indien er een positieve proefblock werd gegeven in de laatste drie maanden.

Gepulseerde radiofrequentie (PRF) is een meer recente techniek. Hierbij wordt de RF energie slechts in stoten gegeven, waardoor het weefsel gedurende enkele milliseconden de kans krijgt om af te koelen. Hierbij zal de temperatuur maximaal oplopen tot 42° C en treedt er geen destructie op. Daarom past men dit toe op de zenuwwortels zelf. Het precieze mechanisme van pijnreductie is niet gekend, maar vermoedelijk wordt ter hoogte van de zenuwsynaps de vrijstelling van neurotransmitters beïnvloed.

## Naconsultatie bij de (huis)arts

Twee à vier weken na een pijnbehandeling, worden patiënten best opnieuw gezien. Dit is vooral na infiltratie belangrijk. De vraag is dan: helpt het of niet? Zo ja: blijft het effect behouden of treedt er terug een verslechtering op? In dat geval kan een nieuwe infiltratie overwogen worden, want na een tweede of derde behandeling kan het effect beter en langduriger zijn. In de praktijk zal men niet meer dan drie keer per jaar een infiltratie aanraden, hoewel er terugbetaling kan zijn voor zes behandelingen op een jaar.



**Pijnkliniek AZ Jan Palfijn Gent AV**  
**Afspraken: 09 224 71 11**  
**dr. Geert Michiels: 09 265 12 72**  
**dr. Sven Picavet (enkel infiltraties)**

# Revalidatieprogramma voor oncologische patiënten opnieuw van start.



**K**ankerpatiënten hebben na het beëindigen van hun behandeling vaak klachten zoals vermoeidheid, concentratiestoornissen, slechte conditie, sociaal isolement en angst op herval. Met het programma voor Oncologische revalidatie biedt ons ziekenhuis deze patiënten zowel fysieke als mentale ondersteuning.

Uit onderzoek blijkt dat de symptomen ten gevolge van kankerbehandeling minder uitgesproken zijn na het doorlopen van een revalidatieprogramma. Desondanks is het volgen hiervan voor de patiënt vaak een erg grote stap. Aanmoediging door de huisarts kan de drempel aanzienlijk verlagen.

Het programma omvat psychosociale infosessies en een sport- en bewegingsmodule, telkens respectievelijk op maandag- en woensdagvoormiddag, gespreid over 12 weken. Patiënten worden in die periode bijgestaan door artsen, kinesitherapeuten, sociaal verpleegkundigen, een schoonheidsconsulente, een diëtiste en een psychologe.

## Sport- en bewegingsmodule

Patiënten die een kankerbehandeling hebben doorstaan, zijn fysiek verzwakt. Het revalidatieprogramma biedt als eerste grote voordeel dat de patiënt volledig op eigen tempo en met ondersteuning van een kinesist kan werken aan zijn of haar conditie. Vooraf wordt bij elke patiënt een hartonderzoek afgenomen om te kijken welke belasting het hart aan kan. Daar worden vervolgens ook de wekelijkse sessies op afgesteld. Doorheen het programma wordt de fitheid ook bijgehouden, zodat de patiënten hun progressie kunnen volgen.

## Psycho-sociale infosessies

Naast het fysiek herstel wordt de patiënt ook weerbaarder gemaakt voor de mentale uitdagingen na kanker. Tijdens de psychosociale infosessies worden thema's uitgelicht als vermoeidheid, werkhervatting, slaapproblemen, voeding, uitgaan van je eigen kracht...

## Groepsessies

Zowel de conditietraining als de psychosociale sessies vinden steeds in groep plaats. Hierdoor kunnen patiënten in contact komen met lotgenoten. Ervaringen uitwisselen met mensen die hetzelfde hebben doorstaan, kan helpen om de eigen ervaringen in een beter perspectief te plaatsen. Maar de inhoud van de lessen wordt wel steeds aangepast aan individuele behoeften en beperkingen, eigen aan de patiënt. Aan diverse sessies wordt bovendien een uurtje relaxatie gekoppeld.

## Praktisch

- Start programma: januari 2012.
- Tweewekelijkse sessies,
- Gespreid over 12 weken.
- Kostprijs: € 250, eventueel betaalbaar in schijven.
- De meeste ziekenfondsen voorzien een terugbetaling van 70% tot 80%.



### Inlichtingen

mevr. **Leen Delbaere**: 09 224 86 59  
[oncovevalidatie@janpalfijngent.be](mailto:oncovevalidatie@janpalfijngent.be)

## Publicaties

- **De Smet K.**, Grammatopoulos G., Calistri A., Van Quickenborne D., De Roest B en Van Der Straeten C. (2011) *Minimum 10 year follow-up of the Birmingham hip resurfacing an independent series.* (poster)
- Leysen J., Bridts C., de Clerck L., Vercauteren M., Lambert J., Weyler J., Stevens W., **Ebo D.** (2011) Allergy to rocuronium : from clinical suspicion to correct diagnosis *Allergy: European journal of allergy and clinical immunology.* 66:8, pp. 1014-1019.
- **Ebo D.**, de Knop K., Bridts C., de Clerck L., Stevens W. (2011) Componentgeoriënteerde allergiediagnostiek: toepassingen en perspectieven. *Tijdschrift voor geneeskunde.* 67:14/15, pp. 687-695
- **Ebo D.**, Leysen J., Mayorga C., Rozieres A., Knol E.F., Terreehorst I. (2011) The \*\*in vitro\*\* diagnosis of drug allergy: status and perspectives. *Allergy: European journal of allergy and clinical immunology* 4538 (2011).
- **Ide L.** (2011). Think Mycology! *Clinical Microbiology Newsletter*, vol. 33, nr. 13, pp. 95-101.
- De Craeye S., **Ide L.**, Vanhoof R., Van Bossuyt E., Van Eldere J., Verhaegen J. et al. (2011) *Resistance rates of various antimicrobial agents in non-invasive clinical isolates of streptococcus pneumoniae collected in Belgium during winter 2010-2011.* Wetenschappelijk instituut volksgezondheid. (poster)
- Janssen A., **Jeannin P.**, Coucke P.J., De Paepe A., Vanacker O.M. (2011). *Unusual presentation of combined saggital-metopic synostosis may represent a novel autosomal dominant craniosynostosis syndrome.* (poster)
- Pattyn E., Verdonk P., Steyaert A., Vanden Bossche L., **Van den Broecke W.**, Thijs Y. en Witvrouw E. (2011). Vastus medialis obliquus atrophy: does it exist in patellofemoral pain syndrome? *The American journal of sports medicine*, jrg. 39, nr. 7, pp. 1450-1455.
- **Willemot L., Lagae P., Jeannin P., Baelde N.** en Verstraete K. (2011) Case report: Cephalohematoma / Birth trauma. *Documents*, nr. 4

## Focus: publicaties m.b.t. flebologie

Zopas verscheen het *Handboek flebologie: diagnostiek en behandeling van veneuze ziekten*. Dit boek werd samengesteld door prof. dr. H. A. M. Neumann en is een tweede herziene uitgave van het *Leerboek flebologie* uit 2003. Alle facetten van de veneuze ziekten worden hierin besproken: algemeenheden, onderzoekstechnieken, pathologie, symptomatologie en behandelingsmethoden. Uit de samenstelling van dit boek kan de lezer vaststellen dat er veel raakvlakken bestaan tussen de flebologie en andere disciplines. Dit boek geeft een overzicht van de hedendaagse flebologische kennis en kunde en is geschreven met het idee dat de verbinding tussen de theorie en de praktijk zo klein mogelijk moet zijn .

**Dr. Ph. Uytterhaeghen**, radioloog in het AZ Jan Palfijn Gent AV, werkte hieraan mee en schreef vanuit zijn ruime expertise van 25 jaar het hoofdstuk over de flebografie van de onderste ledematen.

Dit hoofdstuk sluit aan bij de recent verschenen atlas *Insightful Flebology: An atlas for diagnosis and treatment of venous disease of the lower limb*, waarvan dr. Uytterhaeghen co -auteur is. Dit boek is geen klassiek tekstboek, maar een atlas van flebografieën met een unieke iconografie van de diepe, oppervlakkige venen, spiervenen, perforanten, voet en bekkenvenen. Mede door het feit dat de duplexechografie, welke nu de gouden standaard geworden is, slechts een fragmentaire beeldweergave kan bieden en nooit een volledige cartografie, is dit juist een inzichtvolle documentatie van de grote anatomische variatie van het veneus stelsel van de onderste ledematen alsook de majeure pathologie .

- Thiery L., Neumann M., **Uytterhaeghen Ph.** *Insightful Phlebology. An atlas for diagnosis and treatment of venous disease of the lower limb.* Belvédère, Erasmus MC, Overveen, 2009.
- Neumann H.A.M. *Handboek flebologie: diagnostiek en behandeling van veneuze ziekten.* Prelum Uitgevers, Houten., 2011.

## Nieuwe arts in dienst: dr. An-Sofie Verstraeten

**D**e dienst Pneumologie, met in het bijzonder dr. Elinck en dr. Behaegel, verwelkomen collega dr. An-Sofie Verstraeten.

Dokter Verstraeten zal tevens werkzaam zijn op de dienst Intensieve zorgen.

Dokter An-Sofie Verstraeten genoot haar opleiding in het Amphia-ziekenhuis in Breda en in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Aanvullend behaalde ze nog een extra bekwaamheid in de intensieve zorgen na een opleiding in het Stuivenbergziekenhuis.



Naast de reguliere pneumologie, gaat haar bijzondere interesse uit naar de diagnose en behandeling van patiënten met interstitiële longziekten en pulmonale hypertensie.

- dr. An-Sofie Verstraeten
- dienst Pneumologie, site Watersportbaan
- Telefoon: 09 265 12 79
- Consultaties
  - maandag: 8u30 - 12u
  - woensdag t.e.m. vrijdag: 14u - 17u

## Wij blijven u informeren over ons zorgaanbod!

Ook de komende maanden wil het ziekenhuis u blijven informeren over zijn zorgaanbod. Onze kalender voor 2012 bevat opnieuw boeiende symposia in ons ziekenhuis, interessante LOK-initiatieven, wekelijkse Medische Oncologische Consulten en diverse andere infomomenten.

U ontvangt van ons ook de jaarlijkse update van onze *Praktische gids*. Dit handig boekje bevat een overzicht van onze volledige dienstverlening, inclusief een oplistings van onze artsen en hun consultatie-uren.

Intussen werken we aan de uitbouw van een nieuwe website. De site moet zowel voor patiënt, bezoeker, huisarts als werkzoekende een bron van informatie en nieuws worden.



### Eerstvolgend symposium: 16 februari 2012

***Blessurepreventie bij sporters.***

***Wat is de rol van de huisarts?***

Palfijn.nieuws niet langer ontvangen? Adres gewijzigd? Nieuwsbrief liever in uw mailbox?  
>>> [communicatie@janpalfijngent.be](mailto:communicatie@janpalfijngent.be)

