

vragenlijst. Zowel het samenwerkingsdocument als de brochure werden ontwikkeld in samenwerking met andere ziekenhuizen uit de regio. Beide zijn beschikbaar op de website van ons ziekenhuis:
www.stlucas.be/info_artsen/downloads.htm.

Preoperatieve voorbereiding door de huisarts

De huisarts voert de preoperatieve voorbereiding uit aan de hand van het samenwerkingsdocument en vult samen met de patiënt dit document in. De patiënt krijgt het document en de resultaten van eventuele onderzoeken mee. Er wordt gevraagd dat de patiënt de toestemming voor anesthesie ondertekent.

Ziekenhuisopname

- De patiënt brengt het ingevulde samenwerkingsdocument en de resultaten van eventuele onderzoeken mee bij opname. Ze worden toegevoegd aan het patiëntendossier.
- De checklist die door de chirurg werd opgestart wordt verder gehanteerd op de verpleegafdeling. Op die manier heeft de verpleegkundige zicht op de voorgeschreven zorg volgens het klinisch pad. Afwijkingen van het pad worden er zo nodig op gerapporteerd.

Screening voor coloncarcinoom : bijna realiteit ?

De dienst inwendige geneeskunde organiseerde op 28 november 2006 in het ziekenhuis een interactief symposium voor huisartsen. Een drietal onderwerpen kwamen hierbij aan bod. Eén ervan handelde over de screening van colontumoren. Dat dit onderwerp zeer actueel is, bewijst ook een recent symposium dat doorging te Brussel op 8 december 2006 waarbij zowel vertegenwoordigers van de federale overheid als van de Vlaamse en Franstalige gemeenschap aanwezig waren naast artsen, afgevaardigd door de wetenschappelijke verenigingen. Dit symposium benadrukte het belang van preventie en van screening en is wellicht ook het beginpunt van een intensere campagne van overheidswege hieromtrent.

Het doel van screening is diegenen die waarschijnlijk een bepaalde ziekte hebben te onderscheiden van diegenen die waarschijnlijk de ziekte niet hebben. De belangrijke tumoren die voor screening in aanmerking komen zijn borstkanker bij vrouwen, prostaatkanker bij mannen, colorectale kanker en longkanker. Terwijl de bewustwording bij het publiek over borstkanker en prostaatkanker de laatste jaren duidelijk is toegenomen, is dit nog onvoldoende het geval voor colorectale kanker. Nochtans zijn deze tumoren bij uitstek geschikt voor screening aangezien manifeste maligniteit voorafgegaan wordt door een voorstadium van colonpoliepen, die kunnen opgespoord worden in een vroegtijdig stadium met testen naar occult bloedverlies in de stoelgang en coloscopie.

Het risico om een colorectale tumor te ontwikkelen over de ganse levensloop bedraagt ongeveer 4%. Dit risico neemt duidelijk toe met de leeftijd (exponentiële stijging vanaf 45 jaar), familiale belasting en lang bestaande inflammatie zoals bv. bij inflammatoire darmziekten. Voedingsgewoontes, roken en alcohol zijn eerder het doel van primaire preventie. Ongeveer 75% van alle colorectale tumoren treden op bij individuen zonder enige persoonlijke voorgeschiedenis en zonder familiale belasting voor colontumoren. Bij het overige kwart kunnen wel één of meerdere verwanten met colontumoren worden gevonden. Het risico neemt toe naarmate het aantal aangetaste verwanten stijgt of jonger is. Het risico is zeer hoog bij specifieke syndromen zoals het "hereditary non-polyposis colon cancer syndrome" (HNPCC) of het "familiale adenomateuse

- In het operatiekwartier noteren zowel de chirurg als de anesthesist de patiëntgebonden postoperatieve instructies op het nieuwe **postoperatieve instructie- en volgblad**. Dit blad wordt de eerste 24 uur na de ingreep verder gebruikt voor rapportage van alle observaties en activiteiten.
- Bij ontslag krijgt de patiënt een ontslagformulier voor zichzelf en voor de huisarts mee. Er wordt gevraagd op consultatie te gaan binnen 3 dagen bij de huisarts en binnen 10 dagen bij de chirurg.

Controleconsultatie bij de huisarts

Op deze consultatie gebeurt de eerste controle na ontslag. De huisarts verlegt de nodige voorschriften.

Controleconsultatie bij de chirurg (= eindpunt klinisch pad)

Het pad eindigt op de eerste controleconsultatie bij de chirurg. De verdere follow-up werd niet in het pad opgenomen.

Dr. Henk Thieren

Voorzitter werkgroep klinisch pad proctologie
 Tel. Secretariaat heelkunde: 050 36 98 30

poliepsyndroom" (FAP).

Op basis van risicostratificatie die met het bovenstaande rekening houdt, werd door de Vlaamse overheid een schema uitgewerkt om de screening van de bevolking te organiseren. Bij individuen zonder familiale of individuele belasting wordt screening voorgesteld vanaf de leeftijd van 50 jaar tot 74 jaar met opsporen van occult bloedverlies in de faeces om de twee jaar. Indien deze test positief is, wordt een volledige coloscopie geadviseerd.

Bij individuen met familiale belasting wordt de leeftijd voor opsporing van occult bloedverlies verlaagd tot 40 jaar indien het gaat om één casus bij een eerstegraads verwant ouder dan 60 jaar. Indien meerdere casussen in de familie aanwezig zijn of indien het gaat om één casus jonger dan 60 jaar wordt aangeraden om onmiddellijk een coloscopie bij de verwanten te laten gebeuren.

Dit laatste geldt ook voor verwanten in families met HNPCC of FAP.

Het opsporen van occult bloedverlies in de stoelgang (FOBT) heeft een sensitiviteit van ongeveer 50% indien eenmalig uitgevoerd. De sensitiviteit stijgt echter als de test jaarlijks of tweejaarlijks wordt verricht over een langere periode. Bij de klassieke FOBT type hemocult moet men wel rekening houden met de compliantie voor de dieet- en medicatie-restricties. Immunochemische testen zijn veel minder afhankelijk van deze restricties en daarom meer geschikt voor gestandaardiseerde ontwikkeling en kwaliteitscontrole. Ze zijn echter ook duurder.

Ook aan de kwaliteit van de uitgevoerde coloscopie wordt meer en meer aandacht besteed. Zowel een goede voorbereiding als een zo goed mogelijke inspectie van alle colosegmenten zijn daarbij uiteraard van belang.

We zijn ervan overtuigd dat goed ondersteunende screeningsprogramma's zowel voor individuen als voor families met verhoogd risico een belangrijke bijdrage kunnen leveren tot de volksgezondheid. Goede samenwerking tussen huisarts en specialist zal ook hier de sleutel zijn tot succes.

Dr. Ph. Van Hootegem

mede namens dr. J. Arts en dr. H. Naessens



Algemeen Ziekenhuis **Sint-Lucas** vzw

Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge
 tel. 050-36 91 11, fax 050-37 01 27
 e-mail : info@stlucas.be
 website : www.stlucas.be

Viermaandelijks tijdschrift

Jaargang 10, nummer 32

December 2006

Afgiftekantoor Brugge 1, 2^e afdeling

25 jaar kinder- en jeugdpsychiatrie AZ Sint-Lucas Brugge

Hoe overleeft een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie 25 jaar? Hoe slaagt het team er in om het project kinder- en jeugdpsychiatrie 25 jaar inhoud te geven en te laten groeien? De aanhoudende confrontatie met ontgoocheling, falen, schuld, verdriet, beperking en handicap schijnt teams toch niet uit te putten.

Het is de kracht die uitgaat van de samenwerking met kinderen, jongeren, hun ouders, broers en zussen. Hun veerkrachten en weerbaarheid zijn een continue bron van energie voor elk teamlid. Wij confronteren gezinnen met de naam en de aard van de beperkingen bij hun kind. Gezinnen tonen ons hoe ze dit een plaats geven in hun geschiedenis en hoe ze bronnen van groei en herstel aanspreken.

Een tweede bron van kracht is de samenwerking en afstemming met andere actoren: de ziekenhuisdiensten waar we ondersteuning en hulp van krijgen, huisartsen, onderwijs en CLB, voorzieningen uit welzijns- en gehandicaptensector, de bijzondere jeugdzorg, de revalidatiecentra en de Centra GGZ, in het bijzonder deze waar we onze kwaliteitsprojecten mee uitwerken

(ADHD en autisme).

Ten derde is er een niet te stuiten kracht in het team zelf: het feestcomité, de koffiepauzes, de traditie van feesten en fuiven. In 2001 werd het 20 jarig bestaan wetenschappelijk gevierd vanuit het thema: diagnostiek: kennis en kunst. Nu gaat onze aandacht naar de kracht die mensen benutten bij herstel en groei, naar de krachten die teams bij zichzelf kunnen ontdekken in de samenwerking met andere organisaties. Op 1 december vond in Duinse Polder te Blankenberge een symposium plaats. **Empowerment in de GGZ voor kinderen en jongeren** werd als algemeen kader uitgewerkt door psychologe Prof. Dr. Tine Van Regenmortel (KULeuven HIVA) en in het bijzonder in het werken met gezinnen door Prof. Dr. Peter Adriaenssens (KULeuven, kinderpsychiater). In de namiddag boden we in werkwinkels stof tot verder uitwerking. Te **Blankenberge** in Duinse Polder op vrijdag **1.12.2006**.

Inlichtingen: 25jaar.k.brugge@stlucas.be en www.stlucas.be



Van links naar rechts : dr. Els Goossens, Els Legroe, dr. Emmanuël Nelis, Wannas Vandebussche, Hans Debaene

www.autismebrugge.be

Op het KGBN- symposium van 26.10.2006 is deze site voor het eerst aan het artsnpubliek voorgesteld. Het is een initiatief van de actoren in de kinder- en jeugdpsychiatrie van de regio. Zij werken aan een zorgcircuit autisme. In de afgelopen jaren zijn reeds ervaringen opgedaan met een gemeenschappelijk zorgaanbod adhd, dat momenteel in de hele provincie een 20- tal organisaties omvat. Bedoeling is dat een verwijzer naar één van de participerende voorzieningen kan doorsturen (met uitzondering van MPI het Anker), terwijl deze onderling afstemmen hoe zij op een kwaliteitsvolle manier de nodige zorg kunnen organiseren. Deze onderlinge afstemming blijft een continu groeiproces. De website heeft tot doel de informatie aan te bieden die door de deelnemende voorzieningen wordt gevolgd. De

Autismebrugge.be

deelnemende voorzieningen inzake autisme zijn: AZ Sint- Jan, AZ Sint- Lucas, CCGZ Noord- West- Vlaanderen, GZ Oostkust, MPI het Anker Brugge, Revalidatiecentrum De Klinker Duinbergen, Revalidatiecentrum Spermalie Brugge. U kunt de website raadplegen om zelf snel beknopte informatie en links terug te vinden, maar ook om aan ouders of jongeren lectuur en filmmateriaal te kunnen voorstellen over het onderwerp. De website laat ook toe om vragen te stellen op de weblog. Kijken dus !

Dr. Els Goossens, dr. Emmanuël Nelis, *kinder- en jeugdpsychiaters*
 Marc Willems, *orthopedagoog*
 Inlichtingen: ene@stlucas.be

Colofon

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Emmanuël Nelis, medisch directeur
 Redactieleden: Dr. Roger Crombez (radiotherapie-oncologie), Dr. Stefaan Geerts (psychiatrie), Dr. Johan Robbrecht (labo), Dr. Henk Thieren (heelkunde), Dr. Jan Victor (orthopedie), Dr. Griet De Brabanter (reumatologie), Dr. Thierry De Schrijver (radiologie), Dr. Philippe Van Hootegem (gastro-enterologie), Dr. Christoph Verhoye (ori), Dr. Daniel De Coninck (heelkunde), Dr. Kristof Ramboer (radiologie), Dr. D. Wynsberghe (huisarts)

Nieuwe artsen

Peter Casteleyn studeerde in 1984 af als doctor in de genees-heel- en verloskunde aan de KU Leuven. Na zijn studies werkte hij in ons ziekenhuis als 1 van de 4 eerste spoedartsen onder het diensthoofdschap van dr. Godelieve Weyne. Nadien ging hij gedurende 8 jaar werken in een groepspraktijk van huisartsen te Oostkamp.

Door het feit dat één van zijn stages in Latijns-Amerika verlopen was, bleef de gedachte om toch eens te kunnen werken in een ontwikkelingsland hem achtervolgen. Hij besliste dan ook de cursus te volgen aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen.

Na enkele missies gedaan te hebben in opdracht van Artsen Zonder Grenzen in vluchtelingenkampen (Koerdistan, Rwanda) werd in 1996 de knoop doorgemaakt en vertrok hij met zijn vrouw en 2 kinderen voor 2 jaar naar Zimbabwe waar hij in een District Hospital instond voor de eerste lijnsgeneeskunde.

Daar in Zimbabwe groeide de interesse voor anesthesie, urgentiegeneeskunde en pijnbestrijding. Bij zijn terugkeer kreeg hij de kans om zich daarin te specialiseren.

Dr Casteleyn volgde zijn opleiding tot anesthesist in het AZ St. Jan te Brugge (Dr. J. Mulier) en in het UZ Gent (Prof. Dr Mortier E.). Nadien deed hij nog een bijkomend jaar



om de beroepstitel in de urgentiegeneeskunde te behalen in het AZ St. Jan (Dr. P. Martens). Hierdoor blijft hij nauwe banden hebben met het Instituut voor Dringende Medische Hulpverlening waar hij instaat voor de keuring van privaat piloten. Dokter Casteleyn hoopt op een goede samenwerking met de verschillende disciplines. Verder wil hij werken aan de verdere uitbouw van de spoedgevallendienst samen met zijn collega-urgentist dr. Peter Van Saet.

Dienst anesthesie-reanimatie
Tel. secretariaat anesthesie: 050 36 90 05

te Leuven en leerde zo ook mijn weg kennen in dit Grote Huis. Tot voor kort werkte ik als voltijds staf lid medische oncologie in het H. Serruys Ziekenhuis te Oostende waar ik ook de functie uitoefende van oncologisch coördinator van het zorgprogramma oncologie.

De kennis over en de aanpak van de menselijke tumoren is de laatste decennia in een ware stroomversnelling terecht gekomen. Naarmate de diagnostische en therapeutische modaliteiten in de oncologie exponentieel toenemen, is er steeds meer nood aan (zelfs wettelijk bepaald) gestructureerd overleg tussen de verschillende technische en klinische medische en paramedische disciplines. Ik hoop dat ik vanuit mijn invalshoek als medisch oncoloog, mijn praktische kennis van systemische adjuvante en palliatieve behandelingen en mijn ervaring als coördinator een meerwaarde zal kunnen betekenen in het verder perfectioneren van ons multidisciplinair oncologisch zorgprogramma.

Kanker heeft een impact op alle facetten van het leven van onze patiënten, zowel lichamelijk, psychisch, sociaal-relacioneel, professioneel, financieel als spiritueel. Als omnipracticus en vertrouwensfiguur van de patiënt is het doorgaans de collega huisarts die hierop het beste zicht heeft. De collega huisarts beschouw ik dan ook als een zeer belangrijk lid van het multidisciplinaire oncologische team... en dat meen ik! Alle tips of wensen in verband met het optimaliseren van onze onderlinge communicatie over en/of onze zorg voor de mensen met kanker zijn steeds welkom!

Met de beste groeten,

Christophe De Soete
Medisch oncoloog



Beste collega's,

Graag maak ik van deze nieuwsbrief gebruik om mezelf en de nieuwe dienst medische oncologie van het AZ Sint-Lucas kort voor te stellen.

Bijna 40 jaar geleden werd ik in dit eigenste ziekenhuis geboren; ik ben een rasechte Assebroekenaar. Sedert november 2006 ben ik aangesteld als diensthoofd van de afdeling medische oncologie.

Net als mijn vader studeerde ik geneeskunde aan de RUG. In 1992 behaalde ik er mijn diploma als doctor in de genees-heel- en verloskunde. Gefascineerd en gebeten door de microbe van de oncologie en hematologie stortte ik mij op de inwendige geneeskunde en behaalde in 1998 mijn erkenning als internist met als subdiscipline de medische oncologie. Na mijn promotie aan de RUG werkte ik 10 maanden in de diensten hematologie en oncologie van het UZ Gasthuisberg

Accrediteringsinformatie

Erkenningsnr.	Datum	Rubriek	Titel	Duur	N.E.
4637.0065	26.01.06	2	Behandeling van glaucoom, een update van de recente congressen	2 uur	20
4678.1257	5.10.06	1	Voorstelling en implementatie van het drietrapsmodel ADHD	3.30 uur	35

Prostaatcancer: terug naar af ?



Op 17 oktober 2006 hebben wij een symposium met bovenstaande titel georganiseerd in het Provinciaal Hof te Brugge. De bedoeling was de diagnostische en therapeutische praktijk aan een kritisch onderzoek te onderwerpen.

Prof. Van Poppel nam het diagnostische luik voor zich. Volgens prof. Van Poppel en dit in tegenstelling met het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) zijn er op dit ogenblik voldoende internationale screeningsstudies (o.a. Tirol en Quebec) en een aantal observationele studies die een dalende mortaliteit aan prostaatcancer tonen bij systematische screening.

Prof. Van Poppel stelde in eerste instantie voor om af te stappen van de huidige PSA cut-off waarden die meestal normaal zouden zijn tot 4.0 ng/ml. Verder breekt hij een lans om intelligenter om te gaan met PSA bepalingen door gebruik te maken van leeftijdsgebonden PSA, PSA densiteit (PSA: volumeprostaat), PSA velocity (snelheid van oplopen per jaar), PSA verdubbelingstijd en % vrij PSA.

Voor de leeftijdsgebonden PSA is normaal op basis van gegevens van W. Catalona het mediane PSA

40 – 49 jaar	0,7 ng/ml
50 – 59 jaar	0,9 ng/ml
> 60 jaar	1,4 ng/ml

PSA densiteit is verdacht boven de 0.15. Een voorbeeld: een PSA van 4 ng/ml bij een prostaat van 20 g: PSA densiteit is 4,0/20 = 0,2 wat sterk verdacht is.

PSA velocity: als de PSA stijgingssnelheid meer is dan 0,75 ng/ml per jaar is dit verdacht. Voor een PSA lager dan

Eerste klinisch pad in A.Z. Sint-Lucas: 'Pad voor de heelkundige proctologische patiënt'

In de vorige editie van de Nieuwsbrief werd de start van het eerste klinisch pad voor de heelkundige proctologische patiënt aangekondigd. Ondertussen is dit pad sinds 1 september 2006 in gebruik. Het pad is ontwikkeld in een multidisciplinaire werkgroep, volgens de methodiek van het Netwerk Klinische Paden (NKP). De doelstellingen zijn optimalisatie van de zorg, minder administratie, hogere patiënttevredenheid en betere samenwerking met de huisartsen.

Het pad beschrijft het volledige zorgtraject van de **heelkundige proctologische patiënt**. Het geeft weer welke zorgverlener op welk moment welke zorgen verleent. Om het pad in de praktijk te kunnen hanteren, werd het geïntegreerd in het verpleegdossier in de vorm van een checklist waarop de geplande zorgen, eenmaal uitgevoerd, aangevinkt en afgetekend kunnen worden. Het pad verloopt als volgt:

4 is een stijging van 0,5 ng/ml per jaar reeds verdacht. Vrij over totaal PSA: niet verdacht bij meer dan 25 %, wel verdacht bij minder dan 25 %.

Voor wat betreft het PSA gebruik in 2006 stelt hij voor vanaf 40 jaar de PSA te bepalen. Zo de PSA meer is dan 0,6 ng/ml dient verder een jaarlijks onderzoek te gebeuren. Bij lagere PSA waarden kan gerust meerdere jaren gewacht worden. Zijn er argumenten op basis van alle voorgaande aspecten zoals leeftijdsgebonden PSA, PSA densiteit, PSA velocity of de vrije index die tot onrust aanleiding geven, dan moet de patiënt door een uroloog gezien worden en waarschijnlijk gebiopsieerd worden.

Volgens Thompson IM et al (in de N. Engl. J. Med. 2004; 350: 2239-2246) is uit de finasteride (Proscar) studie gebleken dat bij patiënten met een PSA tussen 1 en 2 ng/ml 17 % tumoren worden gevonden waarvan 1/8 weinig gedifferentieerd en dus zeer agressief waren. Bij patiënten met een PSA tussen 2 en 3 ng/ml steeg dit tot 23,9 % met 1/6 kans op een agressieve tumor. Bij patiënten met een PSA tussen 3 en 4 ng/ml steeg dit verder tot 26,9 % waarvan 1/4 een agressieve tumor was.

De conclusie van prof. Van Poppel was:

1. Vermijd onderdiagnose door vroege en patiënt geadapteerde screening om aldus de meest agressieve kankers te identificeren door een te snel oplopend PSA.
2. Vermijd overbehandeling door zorgvuldige selectie van de patiënten voor een veilige en effectieve behandeling die gericht is op levenskwaliteit. Hierbij is de biopsie, de PSA en de Gleasongraad en score richtinggevend met het percentage aan aantal positieve biopsies. Dit moet toelaten de insignificant kankers te herkennen waarvoor een afwachtend beleid "wait and see" kan aangenomen worden.

Hij stelt dus een jongere leeftijd vanaf 40 jaar voor vóór start van de screening waarbij deze kan gestopt worden wanneer de levensverwachting daalt onder de 10 jaar (75 jaar ?).

Prof. Debruyne schetste erna de mogelijkheden van een wait and see beleid. Hieromtrent kon echter nog geen voldoende consensus in de zaal bereikt worden die kan leiden tot een praktische leidraad. Uiteraard is dit een beleid dat zeker bij de oudere patiënt kan in acht genomen worden. Op dit ogenblik zijn er studies aan de gang die ook deze gedragslijn evalueren bij laag risicopatiënten die een jongere leeftijd hebben doch de definitieve conclusies zijn hiervoor onvoldoende bekend.

Dr. L. Vanden Bussche
uroloog

Consultatie bij de chirurg (= startpunt klinisch pad)

- Bij de beslissing tot een chirurgische ingreep, bepaalt de chirurg of de patiënt het pad al dan niet kan volgen. Bij toewijzing van het pad, start de chirurg het pad op en vult de gegevens op de hogervermelde **checklist** in.
- De chirurg informeert de patiënt en geeft de nieuwe **patiëntenbrochure 'proctologie'** (zie ook www.stlucas.be/raadplegingen/heelkunde_proctologie.pdf) mee. De brochure bevat informatie over de aandoening en de operatie, de voorbereidingen op het ziekenhuisverblijf, de ziekenhuisopname en de nazorg.
- In principe verwijst de chirurg elke patiënt voor de preoperatieve voorbereiding door naar de huisarts en geeft hij hiervoor het nieuwe **'preoperatieve samenwerkingsdocument'** (en een bijhorende brochure) met de patiënt mee. Dit document omvat de nieuwe richtlijnen voor preoperatieve onderzoeken en een medische