

Borstkliniek AZ Sint-Lucas Brugge krijgt steun van Think Pink SMART fonds.



Project menopauzeconsulent voor borstkankerpatiënten met menopauzeklachten goedgekeurd

Think Pink geeft met het SMART Fonds beloftevolle projecten financiële steun. Zo kan ook de borstkliniek AZ Sint-Lucas Brugge op relatief korte termijn een verschil betekenen in het leven van vrouwen na borstkanker.

Auteur: dr. Femke Delporte, diensthoofd borstkliniek

Menopauzeklachten bij borstkanker

Jonge vrouwen met borstkanker krijgen naast het slechte nieuws, de chemo- en/of radiotherapie, soms een mastectomie, veelal nog eens de bijwerkingen te verwerken van het wegvallen van hun vrouwelijke hormonen.

Normaal komt een vrouw pas op de leeftijd van 51 jaar in haar menopauze en gebeurt dit geleidelijk aan. Vrouwen met borstkanker kunnen door de kankerbehandeling die ze krijgen plots in een artificiële, soms definitieve menopauze gebracht worden.

De huidige richtlijnen voor hormoonbehandeling bij jonge vrouwen tonen een meerwaarde voor "chemische castratie". Er is ook evidentie voor een verlengde antihormonale therapie. Hierbij worden vrouwen in plaats van de basis 5 jaar hormoonbehandeling, tot 10 jaar na diagnose doorbehandeld.

Vrouwen benoemen dit deel van de therapie als zwaar. Vaak geven vrouwen aan dat hormoontherapie een grote impact heeft op hun levenskwaliteit.

Wat doet een menopauzeconsulent?

Vrouwen onder hormoonbehandeling kunnen dankzij een extra individueel informatiemoment beter geïnformeerd zijn over wat hun te wachten staat. Het is de taak van een borstkliniek om zelf initiatief te nemen om alle facetten van de menopauze bespreekbaar te maken. Vrouwen hebben enerzijds baat bij handvaten hoe ze met hun klachten omgaan en anderzijds met therapeutisch veilige adviezen over de mogelijkheden om hun klachten te verlichten.

Daarom wil de borstkliniek, alle jonge vrouwen die geconfronteerd worden met de gevolgen van vroegtijdige, tijdelijke of definitieve menopauze door de borstkankerbehandeling een consult bij een menopauzeconsulent aanbieden.

Een menopauzeconsulent kan goed onderbouwde en correcte informatie geven over wat ze kunnen verwachten, wat de klachten kunnen zijn en wat ze kunnen doen om de klachten te verminderen. Daarnaast kan zij een luisterend oor zijn, erkenning geven van de klachten, oplossingen op maat geven en hulpmiddelen aanbieden.

In de praktijk



Om de financiële drempel om naar een menopauzeconsulent te stappen te verlagen, willen we de toegankelijkheid verhogen door de eerste consultatie met de financiering van dit project terug te betalen.

De menopauzeconsulent verbonden aan de borstkliniek is mevrouw Sabine T'Kindt. ■

Sabine T'Kindt, menopauzeconsulent

Dank aan Think Pink voor de steun uit het SMART fonds voor dit project

Handartrose – handrevalidatie

Auteur:

dr. Zuzana Planková en dr. Evelyne Linden, dienst fysische geneeskunde - reumatologie - revalidatie

Osteoartrose van de handen is een vaak voorkomende chronische gewrichtsaandoening met een grote impact op de levenskwaliteit. Het treft voornamelijk de ouder wordende bevolking, in het bijzonder de postmenopauzale vrouwen.

Osteoartrose is één van de meest frequente oorzaken waarvoor patiënten een arts consulteren. De gewrichten die het vaakst door artrose worden aangetast zijn de knieën, de heupen, de handen en de wervelkolom. Deze aandoening is geassocieerd met pijn, stijfheid, functieverlies en verminderde levenskwaliteit. Therapie bestaat zowel uit farmacologische als niet-farmacologische mogelijkheden. Medicamenteuze opties zijn actueel

voornamelijk beperkt tot symptoomverlichting: pijnstilling zoals paracetamol of NSAID's (non-steroidal anti-inflammatory drugs), lokale infiltratie met glucocorticoïd of hyaluronzuur, SYSDOA (symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis) zoals glucosamine, chondroïtine of kurkuma voedingssupplementen.

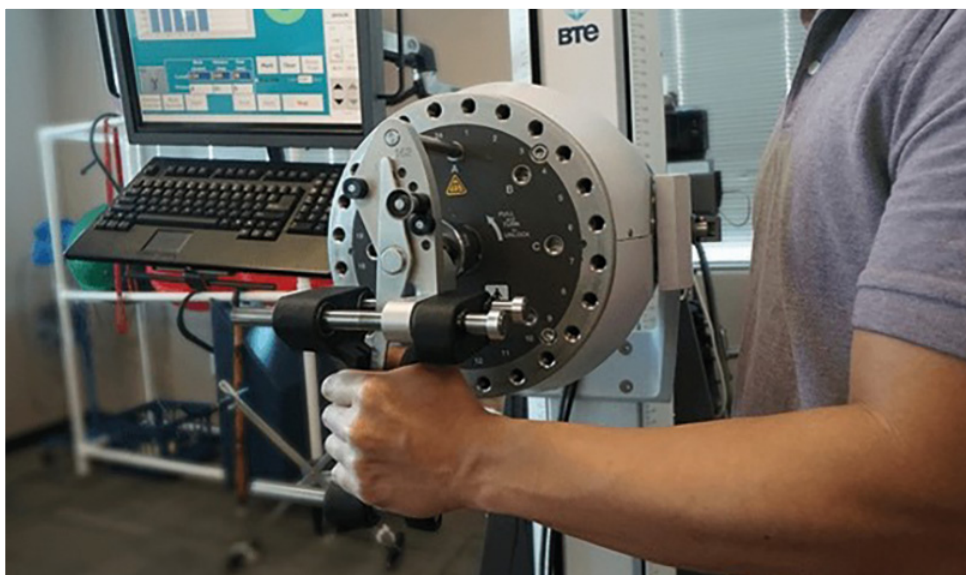


Foto 1 en 2: Baltimore Therapeutic Equipment (BTE)



Foto 3: E-link

Er is geen behandeling die het ziekteproces vertraagt. Echter het wetenschappelijk onderzoek naar behandelingen van artrose staat ook niet stil. Op heden is er op de dienst fysische geneeskunde - reumatologie - revalidatie een klinische studie lopende waaraan patiënten kunnen deelnemen. Het betreft een prospectieve multicentrische placebogecontroleerde studie van Flexofytol Forte (Curcuma longa en Boswellia Serrata extract) bij patiënten die lijden aan erosieve handartrose. De primaire doelstelling is het evalueren van de werkzaamheid van Flexofytol Forte op de pijnklachten van de vingergewrichten na een behandeling van 3 maanden. Flexofytol werd reeds in enkele studies aangetoond als effectief, veilig en goed getolereerd bij de pijnbestrijding van oudere patiënten met knieartrose.

Naast pijnmanagement door middel van een medicamenteuze behandeling, speelt een aangepaste en uitgebreide revalidatie een belangrijke rol. Het wordt dan ook sterk aangeraden door de *American College of Rheumatology* en door de *European Alliance of Associations for Rheumatology*. Gebaseerd op de *International Classification of Functioning, Disability and Health* wordt een multidisciplinaire behandeling aanbevolen met als doel het verminderen van de stijfheid en pijn alsook het optimaliseren van de activiteiten en participatie.

Binnen de dienst fysische geneeskunde - reumatologie - revalidatie wordt een multidisciplinair programma aangeboden voor handrevalidatie. Tijdens een eerste contact wordt de specifieke problematiek in kaart gebracht en wordt een individueel revalidatieprogramma opgemaakt. Aan de hand van een wekelijks overleg met de revalidatiearts kan het programma bijgesteld worden indien nodig.

Onder begeleiding van een kinesitherapeut wordt er ingezet op oefentherapie om de mobiliteit te verbeteren, de intrinsieke hand- en armmusculatuur te trainen en de stabiliteit te optimaliseren. Daarnaast zal de ergotherapeut zich focussen op de taken van het dagelijkse leven en fijne motoriektraining en zich meer toeleggen op specifieke toepassingen. Bepaalde pathologieën (bv. rhizartrorse) komen in aanmerking voor een orthese. Deze kunnen op maat gemaakt worden door onze ergotherapeuten of in samenspraak met een verstrekker. Naast de hands-on therapie door de therapeuten wordt ook gebruik gemaakt van meer gespecialiseerde toestellen zoals de *E-link* voor krachttraining en de *Baltimore Therapeutic Equipment (BTE)* voor een individueel neuromusculair of musculoskeletaal re-educatieprogramma in functie van werk- en functionele activiteiten. Tot slot vormt educatie en het aanleren van ergonomische principes ook een erg belangrijk onderdeel van de revalidatie.

Als dit alles geen beterschap kan bieden en de patiënt sterk invaliderende klachten ervaart, is verwijzing naar de dienst orthopedie aangewezen. ■

Snurken en obstructief slaapapneu

Auteur:

dr. Frederick Dochy, dienst neus-, keel- en oorzaken

Wat is sociaal storend snurken?

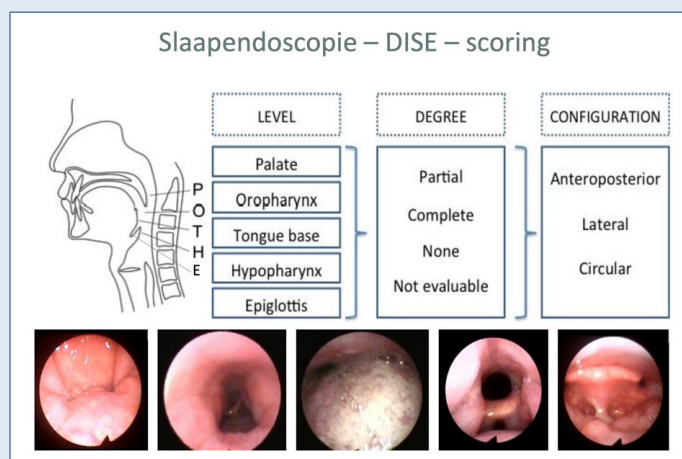
Snurken wordt veroorzaakt door het trillen van de slijmvliezen in de keelholte. Wanneer de spieren van de bovenste luchtweg verslapt zijn of er afwijkingen zijn in de mond of de keelholte, kan tijdens de slaap dit snurken opgemerkt worden. Wanneer dit storend is voor de patiënt, maar vooral zijn omgeving, kan gesproken worden van 'sociaal storend snurken'. Dit voornamelijk wanneer de luidheid van snurken de grens van 50 decibel overschrijdt. Dit leidt in sommige situaties tot het apart slapen binnen een relatie. Dit verschilt van het optreden van adempauzes tijdens de slaap. Dan spreken we over slaapapneu. Dit is dan een gezondheidsrisico met overmatig slaperig zijn overdag en een verhoogd risico op onder andere hart- en vaatziekten.

Behandelingen voor sociaal storend snurken

Sociaal storend snurken kan verschillende middelen behandeld of verminderd worden. Ten eerste wordt slaapinducerende medicatie beter vermeden, alsook het gebruik van alcohol tijdens de avonduren. Ten tweede is een goede neusdoorgankelijkheid essentieel en kan dit door middel van hulpmiddelen (*breath right neusstrips* of *neusvlinder*) of chirurgisch gecorrigeerd worden. Ten derde is positietraining (het slapen op de zij in plaats van de rug) vaak een goede oplossing, en kan met een night balance trainer aangeleerd worden. Ten vierde is chirurgische behandeling van de huig of het verhemelte ook mogelijk gezien de meest frequente plaats van het veroorzaakte geluid de trilling tussen huig en de keelachterwand is. Ten slotte is een opvolging en behandeling van overgewicht aangewezen. Voor meer specifieke informatie voor de individuele patiënt kan dit besproken worden met de neus-keel-oorarts of hoofd- en halschirurg. Onontbeerlijk om tot het juiste therapievoorstel te komen, is het uitvoeren van een DISE (drug-induced sleep endoscopy).

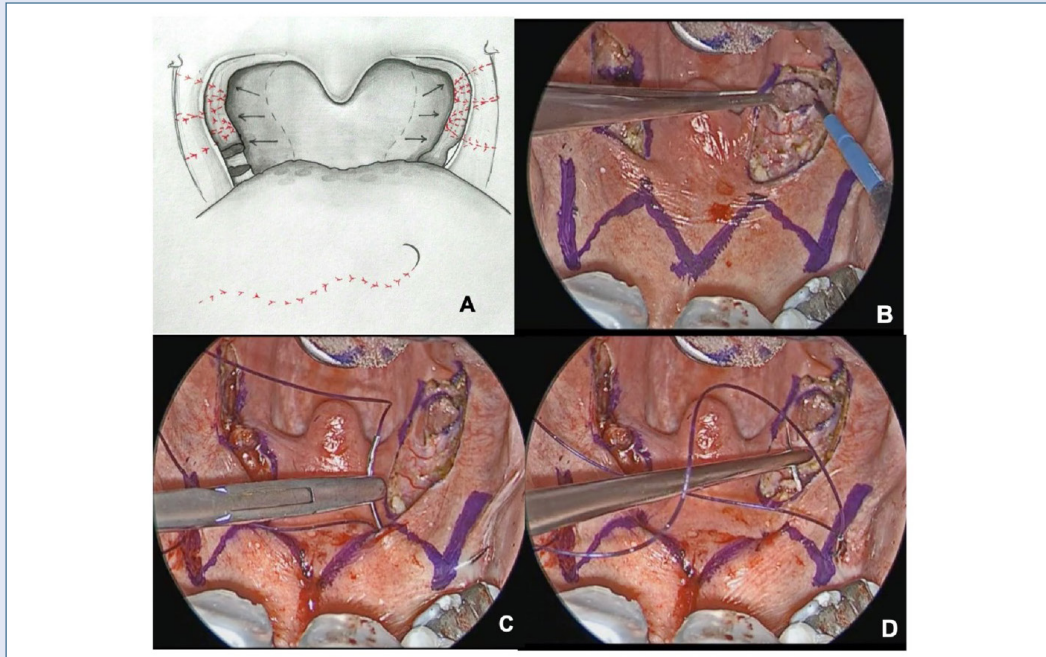
Wat is obstructief slaapapneu?

Obstructief slaapapneu (OSA) is een slaapgerelateerde ademhalingsstoornis. Tijdens de slaap valt de bovenste luchtweg regelmatig dicht. De ademstilstand doet zich voor onder invloed van de verminderde spierwerking en de zwaartekracht. In tegenstelling tot het sociaal storend snurken, betreft dit niet enkel een sociaal probleem, maar houdt dit een gezondheidsrisico in.



Figuur 1: Scoresysteem bij DISE (drug-induced sleep endoscopy).
Bron: Gebaseerd op European position paper on drug-induced sleep endoscopy: 2017 Update. Auteurs De Vito et al, *Clinical Otolaryngology* 2018

Zo weten we dat het risico op een herseninfarct verdubbeld, er 2,5 maal zo vaak hartfalen optreedt en ten slotte er in totaal 5 keer meer risico is op hart- en vaatziektengerelateerde sterfte bij onbehandeld OSA. Daarnaast gaan aandoeningen als depressie, hoge bloeddruk, diabetes type II en obesitas hand in hand met (onbehandeld) OSA. Belangrijk is het tijdig herkennen en behandelen van deze aandoening. De aandoening wordt veroorzaakt doordat de ademhaling (deels) geblokkeerd wordt van de ademhalingsweg van de lippen tot de stembanden en ontstaat in het bloed een tekort aan zuurstof. Dat zuurstoftekort zorgt voor prikkels naar de hersenen, zodat de patiënt in een minder diepe slaap terechtkomt of wakker schiet. Het gevolg: de patiënt slaapt minder goed en minder diep en voelt zich overdag vermoeid. Het chronische zuurstoftekort heeft ook een schadelijk effect op het lichaam, zoals eerder vermeld wordt. Slaapapneu wordt ingedeeld in licht, matig en ernstig OSA, respectievelijk een AHI van 5-15/uur; 15-30/uur en meer dan 30 per uur.



Figuur 2: Schematische voorstellen van een barbed position pharyngoplastie. Bron: Barbed reposition pharyngoplasty (BRP) in obstructive sleep apnea treatment: State of the art uit American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery 2022.

SYMPTOMEN

De symptomen die OSAS doen vermoeden worden door patiënt maar ook door de partner opgemerkt:

- (luid) snurken
- 's nachts plots wakker schieten
- slaperigheid overdag
- de partner die het stoppen met ademen van patiënt observeert tijdens de nacht
- droge mond en keelpijn bij het ontwaken
- hoofdpijn
- frequent moeten plassen 's nachts
- concentratiestoornissen gedurende dag
- verminderd libido

DIAGNOSE

OSAS blijft ondergediagnosticeerd. Volgens de literatuur lijden 2 % van de vrouwen en 4 % van de mannen aan OSAS, maar vermoedelijk blijft 70 tot 80 % van de patiënten zonder diagnose. Dat is jammer, vooral omdat de ziekte heel goed te genezen is en de symptomen en negatieve gezondheidseffecten meestal volledig omkeerbaar zijn.

Het vermoeden van OSAS kan worden bevestigd door een slaaponderzoek of polysomnografie (PSG). Dit wordt voorgesteld en besproken door de neuroloog, longarts of psychiater. Bij alle patiënten waar de neus-keel-oorarts/hoofd- en halschirurg denkt aan OSAS, wordt patiënt verwezen. Hierdoor worden beide puzzelstukken zijnde de bovenste luchtweg en eventuele medicamenteuze of chirurgische opties bekeken door de NKO-arts/hoofd- en halschirurg in overleg met de niet-snijdende discipline die het breder gedragen gezondheidsrisico en optimale medische behandeling inzet.

De AHI-index (de apneu-hypopnoe-index) geeft de ernst van de OSAS aan. Hij wordt berekend door de som te nemen van de apneus (lange ademstop met ernstige zuurstofdaling in het bloed) en de hypopneus (korter durende ademhalingsstop met beperktere zuurstofdaling in het bloed) per uur slaap. Op basis van deze waarden wordt de ernst van OSAS ingedeeld.

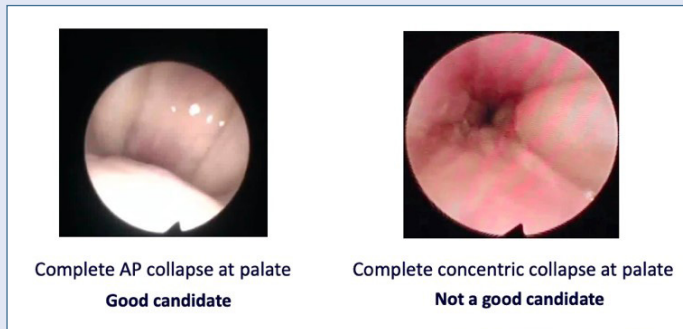
Diagnostiek door de NKO-arts/hoofd- en halschirurg door middel van flexibele camera (DISE)

Een belangrijk onderzoek in de uitwerking van snurken en slaapapneu is een onderzoek onder narcose waarbij de slaap door medicijnen wordt nagebootst en waarbij tegelijk wordt gekeken naar het gedrag van de verschillende structuren in de bovenste luchtweg. Dit wordt benoemd als een DISE (drug-induced sleep endoscopy). Met een flexibele camera wordt gekeken naar het verhemelte, de huid, de tongbasis, de strottenklep en diepe keelstructuren en de manier van dichtvallen ('collaberen'). Dit is belangrijk om de juiste therapie voor de juiste patiënt voor te stellen. Zo is afhankelijk van waar de keel dichtvalt, alsook op welke manier (anteroposterieur, laterolateraal of circulair) en in welke gradatie (niet, partieel of volledig) beslissend voor het behandelvoorstel. Een goed uitgevoerde DISE gebeurt in rugligging, (nagebootste) zijligging en met kleine bewegingen van de onderkaak. Logischerwijze is dit voor de arts belangrijk hier expertise in te ontwikkelen en onderhouden alsook dit frequent uitvoeren. Dit zorgt enkel voor een hogere slaagkans en beter therapievoorstel voor de patiënt (figuur 1).

BEHANDELINGEN

De behandeling voor een patiënt met sociaal storend snurken werd reeds kort toegelicht hierboven. Al deze therapieën kunnen ook aangeboden worden voor de behandeling van een patiënt met OSAS. Daarnaast is het bij een patiënt met OSAS belangrijk dat de patiënt zijn aanmeldklachten, de ernst van de OSAS vastgesteld op het polysomnografie-onderzoek alsook het resultaat van de DISE bij de NKO/hoofd- en halschirurg samen gelegd worden. Het is belangrijk dat de klacht van de patiënt verbetert, maar het is ook essentieel dat het aantal ademstops per uur dalen (de AHI (apneu-hypopnoe-index) moet dalen) en dat het voorstel van behandeling een goede kans op slagen heeft, voorspeld door de DISE.

Een behandeling heeft als doel het voorkomen dat de luchtweg tijdens de slaap wordt geblokkeerd. Dit gebeurt met >>



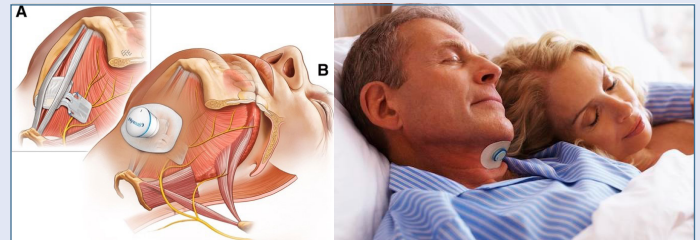
Figuur 3: Een complete anteroposterieure collaps van het palatum tegenover een complete concentrische collaps van het palatum (CCCp). De linker figuur toont aan dat patiënt een goede kandidaat is voor implantatie, de rechter figuur is een exclusie-criterium voor één van beide stimulatoren op de huidige markt. Bron: Gebaseerd op Upper-Airway stimulation for obstructive sleep apnea. Strollo et al. New England journal of medicine 2014

verschillende chirurgische technieken (zie hieronder), ofwel de luchtweg open te houden door positieve druk aan te brengen (continue positieve drukbeademing of Continuous Positive Airway Pressure, cPAP), ofwel wordt de ruimte voor de luchtweg anatomisch vergroot, door een snurkbeugel (MRA).

Verhemeltechirurgie (BRP – barbed reposition pharyngoplasty)

De ruimte voor de luchtweg kan anatomisch worden vergroot door ingrepen die het volume van de weke delen in de luchtweg verminderen. Vroeger werd een behandeling type Uvulo-palatopharyngoplastie (UPPP) uitgevoerd. Recent (sinds 2015) ontwikkelde C. Vicini een techniek met een verhoogde succeskans zijnde de *barbed reposition pharyngoplastie*. Gekend was dat een uvulo-palatopharyngoplasty een 40% reductie in AHI te weegbracht ("mean disease alleviation"), een inferieur resultaat aan cPAP of MRA (beiden +-50%). Deze nieuwe techniek brengt na correct uitgevoerd DISE en identificatie van een solitair probleem op verhemelteniveau een succeskans van 80% voor reductie van de AHI met 67%. De posterieure verhemeltepijler (M. palatopharyngeus) wordt naar anterieur en lateraal gehecht aan de voorste verhemeltepijler (M. palatoglossus) na uitvoeren van een tonsillectomie door middel van een specifieke hecht-techniek alsook hecht draad (figuur 2).

Een andere techniek evenwaardig aan BRP is de ESP (expansion sphincter pharyngoplasty). De idee en opzet zijn dezelfde, mits het nog caudaal doornemen van de M. Palatopharyngeus en deze 'ophangen' aan de hamulus ossis pterygoïdeus. In grote meta-analyses zijn beide technieken evenwaardig qua therapie-effect.



Figuur 5: Implantatie van het Genio-implantaat van de firma Nyxoah. Deze techniek bevat één incisie in de mediane hals. Er moet elke nacht een externe batterij op de hals aangebracht worden zoals op de figuur aangegeven.

Bron: Gebaseerd op documentatie van de firma Nyxoah.



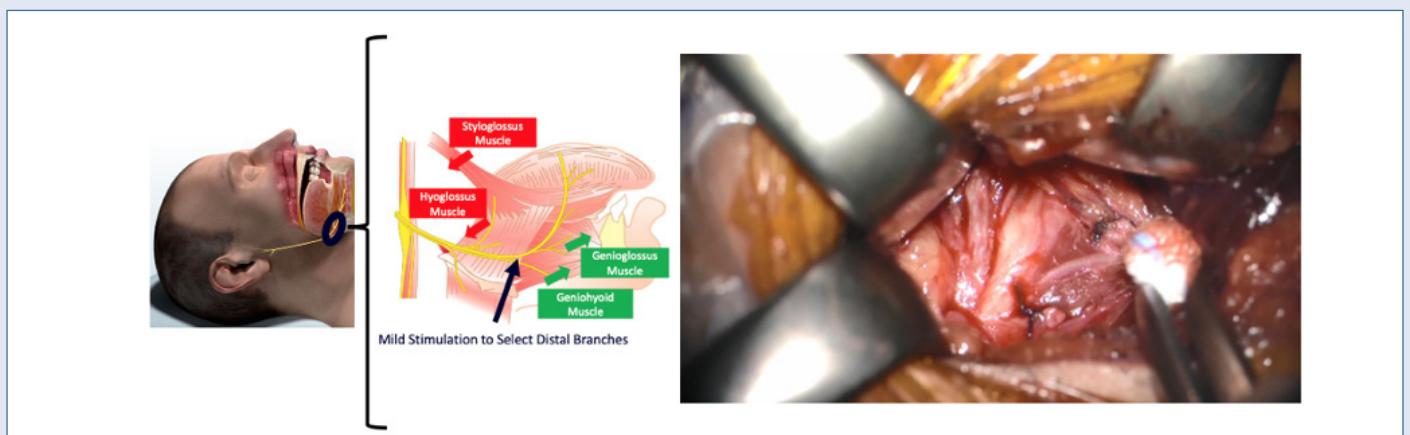
N. Hypoglossusstimulator

Een innovatieve, nieuwe techniek van obstructief slaapapneu is het implanteren van een elektrode rond of nabij de protruderende takken van de N. hypoglossus. Het stimuleren van deze takken (in het bijzonder de takken naar de M. Genioglossus en de M. Geniohyoïdeus), zorgt voor een protrusie van de tong tijdens inspiratie en relaxatie tijdens expiratie. Hierdoor vergroot de orofaryngeale ruimte en daalt het aantal AHI per uur. De mean disease alleviation (MDA) is beter dan bij cPAP en MRA (zijnde 60% in een recente studie gepubliceerd in de New England Journal of Medicine).

De inclusiecriteria zijn patiënten met matig tot ernstig OSA die onvoldoende therapie-effect hebben van een behandeling met een MRA of cPAP of intolerant hiervoor zijn. Daarnaast moet voor één van de 2 types implantaat een complete concentrische collaps van het palatum (CCCp) geïdentificeerd worden als contra-indicatie voor implantatie.

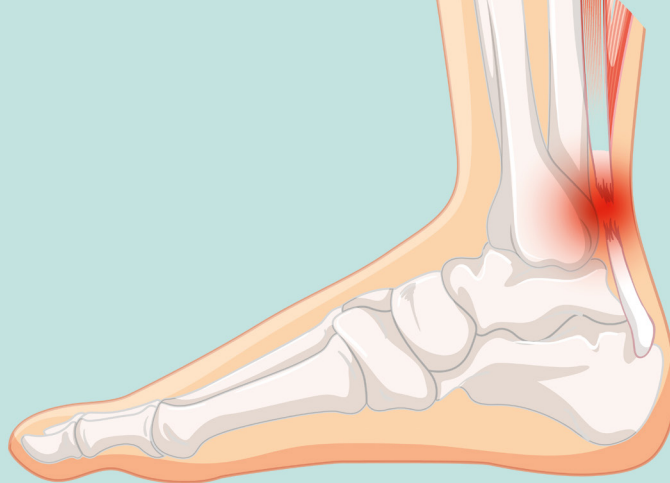
Geschat wordt dat een honderdtal implantaties in Vlaanderen op jaarbasis zullen uitgevoerd worden voor deze populatie. Het betreft een therapie met een implantaat dat meer dan 20.000 maal wereldwijd is geïmplantéerd en terugbetaald is in 16 landen. De kennis en expertise voor identificatie van patiënten alsook de implantatie zelf is voor handen bij de NKO-artsen in Brugge. Verwacht wordt dat eind 2022 de terugbetaling in België zal goedgekeurd worden (figuur 3, 4 en 5).

Reeds gekende behandelprincipes zijn een osteotomie van de boven- en onderkaak, een MRA (mandibulair repositie-apparaat) beiden uitgevoerd door de dienst stomatologie, een cPAP-toestel ingesteld door de dienst pneumologie. Ook een DISE (drug-induced sleep endoscopy) kan directie geven naar de slaagkans van deze therapieën. ■



Figuur 4: Implantatie van het Inspire-IV implantaat van de firma Inspire rondom de distale takken van de N. hypoglossus (tong-zenuw) die de M. genioglossus en M. geniohyoïdeus stimuleren. Dit systeem wordt volledig geïmplantéerd met 2 incisies (1 in de halsregio alsook 1 in de pectoralisstreek rechts). Er moet geen externe batterij aangebracht worden gedurende de nacht.

Bron: Gebaseerd op documentatie van de firma Inspire.



Minimaal invasieve achillespeeshechting

Auteur:
dr Patrick Deprez, orthopedie

Bij een acute achillespeesruptuur zijn zowel de operatieve als conservatieve behandeling mogelijk. Er is echter nog geen duidelijke consensus welke behandeling te verkiezen is.

De beide therapieën zijn te rechtvaardigen maar een individueel oordeel is aangewezen. Zo kan u de jonge sporter best operatief behandelen en kan u bij de oudere, minder actieve patiënt (al dan niet met comorbiditeiten) een even goed resultaat behalen zonder operatieve interventie. Langdurig gipsen is tegenwoordig uit den boze. Gelukkig kan in beide gevallen na 2 weken gestart worden met steunname en **functionele revalidatie** met walker boot.

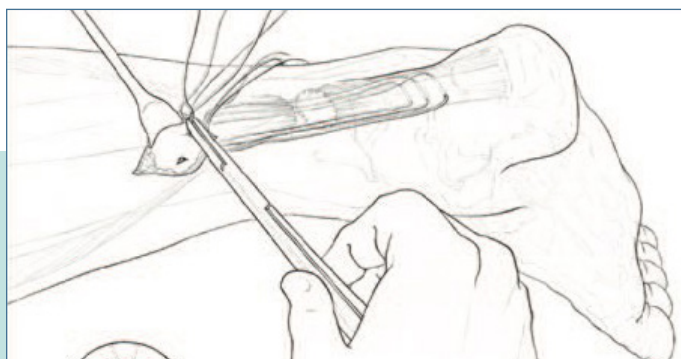
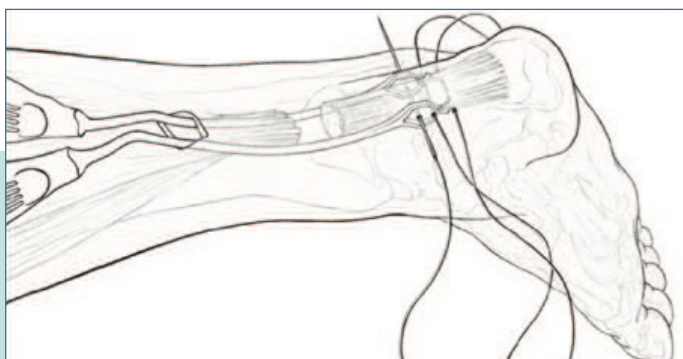
Het voordeel van de **operatieve** behandeling is een perfecte appositie van de peesuiteinden met secuur herstel van peeslengte en -spanning. De kans op een re-ruptuur van een operatief gehechte achillespees is ook duidelijk kleiner. Mogelijke nadelen zijn wondcomplicaties en zenuwletsel (n. suralis).

De **niet-operatieve behandeling** kan zeker ook tot goede resultaten leiden. Hier kan mits zorgvuldig hanteren van een hakophoging in een walker boot een goede appositie van de peesuiteinden worden bekomen met eveneens adequaat herstel van peesspanning en -lengte.

Voorstanders van de **conservatieve** aanpak wijzen naar mogelijke operatieve complicaties maar vooral ook naar het chirurgisch verstoren van het biologisch genezingsproces. Bij klassieke open chirurgie wordt veelal het omliggende paratenon en het ruptuurhematoom beschadigd. Beiden zijn essentieel in het helingsproces van de pees.

Meer recent werden **minimaal invasieve chirurgische hersteltechnieken** ontwikkeld die de nadelen van chirurgie tot een minimum beperken. Bovendien leiden deze technieken tot een zeer goede appositie van de peesuiteinden en laten ze het paratenon en hematoom intact. De vereiste incisie is slechts een 3-tal centimeter. Een snelle functionele revalidatie is eveneens mogelijk. Idealiter bevindt de scheur zich op 2 tot 7 cm van de calcaneaire insertie en is de scheur maximaal 1-2 weken oud. Speciale hechtingsinstrumenten zijn wel noodzakelijk.

De minimaal invasieve achillespeeshechtingstechniek vangt in vele gevallen de "klassieke open" chirurgie bij de jonge sportieve patiënt maar geeft tevens meer keuzevrijheid aan de actieve oudere patiënt tussen een conservatieve behandeling of een minimaal invasieve operatie. ■



Figuren: Mini invasieve achillespeeshechtingstechniek (Dresden). Bron: Intercus GmbH, foto's P. Deprez

Studie CMVictory zoekt mogelijke kandidaten

Auteur:

dr. Hilde Logghe en dr. Caroline Van Holsbeke, gynaecologie



We zijn gestart met een nieuwe studie, namelijk de CMVictory studie en zijn hierbij op zoek naar mogelijke kandidaten.

Indestrijd tegen de veelvoorkomende virale infectie CMV (cytomegalovirus), die in de zwangerschap ernstige geboortefwijkingen kan veroorzaken en waarvoor momenteel nog geen vaccin bestaat, ontwikkelde Moderna een mRNA onderzoeksvaccin. Met deze CMVictory studie willen we de veiligheid en werkzaamheid tegen CMV-infectie evalueren bij CMV-seronegatieve vrouwen en de veiligheid ervan evalueren bij CMV-seropositieve vrouwen.

Vrijwillige deelnemers die in aanmerking komen voor de studie moeten:

- ✓ Vrouw zijn tussen 16 en 40 jaar.
- ✓ In goede gezondheid zijn.
- ✓ Niet zwanger zijn of van plan zijn om binnen de eerstvolgende 9 maanden zwanger te worden.
- ✓ Een nauw contact hebben met ten minste één kind van 5 jaar of jonger, gedurende ten minste 8 uur per week.

Geïnteresseerde vrijwilligers doorlopen eerst een screeningsbezoek om na te gaan of ze in aanmerking komen voor deelname. Dit bezoek omvat, na uitleg en geïnformeerde toestemming, een fysiek onderzoek, anamnese naar medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik, zwangerschapstest op urine en bloedanalyse voor CMV IgG/IgM. Indien de kandidaat aan alle inclusiecriteria voldoet en de exclusiecriteria niet worden bevestigd, komt zij in aanmerking voor studiedeelname.

De totale studiedeelname van 30 maanden bestaat uit een vaccinatie- en opvolgfase. Gedurende de eerste 7 maanden zullen studiedeelnemers 6 ziekenhuisbezoeken bijwonen, waaronder het screeningsbezoek en 3 vaccinatiebezoeken waarbij ze een injectie krijgen. Vanaf maand 8 start de opvolgfase, waarbij deelnemers ongeveer om de 3 maanden op afspraak moeten komen. In de loop van de studie worden ook 21 veiligheidscontroles gedaan via telefoongesprek of elektronisch dagboek. In geval van bijwerkingen kan een niet-gepland bezoek aangewezen zijn. De randomisatie en eerste injectie vindt 28 dagen na screening plaats. De kans dat de deelnemer het klinisch studievaccin of een placebo krijgt is hierbij 50%. De studie is voor waarnemers geblindeerd, waardoor de deelnemer en onderzoekers de randomisatiegegevens niet kennen. Enkel studiepersoneel dat verantwoordelijk is voor voorbereiding (apothek) en toediening van de studie-injectie hebben toegang tot de toewijzingen van de studiebehandeling. De deelname is op vrijwillige basis. Een deelnemer kan op elk moment haar studiedeelname stopzetten. Een patiëntenvergoeding wordt voorzien.

Graag roepen we u op om de studie mee te helpen promoten. Heeft u zelf interesse of ken je iemand die hiervoor in aanmerking zou komen, neem dan contact op met dokter Hilde Logghe, dokter Caroline Van Holsbeke of Veerle De Prest via studies.gynaeco@stlucas.be.

Voor meer informatie kan u de website raadplegen <https://cmvictory.com/be-nl/> ■

Publicatie

- ERJ Open Res 2022 Feb 28;8(1):00610-2021. Azithromycin for treatment of hospitalised COVID-19 patients: a randomised, multicentre, open-label clinical trial (DAWn-AZITHRO)
Iwein Gyselinck, Laurens Liesenborghs, Ann Belmans, Matthias M Engelen, Albrecht Betrains, Quentin Van Thillo, Pham Anh Hong Nguyen, Pieter Goeminne, Ann-Catherine Soenen, Nikolaas De Maeyer, Charles Pilette, Emmanuelle Papeux, Eef Vanderhelst, Aurélie Derweduwen, Patrick Alexander, Bernard Bouckaert, Jean-Benoît Martinot, Lynn Decoster, Kurt Vandeurzen, **Rob Schildermans**, Peter Verhamme, Wim Janssens, Robin Vos

Nieuw staflid

Op 1 oktober 2022 vervoegde dokter Laurens Van de Bruaene onze dienst **inwendige geneeskunde - cardiologie**.



dr. Laurens
Van de Bruaene

Hij studeerde geneeskunde aan de universiteit Gent en promoveerde in 2016 met onder andere buitenlandse stages in Mexico, Burkina Faso en Iran.

Nadien volgde hij zijn opleiding inwendige geneeskunde in Ronse (AZ Glorieux) en Gent (AZ Maria Middelaere en UZ).

Zijn opleiding tot cardioloog begon hij in Gent (UZ bij prof.dr. De Pauw), vervolgens in Roeselare (AZ Delta bij dr. Dujardin) om te eindigen aan zijn alma mater te Gent (UZ) in 2022.

Als hoofdzakelijk klinisch cardioloog, heeft hij een bijzondere interesse voor cardiovasculaire beeldvorming. Hij behaalde de certificaten van de European Association of Cardiovascular Imaging voor zowel transthoracale als transoesofageale echocardiografie.

Daarnaast zal hij zich toeleggen op patiënten met aangeboren hartafwijkingen en werd hij in oktober 2022 aangesteld als consulent in het UZ Leuven binnen deze discipline. Verder zal hij hartkatheterisaties uitvoeren in het AZ Sint-Jan Brugge. In 2022 behaalde hij het certificaat van Advanced Life Support van de European Resuscitation Council. ■