

AZ SINT-LUCAS BRUGGE

MEDI@LUCAS

jaargang 2 - nr. 3 - oktober 2024

viermaandelijks medisch magazine voor huisartsen en zorgverstrekkers



Early Parkinson Traject: een nieuw en multidisciplinair revalidatietraject

Nieuw cloudgebaseerde PACS verbetert de medische zorg in Brugge

az sint-lucas
BRUGGE

Colofon

Editie oktober 2024

Medi@Lucas verschijnt
viermaandelijks. Gratis voor
artsen en zorgverstrekkers.

Werken mee aan dit nummer

prof. dr. Joris Arts
dr. Ignace Dalle
dr. Francis De Ketelaere
dr. Mileen De Vleeschhouwer
dr. Jesse Marrannes
dr. Rob Schildermans
dr. Gilles Uijterhaegen
dr. Pieter Uvin
dr. Stien Van Loey
dr. Pieter Vandaele
dr. Gaëlle Vermeersch

Eindredactie

Dienst Communicatie

Druk

Group Joos, Turnhout

Dienst communicatie

AZ Sint-Lucas Brugge vzw
Sint-Lucaslaan 29
8310 Brugge
050 36 56 96
communicatie@stlucas.be

www.stlucas.be > info@stlucas.be
Ondernemingsnr.: 408.116.216
RPR Gent, Afdeling Brugge

Verantwoordelijke uitgever

dr. Stefan De Moor, hoofdarts en
medisch directeur

In deze Medi@Lucas

PNEUMOLOGIE **7**
Vaccinatieadvies voor volwassenen:
Influenza, COVID-19, RSV en Pneumokokken

THORAX- EN VAATHEELKUNDE **11**
Innovatieve behandeling met IVUS bij
veneuze stenting

PATHOLOGISCHE ANATOMIE **16**
Laboratorium Pathologische Anatomie
gebruikt AI om prostaatpuncties te analyseren

FYSISCHE GENEESKUNDE - NEUROLOGIE **19**
Early Parkinson Traject: een nieuw
multidisciplinair revalidatietraject

UROLOGIE **23**
Nieuwe techniek voor behandeling
van prostaatvergroting

RADIOLOGIE **26**
Nieuw cloudgebaseerd PACS verbetert
de medische zorg in Brugge

OOGZIEKTEN **28**
Myopie: een groeiend probleem

Voorwoord

Beste lezer,



Naast infrastructurele vernieuwingen zijn er in ons ziekenhuis ook heel wat medische innovaties.

De herfst is aangebroken en dit jaar belooft het een belangrijk seizoen te worden voor AZ Sint-Lucas.

De werken vooraan het ziekenhuis komen in een definitieve fase: begin januari 2025 openen wij ons nieuwe KOALA-gebouw. Het anagram staat voor de verschillende activiteiten die in dit gebouw zullen gehuisvest worden: de Keuken (en nieuwe cafetaria), het Onthaal (met de nieuwe ingang tot het ziekenhuis), de vernieuwde en geautomatiseerde Apotheek met clean rooms, de Logistieke afdeling met het magazijn en de dienst Aankoop. Wanneer al deze diensten uit het huidige hoofdgebouw zullen verhuisd zijn, komt veel oppervlakte vrij die een andere invulling zal krijgen met onder meer een nieuwe afdeling Kinesithérapie-Ergotherapie en Lucas Rug- en Nekschool, een volledig nieuwe raadpleging Orthopedie en NKO, een nieuw chirurgisch dagziekenhuis en een vernieuwing en uitbreiding van het Operatiekwartier en CSA.

Maar naast infrastructurele vernieuwingen zijn er in ons ziekenhuis ook heel wat medische innovaties waarover u in dit nummer kan lezen. Er zijn opnieuw vier stafleden gestart op de diensten Spoedgevallen, Gynaecologie-Verloskunde en Gastro-enterologie. De dienst Vaatheelkunde introduceert een nieuwe techniek bij veneuze stenting door gebruik te maken van intravasculaire ultrasound (IVUS). Op het Laboratorium Pathologische Anatomie wordt na de digitalisatie nu ook AI gebruikt om prostaatpuncties te analyseren. De diensten Neurologie en Fysische geneeskunde zijn gestart met een multidisciplinair revalidatietraject voor vroegtijdige ondersteuning bij ziekte van Parkinson. En op de dienst Urologie is de eerste MiLEP of Minimaal invasieve Laser Enucleatie van de Prostaat uitgevoerd in de Benelux.

De herfst brengt echter niet alleen vernieuwing, er zijn ook zaken die terugkeren, zoals de luchtweginfecties. In deze editie staat dan ook een uitgebreid vaccinatieadvies betreffende influenza, Covid-19, RSV en Pneumokokken.

Tenslotte brengt deze herfst ons de gemeenteraadsverkiezingen. Verschillende partijen hebben in hun verkiezingsprogramma het belang van een goede gezondheidszorg onderstreept met als voornaamste punt de mogelijke fusie van de Brugse ziekenhuizen. Ook ik kijk dus met spanning uit naar de resultaten van deze stemming en wat dit zal betekenen voor de toekomst van ons ziekenhuis.

Dr. Stefan De Moor,
hoofddarts en medisch directeur AZ Sint-Lucas Brugge

Nieuwe artsen

In augustus en september 2024 mochten we verschillende nieuwe artsen in ons ziekenhuis verwelkomen. Graag stellen we onze nieuwe stafleden aan je voor.



Dr. Sophie Pommé

Sinds augustus 2024 versterkt dr. Sophie Pommé onze dienst **Gynaecologie-Verloskunde**.

Dr. Sophie Pommé heeft haar opleiding geneeskunde evenals haar specialisatie gynaecologie-verloskunde genoten aan de Universit  Catholique de Louvain in Brussel. Na haar opleiding gynaecologie-verloskunde heeft zij gedurende twee jaar in het UZ Gent gewerkt in het kader van een bijkomende opleiding gespecialiseerde verloskunde en prenatale diagnose. Naast een algemene praktijk gynaecologie-verloskunde zal dr. Sophie Pommé zich in het bijzonder toeleggen op verloskunde.



Dr. Pieter Deceuninck

Op 1 september 2024 startte dr. Pieter Deceuninck op de dienst Anesthesiologie en is hij werkzaam op de **Spoedgevallendienst** en in het **Operatiekwartier**.

Dr. Pieter Deceuninck behaalde in 2018 zijn Master geneeskunde aan de KU Leuven. In 2023 r ndde hij zijn specialisatie anesthesie en reanimatie af in het OLV Ziekenhuis in Aalst en het UZ Gasthuisberg. In september 2024 behaalde hij zijn bijzondere beroepstitel in urgentiegeneeskunde. Dr. Deceuninck heeft bijzondere interesse in de opvang van traumapatiënten, echografie op de spoedgevallendienst en locoregionale anesthesie.



Dr. Justine Vancanneyt

Sinds 6 september 2024 vervoegt dr. Justine Vancanneyt de dienst **Gastro-enterologie**.

Dr. Justine Vancanneyt genoot haar opleiding tot gastro-enteroloog aan de KU Leuven en behaalde aanvullend de bijzondere bekwaamheid in de digestieve oncologie. Zij zal zich binnen onze dienst voornamelijk toeleggen op de zorg van digestieve oncologische patiënten. Haar expertise zal de digestieve oncologie van AZ Sint-Lucas Brugge nog verder doen groeien en ook de palliatieve zorg versterken.



Dr. Pieter Lioen

Dr. Pieter Lioen, die voorheen ook al in ons ziekenhuis werkte, is na het afronden van zijn specialisatie urgentiegeneeskunde, sinds 1 augustus 2024 opnieuw actief als spoedarts in onze **Spoedgevallendienst**.

Hoe kunnen we onze dienstverlening optimaliseren?

Om de dienstverlening van onze dienst Radiologie verder te verbeteren, willen we graag je mening horen. De ervaring en feedback van artsen zijn voor ons van groot belang om te begrijpen wat er goed loopt en waar we mogelijk nog kunnen verbeteren.

We nodigen je vriendelijk uit om deel te nemen aan een korte enquête. Het invullen van de enquête duurt maximaal 5 minuten. Je kunt de enquête gemakkelijk invullen door de QR-code te scannen.

Alvast hartelijk dank voor je waardevolle bijdrage!



Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde - Stomatologie

Dienst MKA behaalt prestigieuze 'All-on 4 Center of Excellence'-award

De dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde - Stomatologie mocht onlangs een prestigieuze internationale prijs in ontvangst nemen. Artsen Francis De Ketelaere en Karen Supply ontvingen de All-on-4 Center of Excellence award, die hun uitzonderlijke expertise benadrukt en erkenning geeft voor het indrukwekkende aantal patiënten dat zij succesvol met het 'All-on-4'-principe hebben behandeld.

Met de 'All-on-4'-techniek vervangen onze chirurgen een volledige tandenboog binnen de 24 tot 48 uur met behulp van een vaste brug, geplaatst op amper vier perfect gepositioneerde implantaten.

Daarnaast is de prijs ook een erkenning voor hun onuitputtelijke inzet voor kwaliteit en hun onvoorwaardelijke toewijding aan uitstekende patiëntenzorg. Deze onderscheiding bevestigt de positie van de dienst MKA Brugge als voorloper op het gebied van innovatieve kaakchirurgische behandelingen.



Vaccinatieadvies voor volwassenen in België: Influenza, COVID-19, RSV en Pneumokokken

dr. Rob Schildermans, medisch diensthoofd Pneumologie

Nu de zomer is afgelopen en de winter voor de deur staat, breekt opnieuw het seizoen van griep en andere luchtweginfecties aan. De laatste jaren heeft het SARS-CoV-2 hier natuurlijk een prominente rol gespeeld, maar onder andere door de hoge vaccinatiegraad in België is er nu een efficiënte individuele en groepsimmunitet ontstaan. Hierdoor zagen we de voorbije winter weer talrijke andere virale luchtweginfecties.

Vaccinatie is een essentieel onderdeel van de preventieve gezondheidszorg en het voorbije jaar zijn er ook een aantal nieuwe vaccins voor respiratoire virussen op de markt gekomen. Tijd om even stil te staan bij de mogelijkheden en heersende richtlijnen voor vaccinatie voor respiratoire infecties, gebaseerd op de aanbevelingen van de Belgische Hoge Gezondheidsraad.



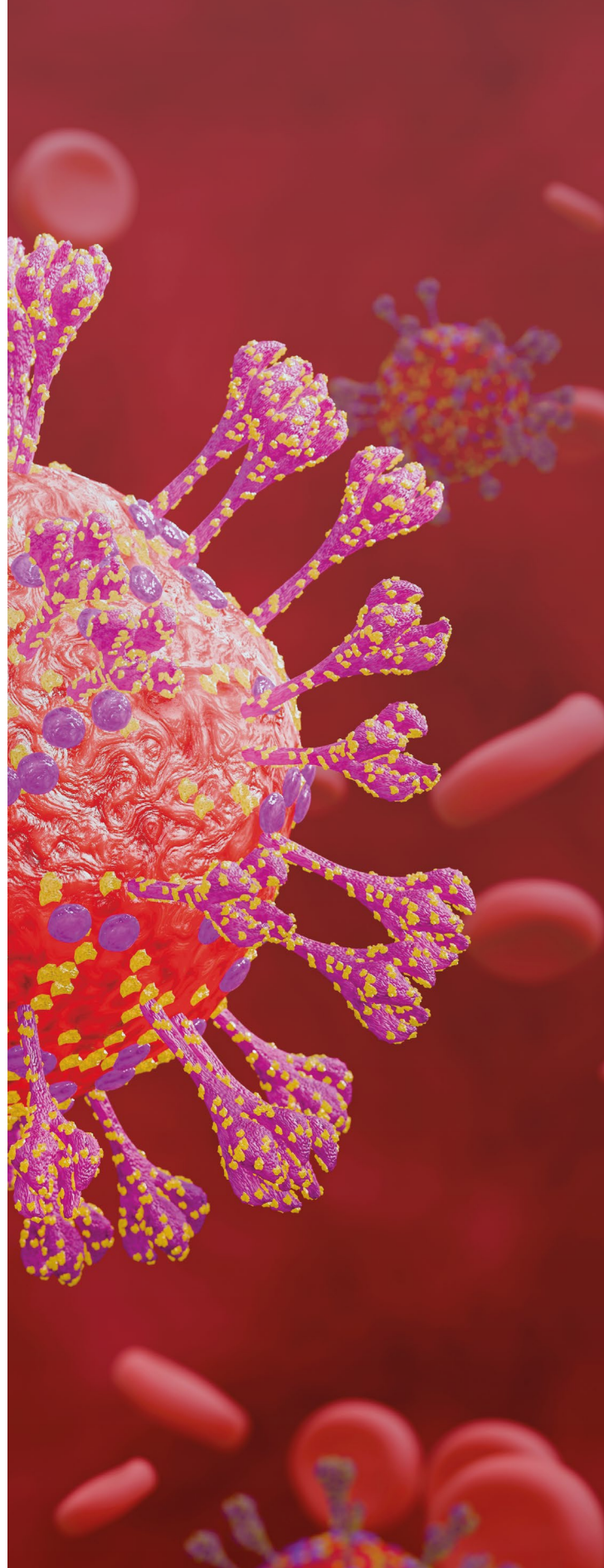
Influenza

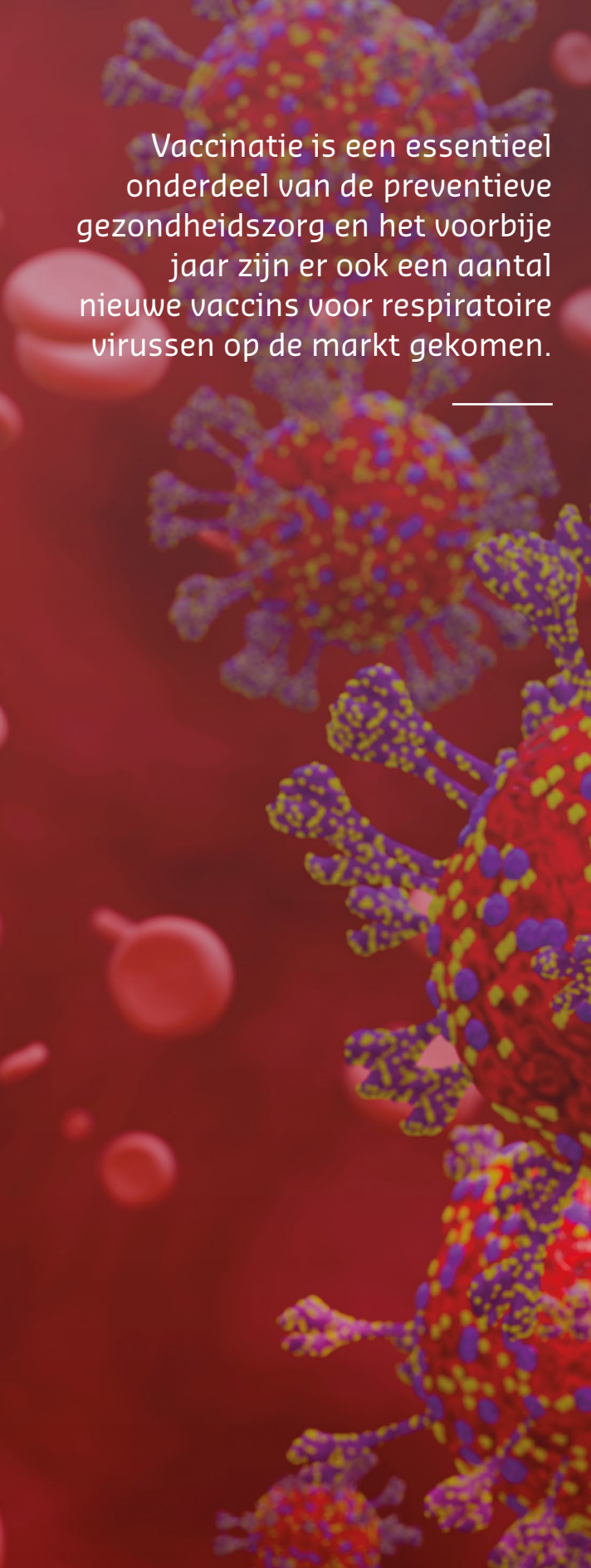
Influenza blijft een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit, vooral onder kwetsbare groepen. Gemiddeld worden elk jaar 500.000 mensen in België getroffen door een griepsyndroom, dat is tot 8 % van de bevolking. Ongeveer 2 tot 3 % van de griepgevallen resulteert in een ziekenhuisopname. Hiervan ontwikkelt 13 % ernstige complicaties, die bij 6 % zelfs fataal zijn. Meer dan 80% van deze sterfgevallen komt doorgaans voor bij mensen van 65 jaar en ouder.

Eén meta-analyse toont dat het risico bij ouderen door vaccinatie beperkt daalt, van 6 % naar 2,4 %. De impact op morbiditeit en mortaliteit blijft door de beperkte kwaliteit van de studiegegevens onduidelijk. Maar griepvaccinatie vermindert wel de kans op hospitalisatie met 40 tot 60 % en er worden talrijke complicaties vermeden. Ook voorkomt het dat mensen met chronische aandoeningen ernstige opstoten van hun onderliggende ziekte doormaken. Gezonde volwassenen die zich laten vaccineren verminderen het risico op griep voor kwetsbare mensen in hun omgeving en ook de economische voordelen zijn significant (kost medische zorg, werkverlet, enzovoort). Bijgevolg wordt de jaarlijkse griepvaccinatie sterk aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad.

De doelgroepen voor de griepvaccinatie van het seizoen 2024-2025 zijn:

- Alle personen vanaf 65 jaar
- Alle patiënten ouder dan 6 maanden die lijden aan:
 - Een onderliggende chronische aandoening van longen (inclusief ernstig astma), hart, lever of nieren
 - Een metabole aandoening (inclusief diabetes)
 - Een neuromusculaire aandoening
 - Een immuniteitsstoornis
- Alle personen met een BMI boven de 40
- Personen die in een instelling verblijven
- Alle zwangere vrouwen
- Kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan
- Alle personen die met een kind jonger dan 6 maanden of een kwetsbaar persoon samenwonen (cocoönvaccinatiestrategie)
- Alle personen die werken in de gezondheidssector, in of buiten een zorginstelling





Vaccinatie is een essentieel onderdeel van de preventieve gezondheidszorg en het voorbije jaar zijn er ook een aantal nieuwe vaccins voor respiratoire virussen op de markt gekomen.

COVID-19

Door de intensieve vaccinatiecampagne is COVID-19 geen majeur probleem meer voor de gezondheidszorg, maar door circulerende varianten van het SARS-CoV2-virus zeker nog niet verdwenen. Omdat een infectie met het virus nog steeds tot aanzienlijke ziektelast en ziekenhuisopname kan leiden, met name bij personen met een medisch (hoog)risico en bij ouderen, lanceert de overheid vanaf september een nieuwe vaccinatiecampagne. In het najaar 2024 zal er gevaccineerd worden met een nieuw vaccin, aangepast aan de JN.1-variant.

De doelgroepen voor de najaarsvaccinatie zijn de onderstaande, waarbij voorrang wordt gegeven aan bewoners van WZC en kwetsbaren op individuele vraag:

- Personen van 65 jaar of ouder
- Personen die langdurig in een zorgvoorziening verblijven (bv. WZC, VAPH ...)
- Personen met onderliggende gezondheidsproblemen zoals:
 - Long-, hart-, lever- of nieraandoeningen
 - Metabole aandoeningen zoals diabetes type 1 en 2
 - Neuromusculaire aandoeningen
- Personen met een immuunstoornis of hiermee samenwonend
- Personen werkzaam in de zorgsector, in of buiten een zorgvoorziening
- Personen met obesitas (BMI $\geq$ 40)

Omdat het verhoogde risico op ernstige ziekte door COVID-19 tijdens de zwangerschap momenteel laag is, is zwangerschap op zich geen indicatie voor een COVID-19-vaccinatie.

Eén jaarlijkse dosis van een COVID-19-vaccin volstaat voor de meeste mensen uit de risicogroepen. Sommige patiënten uit de medisch hoogrisicogroep (bijvoorbeeld na een stamceltransplantatie) houden ondanks vaccinatie een verhoogd risico op een ernstig beloop van COVID-19. Zij kunnen baat hebben bij revaccinaties vaker dan één keer per jaar.



Pneumokokken

Pneumokokkeninfecties worden veroorzaakt door *Streptococcus pneumoniae*, een grampositieve facultatieve aerobe diplokok, die bij vele mensen als commensaal in de bovenste luchtwegen verblijven. De pneumokok is een belangrijke verwekker van pneumonie, sepsis, meningitis, sinusitis, otitis media en acute exacerbaties van chronisch obstructief longlijden. Op basis van kapseltypering onderscheidt men minstens 100 serotypes. Volgens de HGR is het sterftecijfer voor pneumokokkenbacteriëmie 12 % bij mensen van 65 jaar en ouder en twee keer zo hoog bij 85-plussers.

Er zijn twee soorten vaccins tegen pneumokokkeninfecties beschikbaar:

- Het niet-geconjugeerd polysaccharidevaccin tegen 23 types pneumokokken (PPV23)
- Het geconjugeerde polysaccharidevaccin waarvan er drie types op de markt zijn in functie van het aantal serotypes (PCV13, PCV15 en PCV20).

Bij volwassenen wordt gebruik gemaakt van het PPV23 (Pneumovax 23) en PCV20 (Prevenar 20) vaccin.

Het PPV23 biedt ongeveer 50 % protectie tegen invasieve pneumokokkeninfecties bij gezonde ouderen tussen 65 en 80 jaar, maar de cijfers zijn niet consistent bij kwetsbare ouderen en populaties met een verhoogd risico. De effectiviteit van PCV20 werd niet onderzocht, maar het PCV13-vaccin gaf een bescherming van 75 % tegen invasieve pneumokokkenziekte veroorzaakt door serotypes vervat in het vaccin met een daling van 52,6 % van alle invasieve pneumokokkenziekte.

Op basis hiervan beveelt de HGR onderstaand vaccinatieschema aan voor:

1. Gezonde personen vanaf 65 jaar

- Voorkeur voor vaccinatie met PCV20, geen herhaalvaccin PPV23 na 5 jaar
- Boven de leeftijd van 85 jaar zijn er geen gegevens bekend, individueel te beslissen

2. Volwassenen vanaf 50 jaar met comorbiditeit

Onder comorbiditeiten worden de klassieke comorbiditeiten verstaan maar ook nicotine- en ethylabusus.

- Voorkeur voor vaccinatie met PCV 20, nadien een éénmalig revaccinatie met PCV23 na 5 jaar
- Herhaalde vaccinatie om de 5 jaar met PPV23 kan overwogen worden bij ernstige onderliggende comorbiditeit

3. Volwassenen vanaf 16 jaar met verhoogd risico op pneumokokkeninfectie

Hieronder worden patiënten bedoeld met een stoornis van de immuniteit (bv. transplantpatiënten, patiënten onder immunosuppressie), met asplenie, met sickle-cell disease of een hemoglobinopathie, met lek van cerebrospinaal vocht of met een cochleair implantaat.

- Voorkeur voor vaccinatie met PCV20, nadien om de 5 jaar revaccinatie met PCV23

Respiratoir Syncytieel Virus (RSV)

Het respiratoir syncytieel virus (RSV) is een voor de mens zeer besmettelijk pathogeen dat luchtweginfecties veroorzaakt. Bij volwassenen ligt de hoogste ziektelast, zoals bij Influenza en COVID-19, bij oudere mensen en mensen met comorbiditeiten. Een RSV-infectie verleent geen langdurige immuniteit en herinfectie met RSV gebeurt dan ook regelmatig.

In België blijkt uit de cijfers van het surveillancenetwerk dat 7,3 % van de patiënten van 65 jaar en ouder die waren opgenomen voor een ernstige acute luchtweginfectie bij opname een positieve RSV-PCR-test hadden. Van deze groep moest 14,2 % worden overgeplaatst naar de ICU en ontstond er in 25,1 % van de gevallen een longontsteking. De RSV-gerelateerde sterfteratio in deze groep werd geraamd op 11,3 %.

In 2023 zijn twee RSV vaccins op de markt gekomen, Arexvy (GSK) en Abrysvo (Pfizer). Uit studies blijkt dat er een vaccinwerkzaamheid is van 66 tot 82 % ten opzichte van lage luchtweginfecties, en 85 tot 94 % tegenover ernstige lage luchtweginfecties. In de nochtans uitgebreide studiepopulaties van rond de 50.000 patiënten zaten weinig individuen uit de kwetsbare doelgroepen. Ook zijn er geen duidelijke cijfers te halen over risicoreductie van hospitalisatie of sterfte. Om die reden wacht men toekomstige data af en is er momenteel nog geen terugbetaling van de vaccins (kostprijs +/- € 200).

Met het oog op de hoge morbiditeit en mortaliteit door RSV-infecties bij patiënten met gekende risicofactoren en het gebrek aan doeltreffende antivirale therapie, concludeert de Hoge Gezondheidsraad dat RSV-vaccinatie op individuele basis aangeboden kan worden aan risicopatiënten van ouder dan 60 jaar met minimaal één van de klassieke risicofactoren. De aanbevolen dosis is een enkele IM-injectie en dient vermoedelijk om de drie jaar toegediend te worden, al worden ook hierover nog data verwacht.



Thorax- en vaatheelkunde

Innovatieve behandeling met IVUS bij veneuze stenting

dr. Gilles Uijterhaegen, Thorax- en Vaatheelkunde

De dienst Thorax- en Vaatheelkunde is verheugd om aan te kondigen dat we een nieuwe stap zetten in de behandeling van vasculaire aandoeningen. Vanaf heden maken we gebruik van Intravascular Ultrasound (IVUS) bij veneuze stenting. Deze geavanceerde technologie stelt ons in staat om met meer precisie inwendige vaatstructuren in beeld te brengen, wat leidt tot een betere beoordeling en behandeling van veneuze aandoeningen.

Wat is IVUS?

IVUS is een beeldvormende techniek die gebruik maakt van echografie om gedetailleerde beelden van de binnenkant van de bloedvaten te maken.

Deze methode heeft in de afgelopen jaren aan belang gewonnen voor de diagnose en behandeling van diep veneuze pathologieën zoals iliofemorale obstructies. Naast het nauwkeurig bepalen van de diameter en oppervlakte van de aderen kan IVUS subtiele afwijkingen in de vaatwand en intralumenele veranderingen opsporen die met andere beeldvormingsmethoden, zoals CT- of MR-venografie, soms onopgemerkt blijven. Uit studies zoals de VIDIO-trial blijkt bovendien dat IVUS gevoeliger is dan venografie bij het identificeren en kwantificeren van veneuze obstructies.¹ Dit maakt IVUS een waardevolle techniek bij de behandeling van patiënten met een veneuze stenose. Hoewel IVUS nuttig is, blijft het een invasieve techniek die we alleen toepassen wanneer de indicatie om een stenose te behandelen al werd gesteld.²



Veneuze stenting

Veneuze stenting wordt uitgevoerd om vernauwingen (stenosen) of afsluitingen (occlusies) in de aderen te behandelen en zo de bloeddoorstroming te verbeteren. Dit is meestal nodig wanneer er sprake is van een chronische obstructie die kan leiden tot ernstige symptomen en complicaties.

Stenotische en obstructieve laesies in de vena cava inferior (VCI) of de iliacale aderen hebben verschillende oorzaken. Ongeacht de oorzaak kan de verminderde veneuze afvoer, alleen of in combinatie met veneuze reflux, chronische veneuze insufficiëntie in de onderste ledematen veroorzaken. Bekende oorzaken van de bovengenoemde stenotische/obstructieve laesies zijn het posttrombotisch syndroom (PTS) en het May-Thurner syndroom, dat ook wel non-trombotische iliacale veneuze laesies (NIVL) wordt genoemd. PTS is de meest voorkomende aandoening van deze twee.³

Techniek en benodigdheden

Om een veneuze stenting veilig en effectief uit te voeren zijn diverse gespecialiseerde materialen en instrumenten nodig. Allereerst is echogeleide toegang essentieel. De toegang tot het veneuze systeem kan via de vena femoralis of via de vena jugularis interna worden verkregen, afhankelijk van de locatie van de obstructie. Vervolgens wordt de sheath zo geplaatst dat ook de vena femoralis communis goed in zicht wordt gebracht. De obstructie zelf wordt gepasseerd met behulp van een hydrofiele voerdraad, ondersteund door een katheter. IVUS speelt een cruciale rol tijdens de procedure, omdat het gedetailleerde beelden levert van de veneuze structuren. Dit stelt ons in staat om de omvang van de obstructie nauwkeurig te beoordelen en de stent optimaal te plaatsen. Voor de stenting gebruiken we een zelfexpanderende stent, die zorgvuldig wordt gepositioneerd in gezonde veneuze segmenten boven en onder de vernauwing, zodat deze stevig vastzit en de bloedstroom effectief kan herstellen. Ook bij het bepalen van de juiste maat van de stent speelt IVUS een rol. Tijdens de procedure wordt uiteraard ook een klassieke flebografie uitgevoerd. Na de stentplaatsing wordt gecontroleerd of het contrastmiddel snel door de ader stroomt en of de collaterale aderen niet meer zichtbaar zijn.

Terugbetaling

In België wordt IVUS momenteel niet terugbetaald. Toch kiezen wij ervoor om IVUS te gebruiken bij onze procedures, zonder dat de patiënt hiervoor moet tussenkomen. We zijn overtuigd dat deze technologie een



Deze innovatieve techniek biedt ongeëvenaarde precisie bij het in kaart brengen en behandelen van veneuze obstructies, waardoor de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbetert.



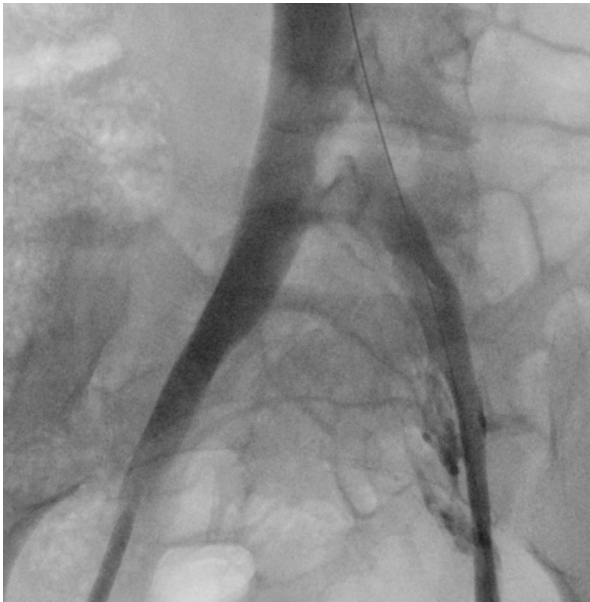
Opstelling met (van links naar rechts) IVUS, beeldscherm van C-boog en klassieke echografie



Meting van de oppervlakte en diameter van de vene met IVUS



Controle met IVUS na stent plaatsing



Venografie voor stenting



Venografie na stenting

aanzienlijke meerwaarde biedt. Het draagt bij aan een hogere precisie in de behandeling en dat resulteert ook in potentieel betere resultaten. Het gebruik van IVUS stelt ons in staat om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Nazorg en opvolging

Na een veneuze stenting is goede nazorg cruciaal om complicaties te voorkomen en de effectiviteit van de behandeling te waarborgen. Door middel van klinische evaluaties en beeldvorming volgen we de patiënten nauwkeurig op en controleren we de werking van de stent. Ze kunnen symptomen zoals pijn of zwelling ervaren, waarvoor ze instructies voor pijnbestrijding meekrijgen. Daarnaast schrijven we frequent anticoagulantia voor om trombose van de stent te voorkomen. Ook levensstijlaanpassingen zoals compressiekousen

dragen, regelmatige beweging en een gezond dieet zijn essentieel. Een multidisciplinaire aanpak met specialisten uit verschillende vakgebieden bevordert een effectieve behandeling en een beter herstel.

Conclusie

Het gebruik van Intravascular Ultrasound bij veneuze stenting vertegenwoordigt een belangrijke vooruitgang in de vasculaire heelkunde. Deze innovatieve techniek biedt ongeëvenaarde precisie bij het in kaart brengen en behandelen van veneuze obstructies, waardoor de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbeterd. In combinatie met een multidisciplinaire aanpak en zorgvuldige nazorg, beogen wij optimale resultaten om de levenskwaliteit van patiënten met veneuze aandoeningen te verbeteren.

Bronnen

1. Gagne, P. J., Gasparis, A., Black, S., Thorpe, P., Passman, M., Vedantham, S., ... & Iafrati, M. (2018). Analysis of threshold stenosis by multiplanar venogram and intravascular ultrasound examination for predicting clinical improvement after iliofemoral vein stenting in the VIDIO trial. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 6(1), 48-56.
2. De Maeseneer, M. G., Kakkos, S. K., Aherne, T., Baekgaard, N., Black, S., Blomgren, L., ... & ESVS Guidelines Committee. (2022). Editor's choice-European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 63(2), 184-267.
3. Hoshino, Y., & Yokoi, H. (2022). Venous stenting for postthrombotic ilio caval venous obstructive disease: clinical efficacy and mid-term outcomes. *Annals of Vascular Diseases*, 15(4), 275-281.



Pathologische anatomie

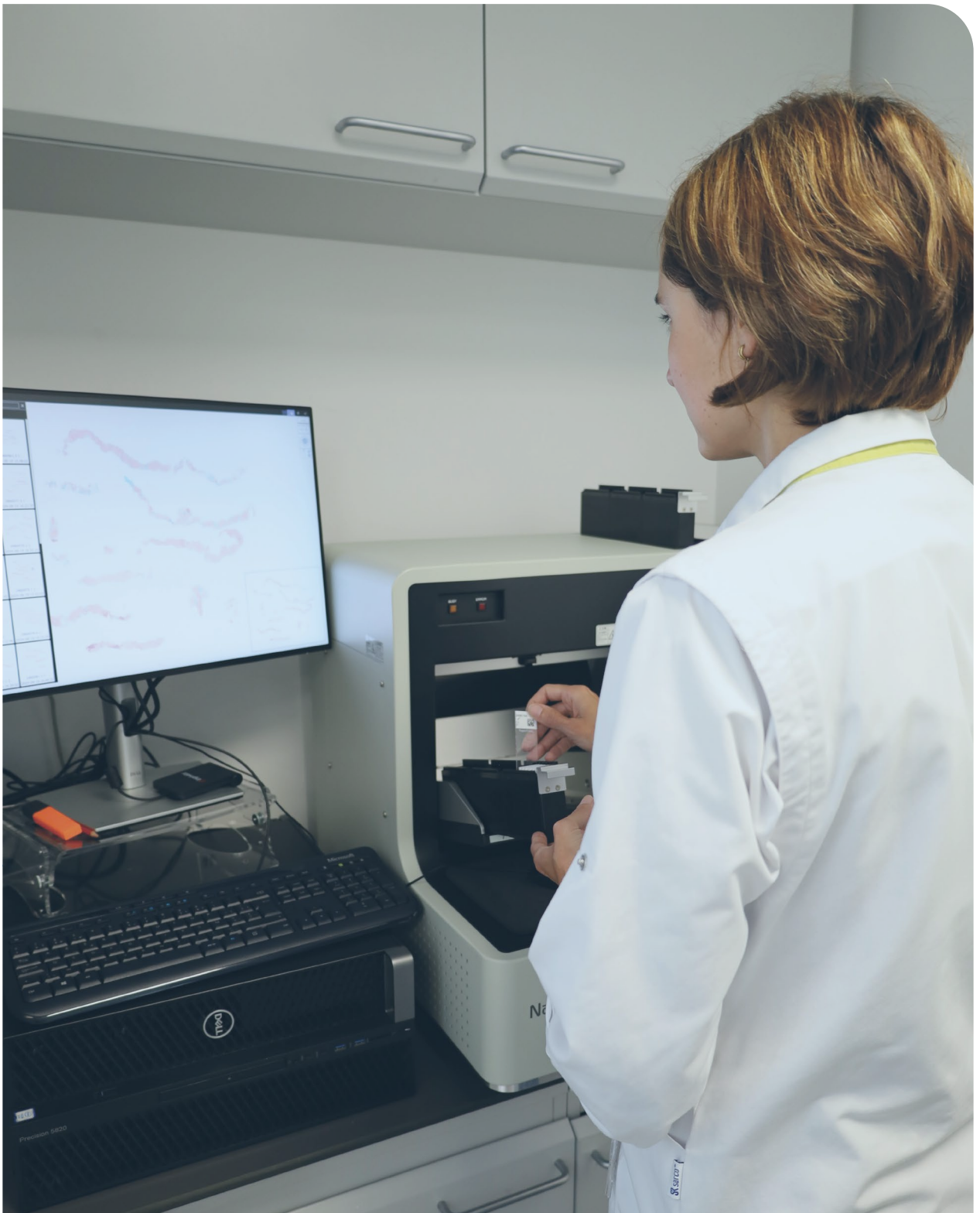
Laboratorium Pathologische Anatomie gebruikt AI om prostaatpuncties te analyseren

dr. Ignace Dalle, diensthoofd Laboratorium Pathologische Anatomie

Net zoals in andere disciplines van de gezondheidszorg maakt artificiële intelligentie haar intrede in het gebied van de pathologische anatomie. Het laboratorium van AZ Sint-Lucas Brugge beschikte al over een scanner om coupes te digitaliseren. Dit maakt analyse zonder de microscoop mogelijk en vergemakkelijkt het delen van een casus voor een second opinion. Sinds augustus 2024 kunnen we in ons labo nu ook de gedigitaliseerde coupes van prostaatpuncties analyseren door middel van artificiële intelligentie van de firma Ibex.

Een scanner digitaliseert coupes van prostaatpuncties. Gezien de nood aan details gaat het om grote bestanden van 1,5 tot 2,7 gigabyte. Daarna worden de coupes geanonimiseerd en opgeladen op de server van de firma Ibex®. Dit is een internationaal bedrijf dat sinds 2016 een AI-gedreven tool ontwikkelt om deze bipten te 'lezen' en zones aan te duiden die verdacht zijn voor aanwezigheid van adenocarcinoma. De software is ook getraind om de voor tumor verdachte zones te graderen door een Gleason-score voor te stellen.

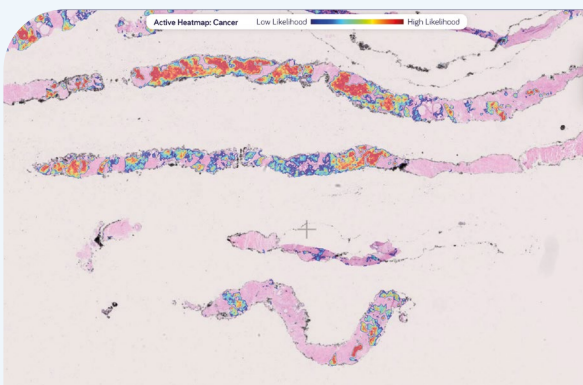




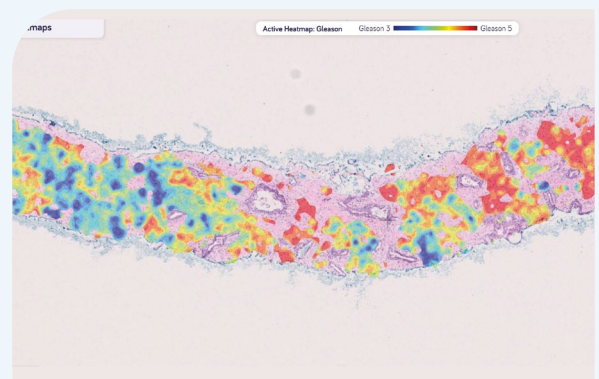
Een scanner digitaliseert coupes van prostaatpuncties

De software is bedoeld als kwaliteitscontrole en als hulp om de error rate te beperken. Het bedrijf claimt ook efficiëntiewinst, maar dit is voorlopig toekomstmuziek, bijvoorbeeld als we de technologie ook kunnen inzetten bij transurethrale prostaatrectecties (TURP's), wat vandaag nog niet het geval is. Klassieke coupes dienen nog steeds vervaardigd te worden, waarna ze ingescand en door het AI-programma geanalyseerd worden. Hierdoor is de tijd tot analyse en rapportage langer.

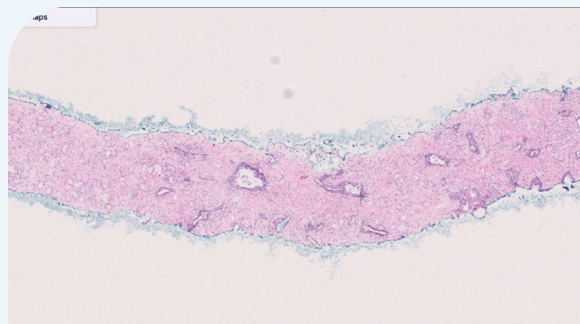
Het project geeft het Labo Pathologische Anatomie ook de kans om de voor- en nadelen van deze technologie te leren kennen, om de trein niet te missen als deze toepassingen de volgende jaren verder doorbreken. Terugbetaling van deze toepassing is tot op heden niet voorzien en valt volledig ten laste van de uitvoerder. Op dit moment gaat het over een proefproject van een jaar, dat mee mogelijk werd gemaakt door steun van de medische raad van AZ Sint-Lucas Brugge.



Een overzichtsbeeld toont de verschillende punctiecilinders met daarboven een kleurcode geprojecteerd. Deze kleurcode toont zones die verdacht zijn voor tumor, van licht verdacht (blauw) tot sterk verdacht (rood).



Als de patholoog de aanwezigheid van tumor digitaal confirmeert, doet de software een voorstel tot gradering: Gleason 3: blauw, Gleason 4: groen, Gleason 5: geel-rood.



Om het resultaat te verifiëren wordt de laag met kleurcode weggehaald en bekijkt de patholoog de bipten net als in een klassieke microscoop. De patholoog blijft op die manier verantwoordelijk voor de diagnose en gradering. Ook de aanwezigheid van andere letsels moet door de patholoog uitgesloten worden.



Het Parkisteam van AZ Sint-Lucas Brugge

Fysische geneeskunde - Neurologie

Early Parkinson Traject: een nieuw multidisciplinair revalidatietraject voor vroegtijdige ondersteuning bij de ziekte van Parkinson

dr. Mileen De Vleeschhouwer, Fysische Geneeskunde en dr. Gaëlle Vermeersch, Neurologie

De ziekte van Parkinson is een complexe neurodegeneratieve aandoening met een belangrijke impact op ADL¹ en QOL² van de patiënt. Op heden bestaat de behandeling voornamelijk uit symptoomcontrole door middel van medicamenteuze en eventuele chirurgische behandelingen, echter zonder dat deze de ziekteprogressie vertragen of stoppen, en met (op termijn) vaak onvoldoende symptoomcontrole.

Er is steeds meer wetenschappelijke evidentie dat multidisciplinaire revalidatie een cruciale rol speelt bij het maximaliseren van de functionele mogelijkheden, het minimaliseren van secundaire complicaties en het verbeteren van de levenskwaliteit. Daarnaast is er ook evidentie dat regelmatige fysieke activiteit en oefengewoonten aanzienlijke langetermijnvoordelen hebben voor patiënten met vroege ziekte van Parkinson.

Wij zijn dan ook verheugd om ons nieuw multidisciplinair revalidatietraject voor patiënten met de ziekte van Parkinson in een vroeg stadium voor te stellen.





Hoe verloopt het Early Parkinson traject?

In dit traject focussen we ons op patiënten die nog actief zijn (professioneel of privé) en geen of slechts een beperkte nood hebben aan hulpmiddelen.

Het traject bestaat uit acht groepssessies met een actief oefenprogramma onder begeleiding van een kinesitherapeut of ergotherapeut. Een groep telt telkens 6 à 10 personen. De oefeningen zijn vooral gericht op algemene fitheid, houding, coördinatie, dubbeltaken, tips rond cueing en valpreventie. Naast de conventionele therapieën worden ook enkele minder conventionele therapieën aangeboden zoals Tai-Chi en Parki-box. In de toekomst zal virtual reality (VR) daar mogelijk ook een deel van uitmaken.

Vóór elke sessie maken de deelnemers kennis met de verschillende therapeuten van het multidisciplinaire team. Gedurende een kort en interactief overleg informeren we de patiënt over welke hulp(middelen) voorhanden zijn en bij wie ze hiervoor terecht kunnen. Zo komen de arts, verpleegkundige, sociaal assistent, psycholoog, logopedist, diëtist, ergotherapeut en kinesist aan bod. Bij enkele sessies wordt, zo gewenst, ook de mantelzorg uitgenodigd.

We zijn ervan overtuigd dat het samenkomen met lotgenoten en de sociale interactie onderling en met de therapeuten zal bijdragen tot een positieve ervaring.

Waarom dit traject aanbevelen?

Uit wetenschappelijk onderzoek weerhouden we onder andere volgende positieve effecten van multidisciplinaire revalidatie:

- Verbetering van de motore functies, waaronder gang (snelheid), evenwicht en spierkracht. Dit komt de preventie van het verhoogde valrisico ten goede.
- Verbetering van de niet-motore functies, zoals depressieve klachten, cognitieve achteruitgang en slaapproblemen.
- Verhoging van de levenskwaliteit: uit zelfrapportage blijkt dat patiënten die deelnemen aan actieve revalidatieprogramma's een hogere levenskwaliteit ervaren.

Multidisciplinaire revalidatie bij mensen met de ziekte van Parkinson wordt meer en meer beschouwd als een essentiële therapie naast de medicamenteuze aanpak.

Er is tot op heden geen consensus wat betreft de 'best-practice' als het gaat over de revalidatie-inhoud. Verder wetenschappelijk onderzoek onder vorm van grote RCT's³ is nodig om meer zicht te krijgen op de beste therapie (intensiteit, specificiteit, complexiteit, frequentie, duur), alsook het langetermijneffect ervan.

De bestaande multidisciplinaire Parkinsonschool, met een gepersonaliseerde, meer probleemgerichte aanpak bestaat onveranderd verder. Het Early Parkinson Traject is hieraan complementair en focust voornamelijk op de jongere en actieve patiënt.

Hoe kun je patiënten doorverwijzen?

Vóór opstart van het traject komt de patiënt éénmalig op raadpleging bij dr. De Vleeschhouwer van de dienst Fysische Geneeskunde. Om een patiënt aan te melden kan je contact opnemen met het secretariaat van de dienst Fysische Geneeskunde of met de behandelende neuroloog. Wij vertrouwen erop dat dit traject een waardevolle aanvulling zal zijn op de zorg die je biedt aan patiënten met de ziekte van Parkinson.

Contact

Secretariaat Fysische Geneeskunde

fysio@stlucas.be

050 36 50 30

Secretariaat Neurologie

secnr@stlucas.be

050 36 52 70

Meer contactgegevens van onze artsen en diensten vind je op www.stlucas.be/artsen.



Voetnoten

- 1 ADL : Activities of daily living
- 2 QOL : Quality of life
- 3 Randomized controlled trial

Bronnen

- European Physiotherapy guideline for Parkinson's disease. Keus S, Munneke M., Graziano M. et al. (last reviewed july 2022)
- G. Abbruzzese, et al., Rehabilitation for Parkinson's disease: Current outlook and future challenges, *Parkinsonism and Related Disorders* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreidis.2015.09.005>
- C.L. Tomlinson, S. Patel, C. Meek, C.P. Herd, C.E. Clarke, R. Stowe, et al., Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson's disease, *Cochrane Database Syst. Rev.* 8 (2012). CD002817
- N. van der Kolk, L.A. King. Effects of exercise on mobility in people with Parkinson's Disease. *Mov. Disorder.* 28 (2008)1587-1596
- Yeon Yoon S. Update on Parkinson's Disease Rehabilitation. *Brain Neurorehabil.* (2022) July; 15(2):e15
- Long-term Effect of Regular Physical Activity and Exercise Habits in Patients with early Parkinson Disease. *Neurology*, February 2022. Kazuto Tsukita, MD, Haruhi Sakamaki-Tsukita, MD, and Ryosuke Takahashi, MD, PhD
- Delivering Multidisciplinary Rehabilitation Care in Parkinson's Disease: An International Consensus Statement. *J Parkinsons Dis.* 2024. JG Goldman et al.



AZ Sint-Lucas Brugge introduceert nieuwe techniek voor behandeling van prostaatvergroting

dr. Pieter Uvin, Urologie

In AZ Sint-Lucas Brugge heeft de dienst Urologie in juni 2024 voor het eerst in de Benelux de innovatieve MiLEP-techniek (Minimaal invasieve LaserEnucleatie van de Prostaat) toegepast voor de behandeling van goedaardige prostaatvergroting. Deze nieuwe laserbehandeling bouwt voort op bestaande methodes, maar maakt gebruik van dunnere instrumenten. Het is een doorbraak in de behandeling van goedaardige prostaatproblemen, want het risico op complicaties vermindert duidelijk dankzij deze nieuwe techniek.

Plasklachten

Goedaardige prostaatvergroting is een veelvoorkomende aandoening. Een op de twee mannen ouder dan 50 krijgt hiermee te maken. Een vergrote prostaat kan leiden tot hinderlijke symptomen bij het plassen, zoals een zwakke urinestraal en vaak moeten plassen in kleine hoeveelheden. Als het niet behandeld wordt, kan het soms leiden tot schade aan de blaas en zelfs de nieren.

Vaak volstaat medicatie om het probleem te verhelpen, maar soms is een chirurgische behandeling nodig. De laatste jaren won de HoLEP-techniek aan belang. Bij de HoLEP (Holmium Laser Enucleatie van de Prostaat) worden de goedaardige prostaatkwabben volledig verwijderd via de plasbuis met een laserstraal. De voorbije jaren werden in AZ Sint-Lucas Brugge meer dan 1.000 HoLEP-procedures succesvol uitgevoerd.

Deze innovatieve methode geeft uitstekende lange-termijnresultaten en is minder invasief dan klassieke behandelingen zoals het wegschrappen van het weefsel met elektrische energie (een transurethrale resectie van

de prostaat of TURP) en het verwijderen van de prostaat via een buiksneede (een abdominale prostatectomie). Een bijkomend voordeel van de HoLEP-procedures is dat ze bij alle prostaatvolumes uitgevoerd kunnen worden, in tegenstelling tot de TURP (enkel voor prostaten kleiner dan 80g) of de abdominale prostatectomie (enkel voor prostaten groter dan 80g).

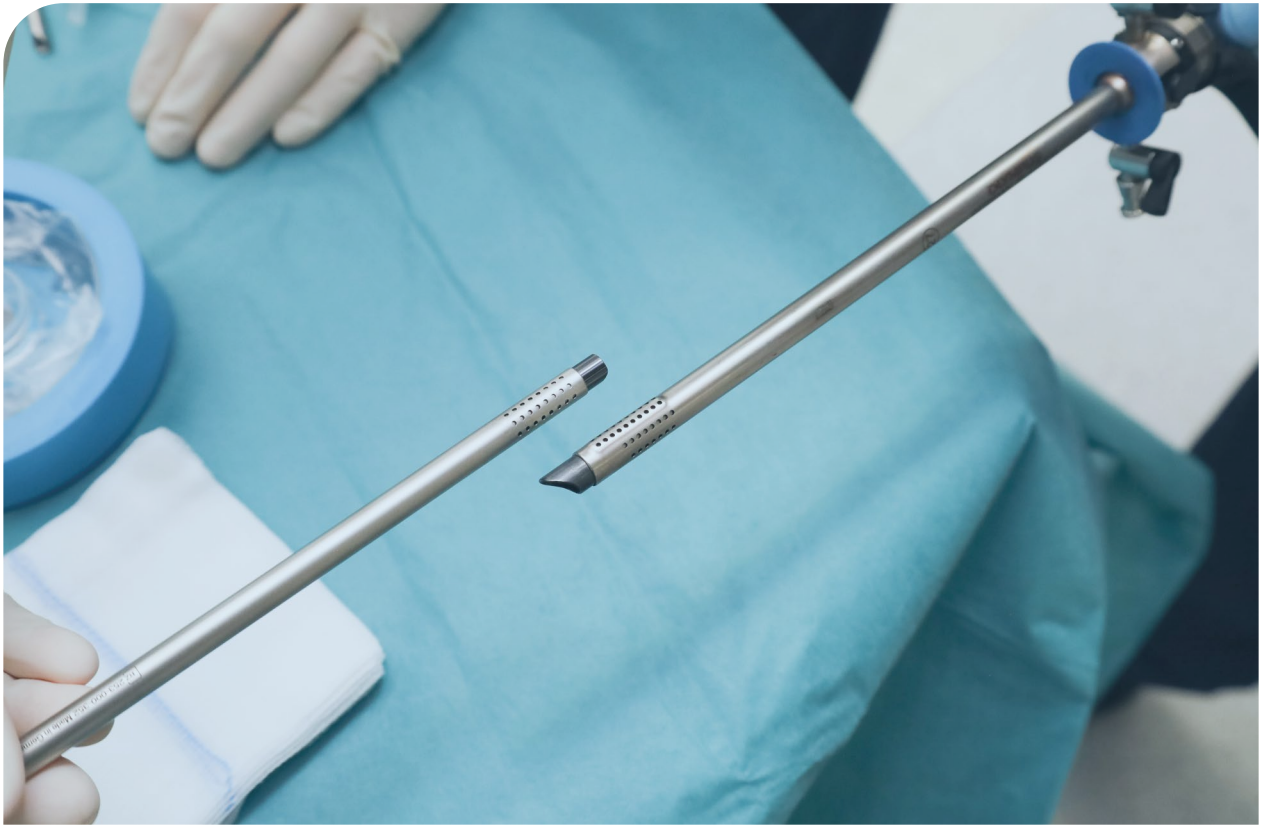
MiLEP

Nu zet AZ Sint-Lucas Brugge een nieuwe stap in de behandeling van goedaardige prostaatvergroting door voor het eerst in de Benelux een MiLEP-ingreep uit te voeren. Bij deze techniek wordt, net als bij de HoLEP, het weefsel met een laser via de urinebuis weggehaald. Het grote verschil is dat de MiLEP (Minimaal invasieve LaserEnucleatie van de Prostaat) gebruik maakt van nog dunnere instrumenten waardoor de kans op complicaties verkleint en nog betere resultaten behaald worden.

MiLEP staat voor Minimally Invasive Laser Enucleation of the Prostate en wordt ook wel een mini-HoLEP genoemd. Bij een MiLEP gebruiken we een instrument van 22 Ch, dat is 5 Ch of ongeveer 2 mm minder dan bij de klassieke HoLEP. Deze diameter van 22 Ch komt overeen met die van de meeste plasbuizen. Dat leidt tot minder risico's en ongemakken voor de patiënt.

Wetenschappelijke studies toonden aan dat de MiLEP even goede functionele resultaten levert dan de HoLEP, maar met minder risico op de gekende complicaties bij operaties via de plasbuis, zoals littekenvorming in de plasbuis en urineverlies.





Het instrument bij MiLEP (links) is beduidend dunner dan bij de HoLEP (rechts).

Primeur voor België

De MiLEP bestaat al enkele jaren in Brazilië, de VS en in andere Europese landen zoals Duitsland en Italië, maar werd nog nooit in de Benelux uitgevoerd. In juni werd de allereerste MiLEP-operatie uitgevoerd door dr. Pieter Uvin, intussen is ook collega uroloog Pieter D'hulst gestart met MiLEP-procedures.

De urologen van AZ Sint-Lucas zijn verbonden aan het Urologisch Centrum Noord-West-Vlaanderen en zijn actief in de twee Brugse ziekenhuizen, AZ Sint-Lucas en AZ Sint-Jan. Zij bouwden doorheen de jaren een uitgebreide expertise uit op het vlak van prostaatproblemen.

De introductie van de MiLEP markeert een belangrijke stap in de evolutie van urologische zorg. Deze innovatieve behandeling heeft het potentieel om de standaardbehandeling voor prostaatproblemen te veranderen. Door data te verzamelen en langetermijn-

resultaten te monitoren, kan ons urologisch team de techniek verder verfijnen en optimaliseren. Dit zal bijdragen aan een bredere acceptatie en implementatie van de MiLEP in andere ziekenhuizen in België en daarbuiten.

De ingreep kan zowel onder algemene als lokale verdoving uitgevoerd worden en duurt gemiddeld een klein uur. De patiënt kan meestal na een nacht naar huis. De ingreep komt in aanmerking voor terugbetaling door het ziekenfonds.

Belangrijk om te verduidelijken is dat geen van de behandelingen voor goedaardige prostaatvergrotingen ingezet kunnen worden voor de behandeling van prostaatkanker. Zowel bij de klassieke technieken als bij de laserbehandelingen blijft het kapsel van de prostaat ter plaatse, waardoor deze niet geschikt zijn voor de behandeling van prostaatkanker.

Met de komst van de MiLEP
zetten we opnieuw een
stap in de richting van
een beter behoud van de
levenskwaliteit van patiënten
met een goedaardige
prostaatvergroting.





Radiologie

Nieuw cloudgebaseerd PACS verbetert de medische zorg in Brugge

dr. Pieter Vandaele, diensthoofd Radiologie AZ Sint-Lucas Brugge en dr. Jesse Marrannes, Radiologie AZ Sint-Jan Brugge

Een cloudgebaseerd PACS (Picture Archiving and Communication System) geeft artsen en zorgverleners directe en efficiënte toegang tot alle medische beeldgegevens en dit gekoppeld aan een individueel patiëntendossier. Dit draagt bij tot een snellere en betere diagnose en heeft directe positieve effecten op de kwaliteit en snelheid van de zorgverlening aan de patiënt.

Zowel in AZ Sint-Lucas Brugge als AZ Sint-Jan Brugge werd onlangs gelijktijdig een nieuw gemeenschappelijk PACS geïmplementeerd. Deze belangrijke stap werd gezet na een intensief voortraject, waarin we de mogelijkheden van verschillende PACS-leveranciers grondig evalueerden.

Na een Europese aanbesteding werd het project gegund aan Sectra, een firma die bekendstaat om haar innovatieve oplossingen op het gebied van medische beeldvorming. Deze samenwerking markeert een belangrijke vooruitgang in de digitale beeldverwerking in beide Brugse ziekenhuizen en zal de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg verder versterken.

Efficiënte beeldverwerking en verbeterde patiëntenzorg

Het nieuwe beeldverwerkende systeem maakt het mogelijk om alle medische beeldvormingsgegevens efficiënt te verwerken, archiveren en snel beschikbaar

Brede toepassing voor alle medische specialismen

Een toekomstgerichte stap in diagnostische capaciteit

Schaalbare en veilige cloudgebaseerde oplossing

Dankzij dit nieuwe PACS-systeem zijn de ziekenhuizen in Brugge klaar voor de toekomst van de medische beeldvorming. Bovendien zetten we een grote stap vooruit richting meer holistische en patiëntgerichte zorg. Het PACS is nu een onmisbaar systeem voor alle artsen die medische beeldvorming willen integreren in hun dagelijkse praktijk, wat de samenwerking en de kwaliteit van de zorg voor elke patiënt verder versterkt.

Het nieuwe beeldverwerkende systeem zorgt voor een vlotte samenwerking: artsen uit beide ziekenhuizen kunnen dezelfde beelden raadplegen, ongeacht waar deze zijn gemaakt.



Myopie: een groeiend probleem

dr. Stien Van Loey, Oogziekten

Myopie, of bijziendheid, is de snelst toenemende oogafwijking wereldwijd: kinderen worden steeds vaker en steeds jonger myoop. Vooral hoge myopie (brilsterkte van meer dan -6.0 dioptrie) verhoogt aanzienlijk het risico op blijvende slechtziendheid op latere leeftijd door structurele afwijkingen aan het netvlies en de oogzenuw.

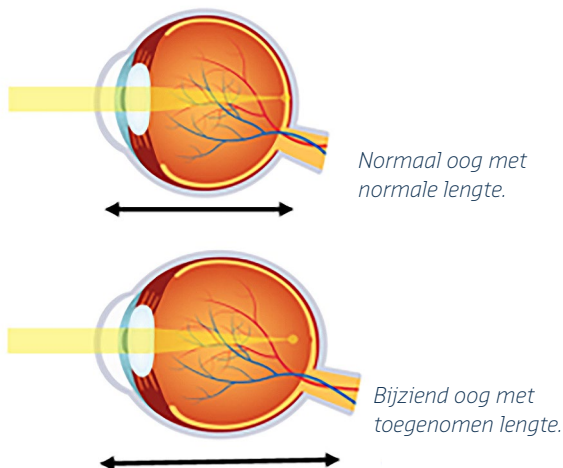
De oorzaken van myopie zijn complex: het is deels erfelijk bepaald, maar ook de levensstijl, zoals toenemende schermtijd en verminderd buitenactiviteiten, draagt bij aan het ontwikkelen van myopie. Intussen zijn verschillende farmacologische en optische interventies mogelijk om te proberen de toename van myopie af te remmen.

Epidemiologie

De prevalentie van myopie varieert wereldwijd aanzienlijk. In Oost-Azië zijn de cijfers bijzonder hoog, met prevalentiepercentages die oplopen tot 90 % onder jongeren. In Europa en Noord-Amerika liggen de cijfers lager, maar vertonen ze ook een alarmerend stijgende trend. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt verwacht dat tegen 2050 ongeveer 50 % van de wereldbevolking myoop zal zijn. Dit vormt niet alleen een visueel probleem, maar ook een toenemende belasting voor de volksgezondheid, aangezien hoge myopie later het risico op ernstige complicaties zoals netvliesloslating, glaucoom en myope maculopathie verhoogt.

Diagnostiek en risicofactoren

Myopie is een refractieafwijking waarbij het oog het invallende licht vóór het netvlies focust in plaats van erop. Het oog groeit te snel en is dus te lang. Dit resulteert in wazig zicht bij het kijken naar verre objecten. De groei van het oog wordt opgevolgd door de aslengte te meten, dit is de afstand van het centrum van het hoornvlies tot aan het centrum van het netvlies, de fovea. Bij de geboorte is de aslengte gemiddeld 17,5 mm en dit groeit tot gemiddeld 23,5 mm op volwassen leeftijd.



Vanaf 26 mm spreken we van een hoog bijziend oog, maar de lengte kan verder oplopen tot zelfs > 30 mm.

Hoe vroeger de myopie ontstaat, hoe groter het risico op hoge myopie op latere leeftijd.

- **Genetische factoren:** Kinderen met één of beide myope ouders hebben een significant hoger risico op het ontwikkelen van myopie. Daarnaast hebben kinderen met een Aziatische achtergrond ook meer kans om myopie te ontwikkelen.
- **Omgevingsfactoren:** Langdurige blootstelling aan nabijwerk, zoals lezen, schrijven, en gebruik van tablets en smartphones, is een belangrijke risicofactor. Ook de werkafstand speelt hierbij een rol: hoe dichterbij de focus, hoe meer risico op myopie. Daarnaast speelt een tekort aan natuurlijk daglicht een belangrijke rol. Studies suggereren dat blootstelling aan daglicht de productie van dopamine in het netvlies verhoogt, wat de groei van de oogbol zou afremmen.

Preventie en behandeling van myopie

Er zijn verschillende strategieën om myopie te corrigeren en de progressie ervan te vertragen. De keuze van de behandeling hangt af van de leeftijd van het kind, de mate van myopie en de snelheid van progressie. Daarnaast zijn een aantal preventieve maatregelen aanbevolen voor alle kinderen.

1. Preventie

- **Kijkafstand:** Een te korte focusafstand geeft een verhoogd risico op ontwikkeling van myopie. Het is dus belangrijk om steeds een kijkafstand van 30 cm of meer te respecteren bij het kijken naar tablets, smartphones of leesboeken.
- **20-20-2 regel:** Langdurig en intensief nabijwerk lijkt de grootste risicofactor. Daarom raden we aan om activiteiten dichtbij te beperken en steeds regelmatig te onderbreken. Elke **20** minuten kortbij kijken wissel je best af met minimum **20** seconden veraf kijken. Daarnaast wordt er geadviseerd om kinderen minimum **2** uur per dag buiten te laten doorbrengen.

2. Optische correctie

Uiteraard zal een kind met myopie beter zien als hij de juiste bril of contactlenzen draagt. We raden altijd aan de volledige juiste correctie te geven, aangezien gebleken is dat een ondercorrectie de toename van myopie in de hand kan werken. Tegenwoordig bestaan ook brilglazen of contactlenzen die de progressie van myopie mee helpen afremmen.

- **Perifere defocus brilglazen:** Bij nabijwerk, maar ook bij gecorrigeerde myopie, zien we vaak dat de onscherpte in het perifere deel van het netvlies toeneemt. Doordat het oog vooral centraal in lengte toeneemt, valt het brandpunt op het perifere netvlies dan achter het oog en is er sprake van een hypermetropie defocus, wat een trigger vormt voor verdere axiale ooggroei. Speciale perifere defocus glazen zoals DIMS-technologie (Hoya ®) of HALT-technologie (Essilor ®) werken hierop in en verplaatsen het perifere beeld zodat de focus op het netvlies valt waardoor de groei van het oog afgeremd wordt.
- **Contactlenzen:** Contactlenzen bieden een alternatief voor oudere kinderen en jongeren die geen bril willen dragen. Multifocale contactlenzen en orthokeratologie (Ortho-K) lenzen kunnen niet alleen het zicht corrigeren, maar ook de groei van de oogbol en daarmee de progressie van myopie beperken. De aangepaste multifocale contactlenzen hebben een gelijkaardig effect als de defocus brilglazen en worden overdag gedragen. Ortho-K lenzen worden 's nachts gedragen en hervormen de cornea, waardoor overdag geen correctie nodig is.



3. Farmacologische Interventies

- **Lage dosis atropine oogdruppels:** Lage concentraties atropine (0,01 %, 0,002 % of 0,05 %) worden steeds vaker gebruikt om de progressie van myopie bij kinderen te vertragen. Het exacte werkingsmechanisme van Atropine is onduidelijk, maar het zou inwerken via de muscarinereceptoren die aanwezig zijn in de retina en de sclera. Studies tonen aan dat lage doses effectief zijn met minimale bijwerkingen, zoals lichtgevoeligheid en moeite met dichtbij kijken.
- **Hoge dosis atropine:** Hogere doses van atropine, zoals 1 % geven een groter effect, maar helaas ook veel nevenwerkingen door mydriasis (wijde pupil) en cycloplegie (onvermogen om te focussen nabij) met nood aan multifocale verduisterende glazen. Om deze reden wordt dit in België weinig gebruikt.

4. Chirurgische Behandeling

- **Laserbehandelingen:** Voor volwassen patiënten met stabiele myopie is refractieve chirurgie, zoals LASIK, SMILE of ICL implant, een optie om de myopie permanent te corrigeren. Deze behandelingen zijn echter niet geschikt voor kinderen en jongeren vanwege de nog progressieve aard van hun myopie.

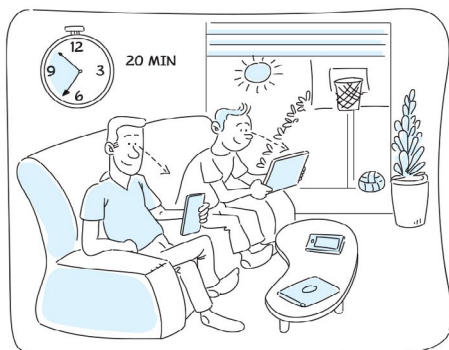
Preventieve strategieën

Preventie van myopie begint met het aanpakken van omgevingsfactoren. Huisartsen en preventieartsen kunnen een belangrijke rol spelen door ouders te informeren over de voordelen van buitenactiviteiten en het belang van het beperken of onderbreken van langdurige nabij-activiteiten. Daarnaast kunnen regelmatige oogonderzoeken helpen bij de vroege detectie en interventie, wat de progressie van myopie kan vertragen.

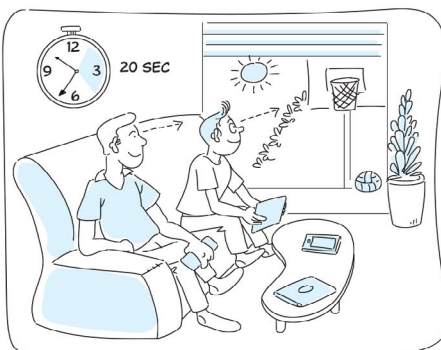
Opvolging en monitoring

Kinderen met myopie moeten regelmatig worden gevolgd om de progressie te monitoren en de effectiviteit van de behandeling te evalueren. De frequentie van de opvolging hangt af van de leeftijd van het kind, de mate van myopie en de gebruikte behandelingsmethode. Minimum een jaarlijkse controle met opvolging van de axiale lengte is aanbevolen. Voor kinderen met een snelle progressie of die reeds in behandeling zijn wordt een halfjaarlijkse controle aanbevolen.

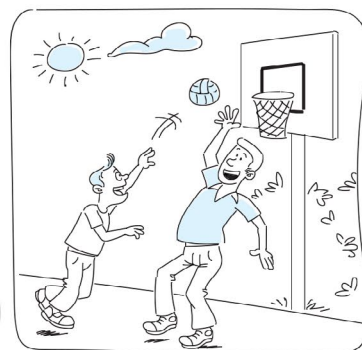
20 – 20 – 2-regel



Na 20 minuten kortbij kijken op een smartphone, tablet, laptop of boek...



20 seconden pauzeren en in de verte kijken



2 uur per dag buiten in daglicht doorbrengen

Conclusie

Myopie bij kinderen en jongeren is een groeiende uitdaging voor de volksgezondheid. Basisartsen spelen een cruciale rol in de vroege detectie, behandeling en preventie van deze aandoening. Door een combinatie van optische, farmacologische en gedragsinterventies kan de progressie van myopie worden vertraagd, wat op lange termijn de kans op ernstige complicaties vermindert. Regelmatige opvolging en monitoring zijn essentieel om de effectiviteit van de behandeling te waarborgen en de gezondheid van de ogen van kinderen te beschermen.

Bronnen

- Brien Holden Vision Institute. (2020). *Global Myopia Awareness Coalition Report*
- World Health Organization. (2019). *The Impact of Myopia and High Myopia: Global Estimates*
- Holden, B. A., et al. (2016). "Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050." *Ophthalmology*, 123(5), 1036-1042
- WSPOS Myopia Consensus Statement 2023



SYMPOSIA 2024 - 2025

Orthoclinic symposium: never say always

📅 23 november 2024

📍 Vives Hogeschool, Brugge

25 jaar Borstkliniek AZ Sint-Lucas Brugge

📅 25 januari 2025

📍 Site Oud Sint-Jan, Brugge

Update in de gastro-enterologie

📅 06 mei 2025

📍 Hotel Van der Valk, Oostkamp

Do's en don'ts bij enkele frequente neurologische aandoeningen

📅 12 juni 2025

📍 AZ Sint-Lucas Brugge, zaal Erasmus

Medische oncologie

📅 19 juni 2025

📍 Hotel Van der Valk, Oostkamp

Meer info en inschrijven via www.stlucas.be/symposia