

MUZE

HET MEDISCH MAGAZINE VAN HET **UZ BRUSSEL**
DRIEMAANDELIJKS **DECEMBER 2014** NR. 32

8

ZIEKTEBEELD:

De gevolgen voor het gehoor bij een congenitale cytomegalovirusinfectie

6

HUISARTS DIRK WYNANT UIT ASSE:

"Voordeur in, achterdeur uit, en wat ertussen?"

WIN
EEN GRATIS
EXEMPLAAR
P.21



11

ACTUEEL

HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN LYMFOEDEEM



Universitair Ziekenhuis Brussel

Kantoor van Afgifte: Brussel X • Erkenningsnummer P2 06218



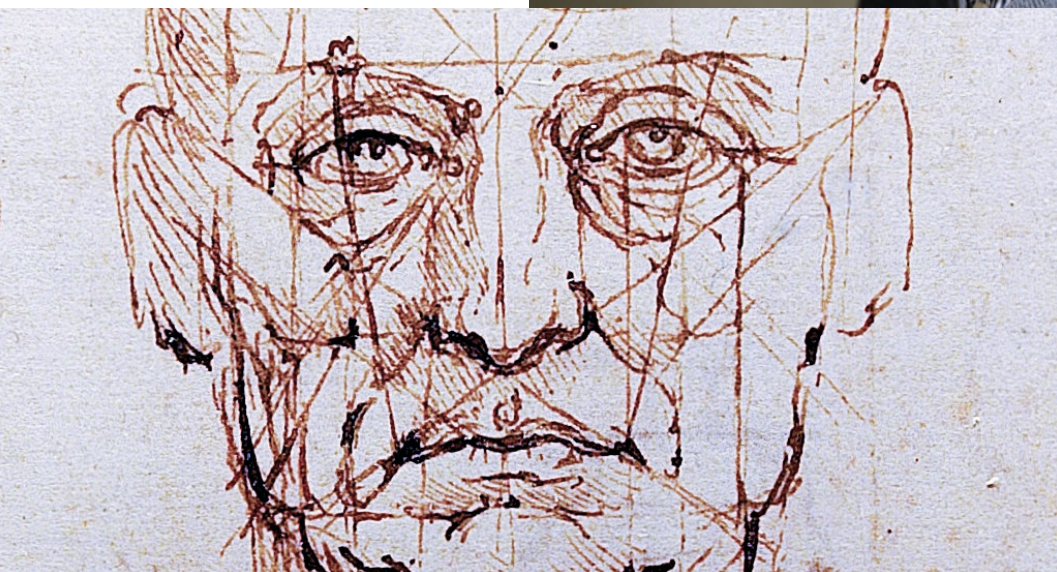
11

ACTUEEL

HEELKUNDIGE
**BEHANDELING
VAN LYMFOEDEEM,**
EEN STAND VAN
ZAKEN

6

MUZE SPRAK MET ...
DR. DIRK WYNANT
HUISARTS
IN ASSE



VAN NADERBIJ BEKEKEN

HOORT **ESTHETISCHE
GENEESKUNDE** THUIS
IN EEN UZ?

18

IN DIT NUMMER

8

ZIEKTEBEELD

**DE GEVOLGEN VOOR HET GE-
HOOR BIJ EEN CONGENITALE
CYTOMEGALOVIRUSINFECTIE**

14

ACTUEEL

**DIAGNOSE VAN COELIAKIE
BIJ KINDEREN: DARMBIOPSIE
OF NIET?**

VOORWOORD

Immobiliteit nooit 3

MUZE SPRAK MET...

Dr. Dirk Wynant, huisarts in Asse 6

ZIEKTEBEELD

De gevolgen voor het gehoor bij een congenitale
cytomegalovirusinfectie 8

ETHISCHE REFLECTIE

De Eboladreiging als oefening in ethisch denken 10

ACTUEEL

• Heelkundige behandeling van lymfoedeem,
een stand van zaken 11

• Diagnose van coeliakie bij kinderen:
darmbiopsie of niet? 14

COLUMN

Ebola op de beurs 17

VAN NADERBIJ BEKEKEN

• Hoort esthetische geneeskunde thuis in een UZ? 18

ACADEMISCH EN ANDER NIEUWS

20

COLOFON

24



PATRICK LACOR IS INTERNIST EN VOORZITTER VAN DE REFLECTIEGROEP
VOOR BIOMEDISCHE ETHIEK VAN HET UZ BRUSSEL

DE EBOLADREIGING ALS OEFENING IN ETHISCH DENKEN

De Ebola-epidemie die ruim een half jaar geleden losbrak in West-Afrika, illustreert goed hoe de behandeling en preventie van een ernstige ziekte gekoppeld kan zijn aan de noodzaak om delicate keuzes te maken.

Er was een tijd waarin Ebola 'niet meer' dan een exotische virusinfectie was, weliswaar gevaarlijk, doch 'niet voor ons', hier in het Westen. Maar nu de ziekte de eerste slachtoffers heeft gemaakt als gevolg van contact met het virus in de westerse wereld zelf, groeit de onrust en worden de reacties talrijker en heviger. Er rijzen immers menige vragen, en allemaal tegelijkertijd.

Hoe dikkt men het best zo'n epidemie in? Is het aangewezen om een reisverbod op te leggen vanuit betrokken gebieden? Is het wel verstandig om zieken vanuit deze gebieden te transporteren naar hier, ten koste van het risico om hier gezondheidswerkers of anderen te besmetten? En, als men deskundigen ter plaatse stuurt om daar zieken te verzorgen, mogen dezen dan zonder meer behandelingen verstrekken met geneesmiddelen die zich nog in een experimentele fase van ontwikkeling

bevinden? Kunnen snel ontwikkelde vaccins zonder duidelijke gegevens over werkzaamheid en veiligheid uit voorafgaandelijk uitgevoerde studies onmiddellijk gebruikt worden? En zo ja, voor wie dienen die dan bestemd te zijn? Bij voorkeur het eerst voor gezondheidswerkers? Of voor inwoners van de ergst getroffen gebieden, of precies niet, want 'reeds te laat' en dus eerder voor die regio's waar de controle op de verspreiding al beter verloopt? En met welke vorm van voorlichting?

Niets doen, is uitgesloten, want iedereen heeft recht op medische zorg.

Moet men stellen dat vaccinatie beschermt, of moet men toch nog steeds alle beschermende maatregelen blijven aanbevelen? Maar hoe kan men dan weten of vaccinatie wel bijdraagt aan het stopzetten van de virusverspreiding? Ebola oefent dus ons ethisch denken.

Niets doen, is uitgesloten, want iedereen heeft recht op medische zorg. Maar de mortaliteit van deze infectieziekte is hoog en de ondersteunende behande-

ling zal dus vaak een intensief karakter kennen. Daarbij lopen gezondheidswerkers onvermijdelijk het risico om zelf besmet te raken. Dit wekt begrijpelijke angst op, die dient afgeweed met niet meer, of niet minder, dan het besef dat zij mee de kans op genezing van de zieke bepalen. Aldus worden hier voorbereidingen getroffen en beschermende maatregelen uitgeschreven in ziekenhuizen waar zich mogelijke patiënten aanbieden. De toepassing van deze protocols wordt dan als een

rollenspel dat niet alleen leert hoe veilige zorgverstrekking snel en efficiënt kan georganiseerd worden maar ook hoe medisch-ethisch denken een kwestie is van vraag, afweging en keuze, telkens opnieuw, en apart voor elke individuele situatie. De Eboladreiging een oefening noemen is op zich overigens al een ethische reflectie waard...

PROF. DR. PATRICK LACOR

HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN LYMFOEDEEM EEN STAND VAN ZAKEN

Lymfoedeem is een ernstige chronische aandoening die de levenskwaliteit van veel patiënten op verschillende vlakken flink kan aantasten. Lymfoedeem kan echter ook heelkundig aangepakt worden. Een overzicht.

prostaattumoren, melanomen en lymfomen. Het risico om lymfoedeem te ontwikkelen na een borstkankerbehandeling varieert tussen de 8-40%. Hiervan weten we dat er verschillende risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van lymfoedeem: obesitas, radiotherapie, meer dan 4+ klieren bij het okselevidement en bepaalde chemotherapeutica. Uiteraard is het belang van deze risicofactoren het eventueel anticiperen van mogelijke problemen van lymfoedeem.

Een curatieve behandeling is het streefdoel

De aandoening kan enerzijds aangeboren zijn maar de meeste patiënten hebben te kampen met een verworven oedeem (secundair lymfoedeem) dat het resultaat is van externe factoren. De aangeboren lymfepathologieën ontstaan door structurele problemen in de ontwikkeling van het lymfesysteem. Hierbij zijn er drie vormen: bij de geboorte aanwezige (congenitaal), op jonge leeftijd tot uiting komende vormen (praecox – 20 tot 30 jaar oude patiënten) en de late vormen (tarda – na de leeftijd van 35jaar). Bij secundaire vormen kan de oorzaak zijn: trauma (heelkunde of andere), bestraling (in het kader van een kankerbehandeling), tumoren (door rechtstreekse compressieve lymfatische structuren) of infecties (door inflammatoire sclerose).

Lymfoedeem van de bovenste ledematen is het vaakst het gevolg van een borstkankerbehandeling. Oedeem van de onderste ledematen is het vaakst te wijten aan uteriene en

De heelkundige behandeling van lymfoedeem bestaat uit 2 grote luiken: de ablatieve en de reconstructieve behandeling. De ablatieve heelkunde is weggelegd voor de (te) late stadia van oedeem. Enerzijds kan lymfoliposuctie gebeuren om gelokaliseerde (soms volledig lidmaat) vetophopingen te verhelpen. Anderzijds, in heel extreme gevallen, kan een dermo-lipectomie nodig zijn (wegsnijden van overtollig huid en vet). De reconstructieve heelkunde kan in veel gevallen ook nog worden toegepast. Er kan gewerkt worden op twee verschillende niveaus: ter hoogte van de lymfebanen en ter hoogte van de lymfeknopen.

Bij de lymfo-veneuse anastomose (LVA) wordt de lymfedrainage omgeleid via de bloedbaan. Een microchirurgische derivatie wordt uitgevoerd.

De lymfekliertransplantatie is een andere modaliteit waarbij lymfeklieren van één plaats naar een andere plaats micro-



Voor een groot deel van deze grote en wanhopige patiëntenpopulatie kan een heelkundige behandeling verlichting geven van de symptomen

Een klinische casus

Een 50-jarige zakenman heeft te kampen met een lymfoedeem van zijn onderste lidmaat na een liesklierevidement in het kader van behandeling van een gezwel (melanoom). Na de ingreep heeft hij regelmatig een transitair oedeem waarvoor hij compressie en manuele lymfedrainage kreeg. Sinds meer dan een jaar heeft hij een blijvend oedeem. Het oedeem wordt zo ernstig dat hij veel van zijn dagelijkse activiteiten niet meer kan doen. Hij heeft eveneens meerdere episodes gehad van cellulitis in het getroffen lidmaat. Na de preoperatieve onderzoeken en overleg is er beslist om over te gaan tot het uitvoeren van een lymfo-veneuze shunt. De dag na de ingreep voelde de patiënt zijn been al '50% lichter'. Zijn drukkous rolde er na enkele dagen al af omdat deze vrij snel te groot werd. Zijn drukke agenda (reizen, meetings,...) kan hij nu weer probleemloos afwerken, wat de laatste tijd vóór de ingreep niet meer ging. Ook 'gewone activiteiten' zoals normale schoenen dragen gaat nu weer. Hoewel de operatie voor de chirurgen complex is, is dat voor de patiënt helemaal niet het geval. De patiënt werd op vrijdag geopereerd en op zaterdag mocht hij al naar huis.

► chirurgisch worden getransfereerd om de functie van verwijderde en/of slecht functionerende lymfeknopen over te nemen. Het potentiële risico van een iatrogeen (door de chirurgie veroorzaakt) oedeem is een grote vrees voor veel patiënten. Hierbij speelt de heelkundige (microchirurgische) expertise en anatomische kennis van de chirurg een belangrijke rol. De selectie van behandelingsmodaliteit wordt gekozen afhankelijk van de kliniek en de preoperatieve onderzoeken (multidisciplinair).

Een curatieve behandeling is het streefdoel maar volledige genezing is tot op heden moeilijk te bereiken. Echter, voor een groot deel van deze grote en wanhopige patiëntenpo-

pulatie kan een heelkundige behandeling verlichting geven van de symptomen door een volumereductie van het aangedaste lidmaat.

Lymfoedeem kan echter niet louter chirurgisch worden aangepakt. Een multidisciplinaire aanpak is van primordiaal belang. Veel verschillende disciplines van medici en paramedici komen hieraan te pas: de vaatchirurg, wondzorgspecialist, kinesist, dermatoloog, oncoloog, plastisch chirurg, enz.

Lymfoedeemconsultatie

Een gespecialiseerde lymfoedeemconsultatie wordt al sinds begin van dit jaar gehouden. Hierbij worden patiënten multi-

disciplinair aangepakt voor een optimale behandeling. Meer en meer specialisten worden hierbij betrokken en we zijn er volop mee bezig om het eerste echte multidisciplinaire lymfoedeem centrum van België binnenkort te kunnen openen in het hartje van Europa te Brussel (the European Clinic for Lymphedema treatment - ECL).

Het UZ Brussel heeft een lange en rijke geschiedenis van onderzoek en (conservatieve) behandeling van lymfoedeem en we hopen deze te mogen doortrekken naar de heelkundige behandeling ervan. Meerdere onderzoeksprojecten en studies zijn lopend en dit in samenwerking met de verschillende gespecialiseerde diensten.

De heelkundige behandeling van lymfoedeem opent voor veel patiënten een venster tot nieuwe behandelingsmogelijkheden om een verlichting te geven van deze chronisch invaliderende aandoening. Een multidisciplinaire aanpak is van primordiaal belang waarbij de patiënt centraal staat. 🍌

DR. A. ZELTZER, DR. K. SEIDENSTUCKER, PROF. DR. M. HAMDI