

Numéro 9 - décembre 2021

ZenneZorg

Magazine d'information médicale de l'AZ Sint-Maria Halle, votre guide et votre partenaire en matière de soins



**NUMÉRO
THÉMATIQUE
PRÉVENTION**



Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS



Colophon

Magazine d'information médicale
AZ SINT-MARIA HALLE,
votre guide et votre partenaire
en matière de soins

n° 9 - décembre 2021

Éditeur responsable :

Axel Kerkhofs – Directeur général

Coordination : Luc Kiekens et Lies Loeckx

Rédaction : An Verplancke, www.writing-for-response.be

Photographie : Lies Loeckx et images de stock

Conception : Catherine Bogaerts, www.typografics.be et Lies Loeckx

Impression : drukkerij ABC

www.sintmaria.be

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Malgré le soin et l'attention permanents consacrés à la composition et à la publication des informations, il est possible que les informations contenues dans ce magazine soient incorrectes, incomplètes ou trop peu nuancées. Ces informations ne peuvent dès lors conférer aucun droit, et l'Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw décline toute responsabilité en ce qui concerne les dommages directs ou indirects qui découlent de l'utilisation des informations contenues dans ce magazine. Les informations contenues dans ce magazine n'ont aucune valeur contractuelle.

Tous les conseils et informations de nature médicale éventuellement proposés sont purement généraux. Ils ne sont pas individualisés et ne peuvent en aucun cas faire office de diagnostic ou de traitement. Les informations ou conseils personnels de nature médicale ne peuvent être dispensés que par un médecin.

Certaines photos présentes dans ce magazine sont antérieures à l'entrée en vigueur des mesures de protection instaurées dans le cadre de la pandémie de coronavirus. Ces mesures ne sont donc pas appliquées sur certaines photos.



L'administration, la direction et tous les collaborateurs de l'AZ Sint-Maria vous souhaitent une année 2022 remplie d'espoir !

Sommaire

4 Participez à l'objectif de santé flamand « Vivre plus sainement »

6 Dépister les tumeurs cutanées à temps sauve des vies

8 Dépistage du cancer du sein, aujourd'hui et demain

10 Gynécologie préventive en fonction de l'âge

12 Dépistage efficace du cancer colorectal



Avant-propos

Prévention : une plus-value sous-estimée dans nos soins de santé

Cher acteur des soins,

Alors que les vagues successives de Covid-19 exercent leur pression, nous sommes régulièrement confrontés à d'autres soins nécessaires qui, souvent, ne peuvent pas être reportés. Faire face à cette situation est un véritable défi pour notre système de soins de santé.

Miser davantage sur la prévention peut se révéler un atout indirect, et souvent sous-estimé, pour l'avenir.

La prévention consiste tant à éviter une maladie qu'à la dépister à un stade précoce et à limiter ses complications.

Dans le cadre de sa mission « Guider par les soins », l'hôpital souhaite donner l'exemple dans tous ces domaines.

L'accompagnement au sevrage tabagique, la prise en charge pluridisciplinaire du surpoids et de l'obésité, les dépistages gynécologiques tels que ceux du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, le dépistage (virtuel) du cancer colorectal via notre service de gastro-entérologie et d'imagerie médicale, la prise en charge personnalisée des apnées du sommeil et des ronflements par le service d'ORL et le dépistage en temps voulu des tumeurs cutanées par le service de dermatologie en sont de bons exemples au sein de notre hôpital.

De nombreux dépistages sont également prévus spécifiquement pour nos patients hospitalisés, notamment en ce qui concerne le délire, le suicide, le risque de chute, la malnutrition et les escarres. Nous pouvons ainsi offrir des soins sûrs et de qualité optimale.

En outre, nous étendons cette prévention à nos collaborateurs sous de nombreuses formes, par exemple des en-cas sains, la « piste » récemment inaugurée autour de notre hôpital en collaboration avec Sport Vlaanderen et la Ville de Hal, ou des initiatives visant à inciter davantage de collaborateurs à faire du vélo. Ces accompagnements et dépistages sont également proposés à nos collaborateurs.

Toutes ces mesures s'inscrivent parfaitement dans l'objectif de santé flamand « Vivre plus sainement » et, plus spécifiquement pour les hôpitaux, « Une meilleure santé dans les soins ».

Tout cela ne peut que nous être profitable, car la prévention paie !

Pour terminer, je vous souhaite à tous, en cette période particulière, une année 2022 remplie d'espoir !

Axel Kerkhofs
Directeur général

14 Prise en charge pluridisciplinaire du surpoids et de l'obésité

16 Prise en charge personnalisée des ronflements et des apnées du sommeil

18 Plus de chances de réussir à arrêter de fumer grâce à un soutien professionnel

20 Dépistage pendant l'hospitalisation pour des soins plus sûrs

24 Un lieu de travail sain

Participez à l'objectif de santé flamand « Vivre plus sainement »



Le plan stratégique « De Vlaming leeft gezonder in 2025 » (Le Flamand vivra plus sainement en 2025) des autorités flamandes met l'accent sur une politique de santé préventive. Pour les établissements de soins, le sous-objectif est « Une meilleure santé dans les soins ». Non seulement en mangeant sainement, mais aussi en évitant les comportements sédentaires, en bougeant suffisamment, en ayant une consommation d'alcool raisonnable et en renonçant au tabac. L'AZ Sint-Maria Halle soutient à 100 % ce sous-objectif, qui vise à améliorer la santé des clients. Mais l'hôpital a évidemment aussi une fonction d'exemple dans la mise en place de mesures à l'intention de ses collaborateurs. « Parallèlement aux soins, miser sur la prévention est une stratégie importante pour œuvrer à la santé des clients et des collaborateurs », explique Justine Hallaux, collaboratrice du département médical. « La prévention est donc un maillon essentiel du continuum de soins. Elle peut passer par la promotion de la santé, mais aussi par la prévention des maladies. »

Le Flamand vivra plus sainement en 2025

Le plan stratégique des autorités flamandes comporte deux objectifs pour les établissements de soins :

1. « D'ici 2025, un pourcentage plus élevé des établissements de soins et d'aide sociale mèneront une politique de santé préventive de qualité satisfaisante ».
2. « D'ici 2025, un pourcentage plus élevé de prestataires de soins et de soignants appliquera les méthodes de prévention disponibles. »

Promotion de la santé : encourager les bonnes habitudes

Des habitudes alimentaires et de vie saines sont indispensables à notre bien-être. Nous le savons, mais nous l'oublions souvent. La promotion de la santé repose sur des facteurs de protection tels qu'une alimentation saine, l'exercice physique... L'accent est mis sur le maintien et le renforcement de la santé. C'est pourquoi l'AZ Sint-Maria met tout en œuvre pour favoriser des habitudes positives pour la santé. « La soupe et les fruits sont ainsi mis gratuitement à la disposition du personnel et une piste de marche et de course à pied a été récemment balisée autour de l'hôpital, afin de faire du jogging ou des réunions en marchant », explique Justine Hallaux. « Nous encourageons aussi, par exemple, une alimentation saine et variée auprès des clients. »

Une prévention efficace des maladies à trois niveaux

Contrairement à la promotion de la santé, la prévention des maladies n'est pas centrée sur les facteurs de protection, mais sur les risques de maladie. La prévention des maladies est axée sur l'élimination ou la réduction des risques de maladie (prévention primaire), sur le dépistage et le traitement précoces des maladies (prévention secondaire) et sur la prévention de l'aggravation d'une maladie existante (prévention tertiaire). Pour chaque niveau, l'AZ Sint-Maria déploie les ressources humaines et matérielles nécessaires. Ces moyens seront étendus au cours des années à venir. Justine Hallaux nous explique plus amplement les trois niveaux :

1

La **prévention primaire**

visé à éliminer ou à réduire chez les personnes en bonne santé les causes qui peuvent mener à la maladie. Le surpoids est un exemple de facteur de risque pouvant favoriser diverses affections. Les clients en surpoids peuvent participer à « Obesiless », notre programme de lutte contre l'obésité. Ce programme d'activité physique encadré par des kinésithérapeutes est dispensé en combinaison avec un accompagnement par des diététiciens. L'accompagnement au sevrage tabagique est un autre exemple de prévention primaire. Nous le proposons en ambulatoire aux clients, et il est même gratuit pour le personnel. Prochainement, nous déplacerons les fumoirs plus loin de l'entrée principale, afin de limiter également le risque de tabagisme passif. »

2

« Grâce à la **prévention secondaire** à l'hôpital, nous pouvons dépister, puis traiter, de nombreuses maladies à un stade précoce. La coloscopie dans la prévention du cancer du côlon, le programme de lutte contre l'obésité, la mammographie dans la prévention du cancer du sein et l'examen gynécologique régulier pour dépister le cancer du col de l'utérus ou de l'ovaire ainsi que les IST en sont quelques exemples au sein de notre hôpital. »

3

« Lorsqu'une maladie est néanmoins diagnostiquée, notre hôpital met tout en œuvre pour prévenir son aggravation et limiter autant que possible les complications. Cette **prévention tertiaire**, par exemple un traitement de soutien efficace et pluridisciplinaire du diabète, a également pour but de favoriser l'autonomie des patients. Le soutien pluridisciplinaire après un infarctus du myocarde est également un exemple de prévention tertiaire.



BOUGER ENSEMBLE PENDANT LA SEMAINE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Le rôle du médecin généraliste

Les médecins généralistes jouent un rôle important en matière de prévention des maladies. Ils diffusent en effet des informations sur la prévention auprès de leurs patients, répertorient les risques des patients et encouragent ces derniers à participer à des examens de prévention.

Le médecin généraliste est un acteur crucial aux différents niveaux de la prévention :

- prévention primaire : administrer des vaccins et encourager un mode de vie sain, par exemple
- prévention secondaire : inciter les patients à se soumettre à des dépistages du cancer, par exemple
- prévention tertiaire : recommander un mode de vie adapté après une crise cardiaque, par exemple.

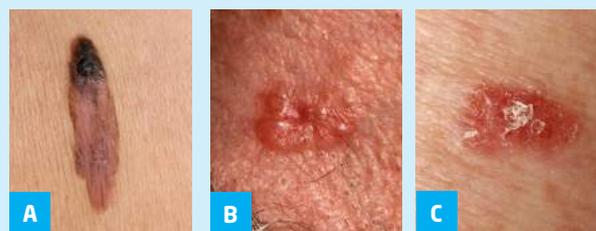


Dépister les tumeurs cutanées à temps sauve des vies

Tant à l'AZ Sint-Maria qu'à l'UZ Brussel, le chef du service de dermatologie, le Dr Jan Gutermuth, reçoit des patients pour un dépistage du cancer de la peau. Le dermatologue, qui a précédemment effectué des recherches sur l'immunothérapie dans ce domaine au National Cancer Institute NIH américain et a mené une étude à grande échelle à Munich sur l'influence des facteurs environnementaux sur l'immunologie, connaît mieux que quiconque les risques d'une trop grande exposition au soleil et l'importance vitale de la prévention.

Quelques chiffres

Selon la Fondation contre le Cancer, le mélanome est le sixième type de cancer le plus fréquent en Belgique. En 2019, 3726 personnes ont reçu le verdict : mélanome malin (2070 femmes et 1656 hommes). Ce chiffre représente 5 % du nombre total de personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué au cours de la même année. Cependant, en moyenne, – et bien sûr, en fonction du stade auquel le cancer de la peau est découvert – jusqu'à 95 % des cas peuvent être guéris. C'est pourquoi, outre la prévention, un dépistage précoce est d'une importance capitale, déclare le Dr Gutermuth.



- A** mélanome
- B** carcinome basocellulaire
- C** carcinome spinocellulaire

Information et dépistage

La prévention est indispensable, surtout chez les personnes plus jeunes. « Si la peau des jeunes enfants est brûlée, ils sont exposés à un risque accru de cancer de la peau pour le reste de leur vie. Se couvrir la peau (en portant un T-shirt et une casquette, par exemple) et bien l'enduire est donc essentiel », souligne le dermatologue, qui a également prêté sa collaboration spontanée à « Het loopt gesmeerd! », une campagne de Sport Vlaanderen destinée à inciter les parents et les organisations sportives pour jeunes à protéger les enfants qui font du sport contre le soleil et les coups de soleil. Mais, selon lui, les adultes doivent aussi être informés en permanence sur la manière de s'exposer intelligemment au soleil.

« En plus du dépistage préventif, des informations claires sont le seul moyen de prévenir le cancer de la peau. Ce dépistage consiste à examiner le patient de la tête aux pieds. Toute lésion suspecte éventuelle est agrandie et examinée au dermatoscope. Nous pouvons ainsi dépister les cancers de la peau avec une sensibilité de 95 % », ajoute le dermatologue. Les taches pigmentaires suspectes sont enlevées chirurgicalement et à la moindre suspicion de cancer de la peau, nous procédons à une biopsie.

Cancer de la peau noire et blanche

Interrogé sur les différentes formes de cancer de la peau, le Dr Gutermuth nous parle des trois carcinomes les plus fréquents. Le mélanome est la forme la plus connue (et la plus dangereuse) de cancer de la peau. « Littéralement, mélanome signifie "tumeur noire". D'où son surnom de "cancer de la peau noire". Un **mélanome** peut se développer à partir d'un grain de beauté (de couleur foncée) préexistant ou se présenter comme une nouvelle lésion cutanée. La tumeur se distingue par une croissance plus rapide et un risque plus grand de métastases dans les ganglions lymphatiques et les organes. » Le Dr Gutermuth cite comme forme la plus fréquente de cancer de la peau le **carcinome basocellulaire**, qui apparaît généralement aux endroits où la peau est fortement exposée au soleil. « Le **carcinome basocellulaire** se développe lentement et ne produit presque jamais de métastases. »

Vous vous inquiétez au sujet d'une tache sur votre peau ?

L'application SkinVision vous aide à dépister vous-même le cancer de la peau. Cette application vous permet en effet de surveiller votre peau où et quand vous le souhaitez. Vous prenez une photo de la tache avec votre smartphone et l'application vous dit immédiatement si elle est reconnue comme suspecte. En cas de risque élevé, vous recevez un accompagnement et des conseils sur les étapes de suivi recommandées.



Cette application a été reconnue comme dispositif médical certifié CE par mHealthBelgium.

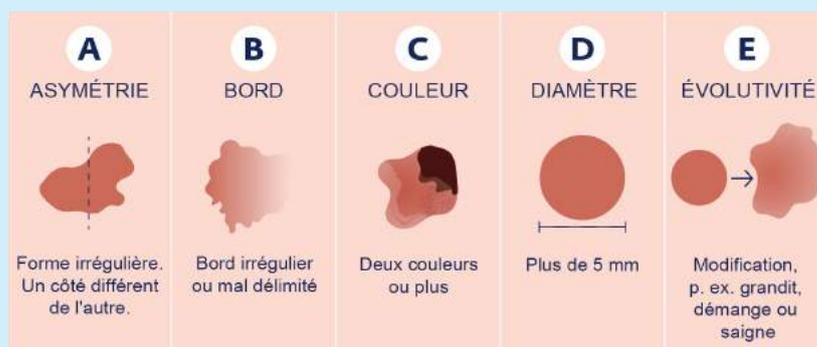


Enfin, il cite le **carcinome spinocellulaire**, qui se manifeste le plus souvent sous la forme d'une tache blanche ou de couleur claire. « Ce "cancer de la peau blanche" – également appelé carcinome épidermoïde – se développe en général aussi aux endroits de la peau fortement exposés au soleil, mais il peut – parfois – se propager aux ganglions lymphatiques et à d'autres organes. Grâce aux possibilités dont nous disposons à Hal et à notre collaboration avec l'UZ Brussel, nous pouvons traiter de manière optimale toutes ces formes de cancer de la peau (et bien d'autres). Non seulement par chirurgie, mais aussi par immunothérapie ou radiothérapie. Tout dépend évidemment de la nature du cancer de la peau et du stade auquel il est découvert », ajoute le Dr Gutermuth.

Tous les types de peau et de plus en plus de jeunes adultes sont à risque

Selon le chef du service de dermatologie, les tumeurs cutanées ne se rencontrent pas seulement chez les patients à risque types, qui ont la peau pâle, des taches de rousseur, les cheveux blonds et les yeux verts ou bleus. « Les peaux foncées trop exposées au soleil peuvent également développer des tumeurs. C'est moins fréquent, mais les cas qui se présentent sont d'autant plus agressifs. » Bien que l'âge moyen des patients atteints d'un cancer de la peau soit plutôt supérieur à 60 ans et que les tumeurs cutanées touchent rarement les enfants, le Dr Gutermuth appelle à la plus grande prudence. « Avec l'évolution de notre comportement en matière de loisirs, nous voyons apparaître de plus en plus de problèmes chez les jeunes adultes. D'où la grande importance des informations ciblées et du dépistage ! »

Comment reconnaître un mélanome ?





Dépistage du cancer du sein, aujourd'hui et demain

En 2001, les autorités ont lancé une campagne nationale de dépistage du cancer du sein auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans. Cette campagne est toujours en cours et se répète tous les deux ans auprès des femmes qui n'ont pas présenté de symptômes auparavant et qui n'ont pas suivi de traitement du cancer du sein au cours des dix dernières années. Le Dr Laura Dewachter, membre du service de radiologie et spécialisée en mammographie, nous explique à quel point cet examen est approfondi et combien il est important de détecter rapidement les tumeurs mammaires et de les traiter avec efficacité.

Les chiffres

En Belgique, un cancer du sein est actuellement diagnostiqué chez 11 000 femmes en moyenne par an. Autrement dit, une femme sur neuf. Cette tumeur est donc la plus fréquente chez la femme et reste la principale cause de décès dans la catégorie des 40-69 ans. « Le dépistage de masse est donc essentiel », souligne le Dr Dewachter. « Il ne nous permet certes pas de prévenir la maladie, mais nous pouvons ainsi la dépister à un stade précoce, ce qui rend possible un traitement moins lourd et qui épargne davantage le sein. Les résultats parlent d'ailleurs d'eux-mêmes : la moitié des cancers du sein sont détectés grâce à ce dépistage, qui augmente les chances de survie de 25 à 30 % ! »

La mammographie : sûre et fiable

La campagne nationale de dépistage concerne exclusivement les mammographies. « Nous pouvons ainsi détecter de très petites anomalies avant même qu'elles ne provoquent des symptômes », explique le Dr Dewachter. « L'examen dure à peine 15 minutes. Une infirmière technicienne prend deux clichés numériques des deux seins (dans deux directions différentes). Chaque sein est positionné de manière très précise et comprimé entre deux plaques. Cette immobilisation nous permet de prendre des clichés parfaitement nets, avec un minimum de rayonnements. La patiente peut ensuite rentrer chez elle, sans autre intervention d'un médecin. Deux radiologues agréés (un de notre équipe et un attaché à l'UZ Brussel) évaluent les clichés, indépendamment l'un de l'autre. S'ils arrivent à une conclusion différente, un troisième radiologue examine également les clichés. Deux semaines plus tard, le médecin et la patiente reçoivent le résultat de cette lecture. En cas d'anomalie, la patiente est invitée à un examen plus approfondi (clichés supplémentaires, échographie et, si nécessaire, biopsie).

Contrôle strict des rayonnements

Interrogé sur la volonté de participer au dépistage de masse, le Dr Dewachter répond : « En Flandre, nous constatons que 65 % des femmes âgées de 50 à 69 ans se font dépister de manière préventive, tant dans le cadre du dépistage de masse que de leur propre initiative. Celles qui refusent agissent généralement par peur des rayonnements. Ce qui est dommage, car les doses de rayonnements sont en permanence contrôlées de manière très stricte. Concrètement, ces doses se situent entre 0,24 et 0,48 mSv (millisievert), soit l'équivalent de 6 semaines à 3 mois d'irradiation naturelle sur Terre. »

Examen diagnostique

En pratique, notre hôpital réalise chaque jour environ 12 mammographies préventives dans le cadre du dépistage de masse. Par ailleurs, environ 16 examens diagnostiques sont également réalisés chez des patientes qui sont suivies chez nous après le traitement d'un cancer du sein ou qui se présentent à la suite d'une anomalie, de symptômes ou d'une inquiétude après un auto-examen ou un dépistage en dehors du programme de dépistage de masse. À cet égard, le Dr Dewachter insiste sur l'importance de l'auto-examen des seins, même après un dépistage récent. « À la moindre modification de la peau ou de la forme du mamelon, lorsqu'un mamelon est rétracté ou saigne, en présence d'un nodule ou d'un gonflement... il faut contrôler ! » Après l'évaluation d'une mammographie diagnostique, une échographie est pratiquée, si le radiologue l'estime nécessaire.

Nos dernières nouveautés : mammographie 3D

En 2018, l'AZ Sint-Maria a acquis un nouvel appareil de tomosynthèse très sophistiqué. « Nous pouvons ainsi prendre des clichés en trois dimensions de l'intérieur du sein, entièrement numériques », explique le Dr Dewachter. « Les couches de tissu superposées sont ainsi mieux et plus rapidement visibles, de sorte que les éventuelles anomalies peuvent être détectées plus tôt et plus clairement. C'est particulièrement efficace lorsque le tissu mammaire est dense. En outre, la technique produit moins de faux positifs et de faux négatifs qu'une mammographie 2D ordinaire. » La même technologie 3D est d'ailleurs utilisée lors des biopsies d'anomalies non visibles à l'échographie. Ce nouvel appareil s'est accompagné de la création d'une unité de sénologie distincte, qui permet aux patientes de passer plus facilement au service d'échographie après une mammographie et donc, d'accomplir plus rapidement tout le trajet d'examen.



**DÉPISTAGE
DE MASSE
CANCER DU SEIN**

De la mammographie 2D à la 3D



Vers un dépistage plus personnalisé

Aussi efficace que soit le dépistage actuel du cancer du sein, il traite de la même manière toutes les femmes qui sont invitées à s'y soumettre. Tous les deux ans. Cependant, il n'y a pas deux femmes identiques. En fonction des facteurs génétiques, des antécédents familiaux de cancer ou d'une exposition aux hormones, une femme est plus à risque de développer un cancer du sein qu'une autre. Nous pouvons donc nous demander s'il n'est pas préférable que certaines femmes se fassent dépister tous les ans, tandis que pour d'autres, un dépistage tous les deux ans est peut-être superflu. C'est pourquoi une étude clinique internationale a été lancée afin d'évaluer, avec les connaissances et les instruments précis d'aujourd'hui, une nouvelle stratégie de dépistage. Sous le nom de « MyPeBS » (My Personal Breast Screening), un dépistage personnalisé basé sur le risque est comparé au dépistage standard chez 85 000 femmes âgées de 40 à 70 ans. Une étude prometteuse à laquelle notre pays collabore – par l'intermédiaire de la VUB –, avec la France, Israël, l'Italie, le Royaume-Uni et l'Espagne.

Participer à MyPeBS ?

Vous faites partie du groupe cible et vous souhaitez participer à l'étude « My Personal Breast Screening » ? Inscrivez-vous sur mypebs.eu et contribuez aux progrès du dépistage du cancer du sein.

Pour vous, vos amies, vos sœurs, vos filles et les générations futures.



Gynécologie préventive en fonction de l'âge

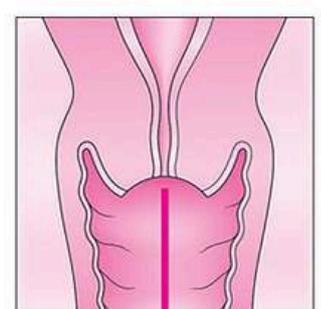
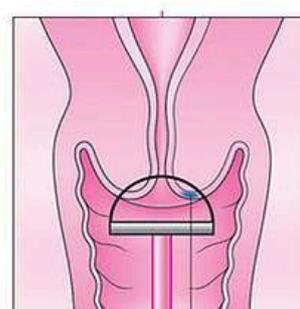
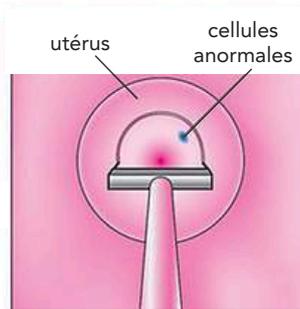
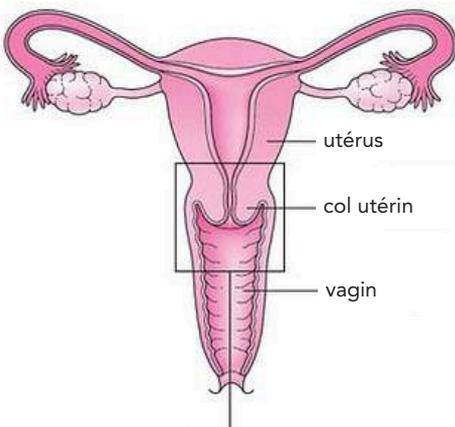
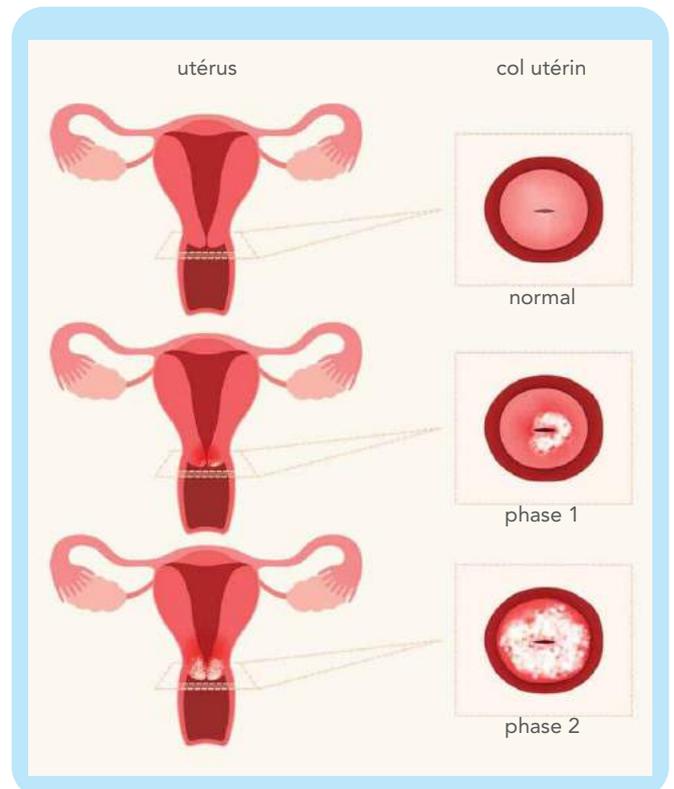


Aujourd'hui, un examen gynécologique n'est plus un impératif annuel pour toutes les femmes. En fonction de l'âge, le dépistage se concentre en outre sur un organe différent. Pour la chef du service médical de gynécologie et d'obstétrique, le Dr Nadia Vandersteen, il est surtout important que chaque patiente reçoive les bons soins au bon moment et à la bonne fréquence, auprès du médecin le plus indiqué.

Dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 25 ans

En Belgique, nous observons chaque année 600 à 700 carcinomes invasifs du col de l'utérus. Selon le Dr Vandersteen, cela est en partie la conséquence d'un dépistage trop faible ou trop irrégulier. « Il est donc important que les médecins généralistes continuent d'encourager les femmes de 25 à 65 ans à se faire examiner préventivement », souligne-t-elle. Bien que cela soit parfaitement possible chez le médecin généraliste, 91 % des frottis du col de l'utérus sont réalisés par des gynécologues. En cas de résultats anormaux, le gynécologue réalise une colposcopie, avec ou sans biopsie. En fonction du parcours individuel de la patiente, un suivi contrôlé suffit parfois pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Dans d'autres cas, une conisation du col de l'utérus est nécessaire.

**DÉPISTAGE
DE MASSE
CANCER DU COL
DE L'UTÉRUS**



les cellules anormales ont été éliminées



Dépistage du cancer de l'endomètre à la ménopause

À la ménopause, un examen utérin peut être complété par une échographie transvaginale. Celle-ci est certainement recommandée pour certains profils à risque, par exemple les femmes atteintes d'obésité. Mais cette échographie est également recommandée en cas de saignements vaginaux – même si dans ce cas, nous ne parlons plus de prévention mais de diagnostic. Le Dr Vandersteen déclare à ce sujet : « Un cancer de l'endomètre ou de l'utérus peut se manifester par des saignements vaginaux dès un stade précoce. Afin de ne pas négliger ce symptôme parfois discret, le médecin généraliste et le gynécologue doivent toujours vérifier de manière ciblée si la patiente a parfois des saignements post-ménopausiques, aussi minimes soient-ils. »

Dépistage du cancer de l'ovaire après 65 ans

Après 65 ans, le frottis cervical devient moins important, mais l'accent est davantage mis sur le dépistage de la pathologie ovarienne. Les tumeurs de l'ovaire ne provoquent malheureusement des symptômes qu'à un stade avancé, de sorte qu'environ 870 cas sont toujours recensés chaque année. Bien qu'il n'existe actuellement pas de dépistage systématique, les ovaires sont examinés avec toute l'attention nécessaire dans notre hôpital, par échographie. Par exemple chez les patientes qui présentent un risque familial accru de cancer de l'ovaire ou lors du suivi de fibromes. Chez les femmes porteuses d'une mutation du gène BRCA, une ablation chirurgicale des ovaires et des trompes peut être envisagée à titre préventif, en fonction de l'âge. « Bien que cela puisse ramener le risque de cancer de l'ovaire à près de 0 % en cas de mutation BRCA2, il est très important d'attirer l'attention de la patiente sur les conséquences importantes pour le bien-être général, dues à l'arrivée soudaine de la ménopause », ajoute le Dr Vandersteen.

Vigilance au cancer de la vulve

Dans une population vieillissante de patientes, le Dr Vandersteen estime qu'il est également important d'être attentif au cancer de la vulve. « Le cancer des lèvres de la vulve est plutôt rare et un dépistage systématique ne ferait probablement pas de réelle différence dans les chiffres. Mais une bonne inspection pendant la consultation est certainement indiquée, surtout en cas d'affections cutanées héréditaires, telles que le lichen scléreux vulvaire. »

Dépistage du cancer du sein tous les deux ans entre 50 et 69 ans

Comme vous avez pu le lire dans l'article consacré au dépistage du cancer du sein aux pages précédentes de cette édition de ZenneZorg, le cancer du sein (avec 11 000 cas par an) est le cancer le plus fréquent chez les femmes de notre pays. 75 % des femmes touchées ont plus de 50 ans. Pour cette catégorie d'âge, les autorités proposent une mammographie tous les deux ans, jusqu'à l'âge de 69 ans. Le Dr Vandersteen souligne également l'importance de la palpation clinique du sein. « Bien que sa valeur soit limitée chez les patientes asymptomatiques, elle peut permettre de détecter à temps des signaux d'alarme d'une tumeur du sein. Je pense par exemple à la rétraction de la peau ou du mamelon, à un écoulement mamelonnaire... » Mais, selon le Dr Vandersteen, les médecins généralistes et les gynécologues doivent aussi continuer d'attirer l'attention sur des facteurs de risque importants de cancer du sein, tels que le surpoids, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique. Pour certains profils à haut risque, un dépistage plus précoce ou plus intensif ou une IRM peuvent en outre être indiqués. Si une personne possède des antécédents familiaux, une consultation d'oncogénétique est recommandée. Chez les femmes génétiquement prédisposées (porteuses d'une mutation BRCA1, BRCA2 ou CHEK2), une ablation des seins peut même être envisagée. Des entretiens approfondis avec la patiente et le psychologue ont évidemment lieu au préalable. »





DR KATRIEN BULTÉ

Dépistage efficace du cancer colorectal

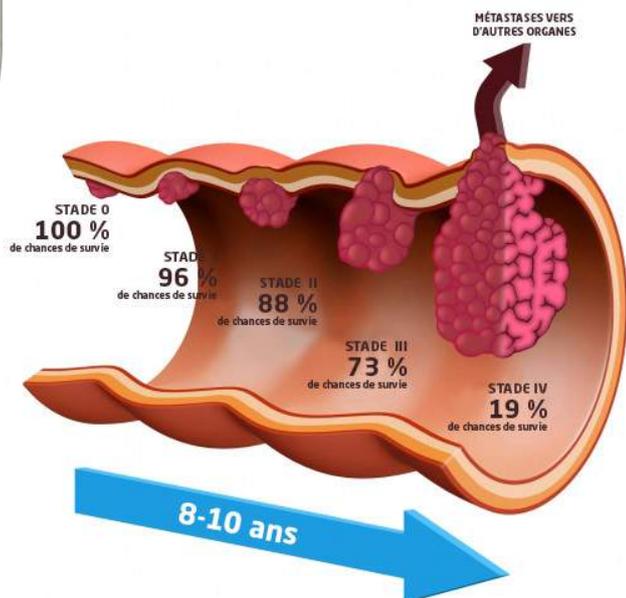
En ce qui concerne le cancer colorectal également, notre hôpital joue pleinement la carte de la prévention. Les tumeurs du côlon peuvent en effet être parfaitement traitées à condition d'être détectées à temps. Malheureusement, elles ne provoquent souvent des symptômes chez le patient qu'à un stade avancé, entraînant donc un moins bon pronostic. Cette maladie est ainsi la deuxième cause de mortalité par cancer. « Un dépistage précoce épargne de nombreuses vies et prévient des souffrances inutiles », déclare le Dr Katrien Bulté, gastro-entérologue à l'AZ Sint-Maria depuis 2008.

L'importance du dépistage de masse

Lorsqu'en 2013, la prévalence élevée des tumeurs intestinales a incité le gouvernement flamand à procéder au dépistage de masse du cancer du côlon, l'AZ Sint-Maria Halle lui a immédiatement emboîté le pas. « Nous suivions de toute façon, à l'aide de la coloscopie, un groupe de personnes présentant un risque accru de développer cette maladie, en raison d'un cancer du côlon dans la famille, d'infections intestinales chroniques, etc. Davantage de personnes courent toutefois un risque de développer ces tumeurs, mais nous ne le savons pas encore. Attendre les symptômes ne fait que donner lieu à un pronostic plus sombre. Avec le dépistage de masse, nous disposons désormais d'un outil de travail important pour détecter ces tumeurs, avant même qu'elles ne provoquent de symptômes », explique le Dr Bulté. Comme un polype intestinal a besoin de dix ans en moyenne pour devenir une tumeur, ce cancer est en outre facile à prévenir moyennant une ablation rapide du polype. Le fait qu'un cancer colorectal passe par quatre stades offre également une marge supplémentaire pour une prise en charge efficace. « En effet, les stades I et II (les stades précoces) sont encore parfaitement traitables. Ce n'est qu'aux stades III et IV qu'il est question de métastases des ganglions lymphatiques et/ou d'autres organes, et que le pronostic est moins favorable. Il faut donc dépister plus et plus tôt », ajoute la gastro-entérologue.

L'importance des campagnes et d'une communication claire

Des informations claires et une communication efficace sont indispensables à cet égard. Un tabou entoure en effet encore souvent tout ce qui a trait aux intestins et aux selles. La campagne relative au dépistage de masse a déjà fait son travail. « Dans un premier temps, ce dépistage de masse nous a permis de constater une augmentation notable du nombre de tumeurs détectées, entre 2014 et 2015. C'est logique, puisque toutes les personnes de 55 à 74 ans ont été invitées en même temps à participer. Entre-temps, nous remarquons que la fréquence des tumeurs colorectales se stabilise grâce à la détection et au suivi en temps voulu. Petit à petit, nous observons même une baisse, surtout en Flandre, où le programme de dépistage se déroule très bien. » Le Dr Bulté ajoute toutefois que le risque de développer un cancer de l'intestin ne peut pas être totalement éliminé. « Éviter la viande rouge, ne pas fumer et prévenir le surpoids reste également important pour réduire le risque de cancer du côlon. Mais en dépistant les tumeurs au stade le plus précoce possible, voire de polype, nous garantissons un pronostic nettement meilleur. »



Dépistage du cancer du côlon à grande échelle à partir de 50 ans

Au départ, les personnes âgées de 55 à 74 ans recevaient tous les deux ans l'invitation et le matériel nécessaire pour prélever elles-mêmes un échantillon de leurs selles qu'elles pouvaient envoyer gratuitement par la poste pour analyse. Entre-temps, l'âge minimum a été abaissé à 50 ans. « Et, à terme, l'Europe suivra probablement l'exemple américain et testera à partir de 45 ans », suppose Katrien Bulté. En présence de la moindre quantité de sang dans un échantillon de selles, le médecin généraliste avertit la personne concernée et un rendez-vous est fixé pour une coloscopie à l'hôpital. L'intestin est soigneusement examiné et les polypes éventuels sont retirés, sous sédation ou anesthésie générale.

La Flandre effectue un bon dépistage, mais peut encore faire mieux

Le dépistage de masse est relativement bien suivi en Flandre. En 2019, en moyenne, la moitié des personnes qui ont reçu le courrier d'invitation y ont donné suite (48 % des hommes et 54 % des femmes). En Wallonie, ce chiffre est inférieur. Le Dr Bulté suppose que cela est dû à la différence d'approche. « En Flandre, le groupe cible reçoit tout le matériel nécessaire avec l'invitation. Le prélèvement de l'échantillon s'effectue donc entièrement dans la sphère privée. En Wallonie et à Bruxelles, en revanche, il faut d'abord se procurer le test auprès du médecin généraliste. Pour beaucoup de gens, c'est un obstacle supplémentaire pour franchir le pas. »

Le cancer du côlon en chiffres

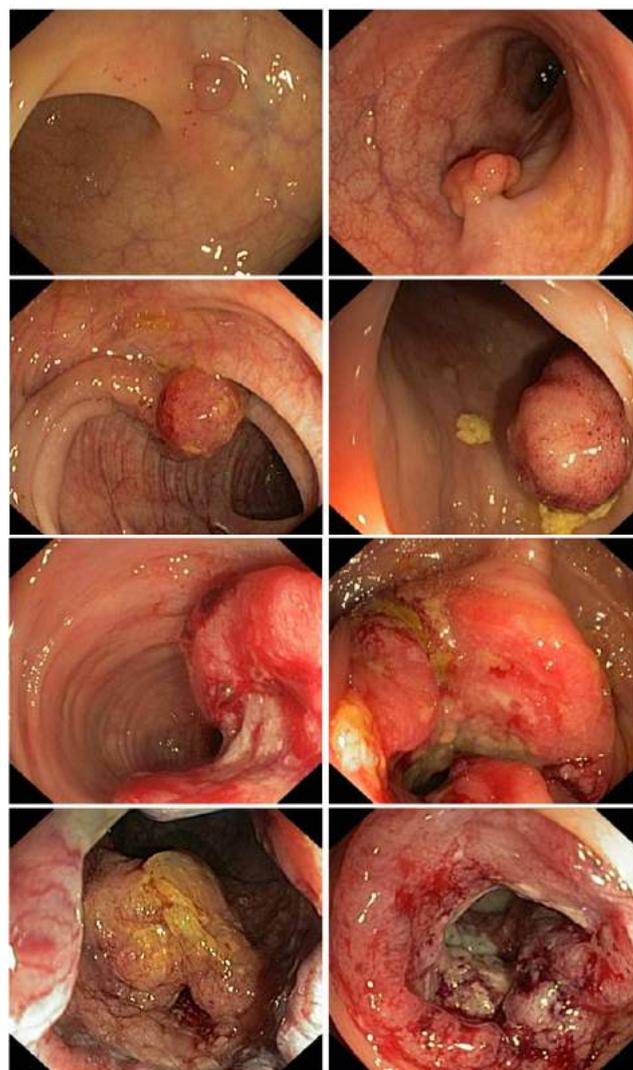
- En moyenne, 1 personne sur 20 est confrontée à un cancer du côlon.
- Chaque jour en Belgique, 4 à 5 patients décèdent d'un cancer du côlon.
- Sur 71 000 cancers en 2019, 8000 avaient leur origine dans le côlon.
- La plupart des tumeurs du côlon touchent des personnes de plus de 50 ans. 15 % concernent toutefois les moins de 50 ans.

Résultats marquants

Les statistiques de 2019 montrent que, grâce à l'échantillon prélevé dans le cadre du dépistage de masse, 75 % des tumeurs du côlon sont découvertes à temps (c'est-à-dire au stade 0 ou I) et seulement 2,6 % au stade IV. « À titre de comparaison : parmi les non-participants (le groupe qui a reçu une invitation mais qui n'y a pas donné suite), 35 % seulement sont détectées au stade 0 ou I et pas moins de 20 % au stade IV », ajoute le Dr Bulté. « Il est donc conseillé de continuer à essayer de motiver de plus en plus de personnes. » Dans le groupe qui se fait dépister régulièrement, le risque de décès diminue de pas moins de 20 % !

Heureusement, la technologie ne s'arrête pas

Selon notre gastro-entérologue, le nombre de coloscopies à l'AZ Sint-Maria Halle a considérablement augmenté depuis le début du dépistage de masse, en 2013. « Et la technologie ne s'arrête pas », ajoute-t-elle satisfaite. En effet, le matériel et la qualité d'image des caméras s'améliorent sans cesse et il existe de nouvelles techniques toujours plus performantes pour éliminer les polypes plus grands. « Pour des raisons physiques ou techniques, il est parfois difficile de réaliser un examen colorectal, par exemple en raison d'une sténose du côlon. Dans ce cas, nous pouvons désormais aussi effectuer une coloscopie virtuelle, un "coloscanner". Des images 3D de l'intestin sont alors réalisées au service de radiologie. Si un polype ou une anomalie est constaté, il faut bien entendu l'éliminer lors d'une coloscopie. »





Prise en charge pluridisciplinaire du surpoids et de l'obésité

L'obésité - « l'autre pandémie actuelle » - est une maladie chronique directement ou indirectement liée à divers problèmes de santé. Notre pays est lui aussi touché. Pas moins de 49,3 % des Belges sont en surpoids (IMC supérieur à 25) et 15,9 % sont obèses (IMC supérieur à 30). L'équipe de la clinique de l'obésité de l'AZ Sint-Maria met tout en œuvre pour prévenir les maladies graves grâce à une prise en charge réfléchie - et un accompagnement médical - du surpoids. Deux initiatives ont été élaborées à cet effet : le trajet de soins chirurgical et le programme d'exercice physique Obesiless.

Trajet de soins chirurgical

Les patients en surpoids sévère peuvent aboutir au service de chirurgie par différentes voies. Selon Nathalie Nys, chef adjointe du service paramédical de diététique et coordinatrice de la clinique de l'obésité, c'est généralement sur référence du médecin généraliste, « mais le diététicien peut aussi nous envoyer des personnes qui présentent des problèmes de poids persistants. Il arrive également que l'endocrinologue oriente vers l'équipe des patients diabétiques en surpoids qui ont un besoin élevé d'insuline. Certains patients s'adressent en outre directement à notre département pour une prise en charge chirurgicale de leur problème de poids. » Étant donné qu'une approche pluridisciplinaire de l'obésité est nécessaire pour obtenir de bons résultats à court et à long terme, chaque patient est vu et examiné par tous les membres de l'équipe de la clinique de l'obésité. Le rapport de cette concertation pluridisciplinaire est en outre nécessaire pour avoir droit au remboursement par la mutualité. « C'est pourquoi nous avons créé, il y a sept ans environ, un trajet de soins chirurgical, qui comprend les examens techniques et les consultations nécessaires auprès de tous les membres de l'équipe de la clinique de l'obésité, suivis d'une discussion approfondie au

sein de l'équipe de chirurgiens, diététiciens et psychologues », ajoute Nathalie Nys. « Nous décidons alors d'un commun accord si une intervention est effectivement nécessaire ou si un programme d'exercice physique constitue une meilleure option. » Dans le premier cas, le patient est orienté vers le chirurgien. Dans le second, il rejoint l'équipe d'Anneleen Van Bulck, chef du service paramédical de kinésithérapie et d'ergothérapie. Anneleen Van Bulck présente alors au patient le programme d'exercice physique Obesiless. »

Excellents résultats de la chirurgie

Les résultats après une chirurgie de perte de poids sont particulièrement bons. En moyenne, le patient perd 65 à 75 % de son surpoids. En conséquence, sa condition physique et son bien-être mental s'améliorent. Bien entendu, il est important que le patient soit suivi régulièrement, tant par l'équipe de la clinique de l'obésité que par le médecin généraliste. Des habitudes alimentaires et de mouvement saines sont ainsi maintenues et adaptées si nécessaire.



Le programme Obesiless

Toutes les personnes en surpoids n'optent donc pas pour une solution chirurgicale au problème. Et tout le monde n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement d'une telle intervention. « Nous voulons toutefois aider toutes les personnes confrontées à cette problématique », déclare Anneleen Van Bulck. « Depuis 2020, nous offrons donc à nos patients la possibilité de participer à notre programme Obesiless. Les participants s'engagent, pendant six ou quatre mois, à faire du sport deux fois par semaine pendant deux heures, en groupe encadré de huit personnes, et à adopter un mode de vie sain. » Si, après une intervention chirurgicale, il est préférable de perdre encore du poids ou de recourir à une aide pour mener une vie saine, vous pouvez également bénéficier du programme d'exercice physique Obesiless. Le patient s'attaque à ses kilos superflus en combinant régime alimentaire, kinésithérapie, beaucoup d'exercice physique et, si nécessaire, l'aide de psychologues. Une stratégie qui, selon Anneleen Van Bulck, atteint son objectif grâce à trois facteurs uniques :

1. Obesiless est un **programme de groupe qui rassemble des personnes concernées par la même problématique**. Le lien entre les membres du groupe possède ici un effet particulièrement positif et stimulant.
2. Outre le sport, des séances individuelles de **diététique** sont proposées, ainsi qu'une consultation individuelle et trois séances de groupe chez le **psychologue**, axées sur la motivation, les pièges, l'émo-alimentation...
3. Obesiless a également un effet positif à long terme. En effet, à l'issue du programme, les membres du groupe continuent souvent à faire du sport ensemble, ils partagent des activités et des succès via leur petit groupe WhatsApp et continuent à se motiver.

Réactions élogieuses à Obesiless

Les évaluations montrent qu'Obesiless améliore généralement la condition physique. Après le programme, les patients se sentent unanimement plus en forme et plus forts. Le sentiment d'appartenance à un groupe et la pression positive, y compris à plus long terme, sont particulièrement appréciés. L'approche pluridisciplinaire, l'ambiance personnelle et décontractée au sein de l'équipe, les séances de groupe avec le psychologue, etc. s'avèrent également très précieuses. « Sans oublier que nous ne comptons pas en kilos perdus mais en centimètres perdus », ajoute Anneleen Van Bulck. « Cette méthode est perçue comme particulièrement stimulante. En effet, il ne s'agit pas tellement de kilos, car les personnes qui font du sport développent aussi des muscles. Et les muscles sont lourds. Pour nous, c'est une question d'engagement, d'amélioration de la condition et de persévérance. Nous sommes donc très stricts dans la sélection des participants. Seuls ceux qui souhaitent s'engager et s'organiser à 100 % sont retenus », indique encore la chef du service paramédical de kinésithérapie et d'ergothérapie.



**Vous souhaitez en savoir plus
ou prendre rendez-vous ?**

Nathalie Nys | 02 363 62 37
Anneleen Van Bulck | 02 363 64 37
ou obesitaskliniek@sintmaria.be

Prise en charge personnalisée des ronflements et des apnées du sommeil

Les apnées du sommeil sont plus fréquentes qu'on ne le pense et comportent un risque grave pour la santé. Elles affectent la qualité du sommeil, ce qui provoque chez les patients qui en souffrent une somnolence en journée, des troubles de la concentration, des problèmes de mémoire ou de l'irritabilité. À long terme, ils développent toutefois aussi un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires. Le dépistage précoce est donc important. Le Dr Karen Pilaete, chef du service médical des maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, nous explique ce que sont exactement les apnées du sommeil et comment nous les prévenons et les traitons dans notre hôpital.

Les ronflements et les apnées du sommeil, qu'est-ce que c'est ?

Si les voies respiratoires entre la narine et les cordes vocales présentent un rétrécissement, il y a de fortes chances que nous ronflions. Dans certains cas, elles peuvent se refermer complètement (collapsus), ce qui provoque un léger arrêt de la respiration. Une apnée de ce type peut se produire plusieurs fois par heure, selon la personne. Les personnes en surpoids ou présentant des anomalies de la cavité nasale et/ou du pharynx, les fumeurs, les personnes qui prennent des somnifères ou des sédatifs et les consommateurs d'alcool en sont beaucoup plus atteints. À chaque apnée, le taux d'oxygène dans le sang diminue et la personne se réveille, consciemment ou non. La qualité du sommeil diminue donc, avec toutes les conséquences précitées.

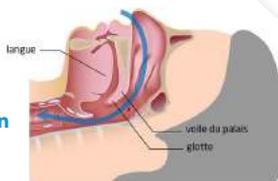
Comment les apnées du sommeil sont-elles diagnostiquées ?

Un moniteur Brizzy permet d'effectuer très facilement un premier dépistage des apnées du sommeil à domicile. Le patient vient chercher cet appareil lui-même le soir. Un médecin ou une infirmière fixe une électrode sur le front du patient et une autre sur son menton. Avant de se coucher, le patient connecte les deux électrodes au moniteur Brizzy. Les résultats sont disponibles deux jours plus tard. Si des anomalies sont observées, une polysomnographie est réalisée par le laboratoire du sommeil, lors de laquelle différents paramètres physiologiques sont enregistrés pendant le sommeil du patient.

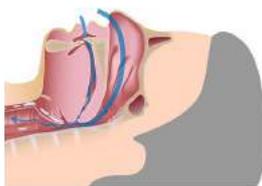
Comment les ronflements sont-ils examinés ?

L'endroit des voies respiratoires supérieures où le ronflement est produit peut être examiné au moyen d'une endoscopie du sommeil. Lors de cet examen dynamique (sous sédation), l'ORL inspecte, à l'aide d'un laryngoscope flexible, l'endroit du collapsus des voies respiratoires supérieures et vérifie éventuellement l'effet d'une orthèse buccale sur les apnées.

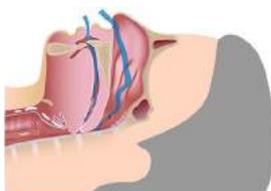
respiration normale



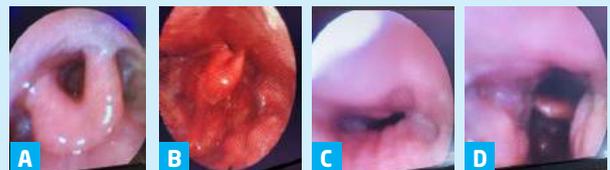
ronflements
obstruction partielle
des voies
respiratoires



apnée du
sommeil
obstruction complète
des voies
respiratoires



Lors de l'endoscopie du sommeil, les niveaux d'obstruction des voies respiratoires supérieures (nez, palais avec glotte et amygdales, base de la langue avec épiglotte) sont évalués, ainsi que le type de collapsus (avant-arrière, latéral ou circulaire).



- A épiglotte fortement œdématisée
- B collapsus latéral de l'épiglotte
- C collapsus avant-arrière du palais
- D collapsus latéral des amygdales



Quels sont les traitements possibles ?

Traitements non chirurgicaux

Dans un premier temps, des conseils relatifs au **mode de vie** sont donnés aux patients : un régime alimentaire est prescrit aux personnes en surpoids, un sevrage alcoolique et/ou tabagique est recommandé si nécessaire, la médication est adaptée... Souvent, ces mesures sont insuffisantes et il est nécessaire d'aller plus loin. Nous pouvons opter pour l'orthèse buccale ou **OAM** (orthèse d'avancée mandibulaire), en particulier lorsque la langue est à l'origine du collapsus. Le patient doit d'abord se rendre chez un dentiste spécialisé pour adapter l'orthèse buccale. En cas d'apnées du sommeil modérées à sévères, nous choisissons plutôt d'orienter la personne vers le pneumologue en vue d'un traitement par **PPC** (ventilation en pression positive continue). Dans ce cas, le patient porte, pendant la nuit, un masque nasal ou facial connecté à un appareil qui délivre en continu de l'air en légère surpression dans la cavité nasale et le pharynx, arrêtant ainsi le ronflement et les apnées.

Une endoscopie du sommeil et une polysomnographie (IAH \geq 15/h) sont toutes deux requises pour le remboursement d'une OAM. Pour la PPC, seule une polysomnographie (IAH \geq 15/h) est requise. Le remboursement des interventions chirurgicales n'en dépend pas, mais les informations sont nécessaires pour le médecin, afin qu'il puisse déterminer l'indication correcte.

Traitements chirurgicaux

En cas d'obstruction nasale ou de collapsus au niveau du palais, de la glotte et/ou des amygdales, un traitement chirurgical peut remédier aux ronflements et aux éventuelles apnées du sommeil. Bien qu'une obstruction nasale, consécutive à une déviation de la cloison, soit rarement la seule responsable des ronflements, nous pouvons procéder à une **correction de la cloison nasale**. Si nous constatons un collapsus au niveau du palais, de la glotte et/ou des amygdales, nous optons pour la chirurgie palatine. Depuis quelques années, nous utilisons pour ce faire une nouvelle technique : La **Barbed Reposition Pharyngoplasty** (BRP, ou pharyngoplastie de repositionnement barbelé). Afin de réduire le collapsus palatin, les amygdales sont retirées (tonsillectomie), puis les muscles du pharynx sont réorientés. L'avantage de cette nouvelle technique est que nous n'enlevons pas de tissu au niveau du palais, ce qui était le cas auparavant. Conséquence : un pharynx plus large et moins de cicatrices, qui pourraient à terme entraîner à nouveau un rétrécissement. La BRP a lieu sous anesthésie générale, avec une hospitalisation d'une seule nuit. Une bonne analgésie postopératoire et une alimentation molle et froide sont importantes pour le rétablissement.



Orthèse buccale ou OAM (orthèse d'avancée mandibulaire)



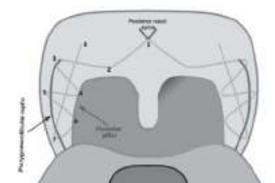
Appareil PPC (ventilation en pression positive continue)



Avant BRP



Après BRP



© Mantovani et Vicini



Plus de chances de réussir à arrêter de fumer grâce à un soutien professionnel

Depuis la fin de l'année 2018, Gretel Raspé travaille comme tabacologue indépendante dans notre hôpital. Le jeudi après-midi et soir, elle accompagne des patients et des membres du personnel de l'AZ Sint-Maria dans leur décision d'arrêter de fumer. Un soutien qui peut être capital !

Information et prévention

L'AZ Sint-Maria participe activement à des initiatives et des projets visant à encourager l'arrêt du tabac. Ainsi, le 31 mai (la Journée mondiale sans tabac), dans des circonstances normales, un stand d'information se tient à l'entrée de notre hôpital. Tant les patients que les visiteurs et les membres du personnel y reçoivent des explications sur le comment et le pourquoi d'un sevrage tabagique. Ils peuvent également y faire réaliser une mesure du CO expiré, afin de déterminer la quantité d'oxygène que leurs poumons laissent passer dans leur sang. « En outre, depuis le début de l'année 2021, nous déployons un plan par étapes d'une durée de trois ans, qui a pour objectif un campus pauvre en tabac, par le biais de la prévention, de la dissuasion et de l'accompagnement professionnel », explique Gretel Raspé. « Fumer dans notre hôpital ne sera plus possible que selon des conditions strictes, actuellement en cours d'élaboration, groupe cible par groupe cible. »

Conditions spécifiques

Dans un premier temps, notre personnel est encouragé à avoir une qualité de vie saine. « Le tabagisme n'en fait évidemment pas partie », déclare la tabacologue. « C'est pourquoi nous essayons de réduire tant le nombre de fumeurs actifs que l'impact négatif du tabagisme passif. Nos fumeurs, par exemple, seront prochainement déplacés plus loin de l'entrée et des tables de pique-nique où les collaborateurs mangent par beau temps. En outre, nous proposons depuis peu un accompagnement au sevrage tabagique gratuit à tous les collaborateurs qui le souhaitent. En plus de mon soutien, ils peuvent aussi s'adresser au psychiatre et au tabacologue, le Dr Bosmans. » Pour les patients aussi, un accompagnement efficace lors du sevrage tabagique est en cours d'élaboration. Pour le moment, ils peuvent d'ores et déjà s'adresser à la tabacologue en ambulatoire, sur rendez-vous. À l'avenir, une offre de soutien spécifique sera également mise au point pour les patients hospitalisés. D'ici 2024, enfin, l'approche du sevrage tabagique des visiteurs sera élaborée.

Depuis 2006, le Dr Aad Bosmans s'investit également, en tant que psychiatre et tabacologue, pour aider tant les patients que les collaborateurs de notre hôpital à arrêter de fumer.

Pour lui, une politique de prévention réussie dépend de la motivation. « Plus la motivation intrinsèque à arrêter de fumer est grande, plus les chances de succès sont importantes. » Il confirme qu'arrêter de fumer est difficile, mais pas impossible. « Nous ne naissons pas avec une cigarette à la main... » Selon lui, en cas de dépendance physique, un soutien médicamenteux est presque toujours nécessaire. Enfin, pour Aad Bosmans, ce n'est pas un problème de devoir souvent faire plusieurs tentatives avant de réussir à arrêter : « Plus vous essayez, plus vous avez de chances de réussir ! »



Personne ne naît avec une cigarette à la main.



Entretien préliminaire approfondi

L'accompagnement au sevrage tabagique commence par un entretien préliminaire d'une durée d'une heure. La nocivité et les aspects addictifs du comportement tabagique de la personne sont brièvement passés en revue. « *Quels sont les déclencheurs ? Le fumeur en question a-t-il déjà essayé d'arrêter ou de réduire progressivement sa consommation ? A-t-il utilisé des substituts ? Pourquoi a-t-il rechuté ? ...* » Ensuite, les différentes méthodes de sevrage tabagique sont décrites et nous décidons, en concertation avec le fumeur, s'il va réduire progressivement sa consommation ou arrêter d'emblée. Enfin, en fonction de la consommation actuelle de tabac, nous examinons si des médicaments ou des substituts tels que des patchs, des comprimés à sucer, des sprays, etc. sont indiqués ou non.

Différentes séances de suivi

Après l'entretien préliminaire, trois à six séances de suivi sont encore nécessaires en moyenne, en fonction de la méthode choisie et de la sévérité du tabagisme. « Nous nous intéressons surtout aux expériences des dernières semaines. Comment se passe le sevrage ? Le fumeur a-t-il utilisé les trucs et astuces donnés dans les moments de crise ? Les médicaments ont-ils des effets secondaires ? La motivation revêt également une importance fondamentale à ce stade. « Nous encourageons la personne à persévérer. Afin qu'elle y arrive au quotidien. »

Une personne sur trois réussit !

Les gens veulent arrêter de fumer pour différentes raisons. Selon Gretel Raspé, ils sont généralement inquiets à cause de la toux du fumeur, parce qu'ils ont un rhume qui ne guérit pas, parce qu'ils ont eu une pneumonie ou parce que leur médecin leur impose d'éviter les complications après une intervention chirurgicale. Mais arrêter de fumer est loin d'être évident. Qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, la plupart ont besoin de trois à quatre tentatives pour arrêter définitivement. « En moyenne, sur trois fumeurs, il y en a toutefois toujours un qui y parvient. »

Vous avez votre arrêt du tabac entre les mains. Comme la cigarette...

« Arrêter de fumer sous pression n'est pas jouable », souligne Gretel Raspé. « Si la volonté n'est pas là, les chances de réussite sont nulles. C'est pourquoi j'attire l'attention de chacun sur sa responsabilité personnelle dans l'arrêt du tabac. C'est en effet entre vos mains que se trouve votre arrêt du tabac (comme la cigarette...). » Si quelqu'un lutte trop longtemps contre la dépendance, il se retrouve souvent dans une spirale négative. La tabacologue conseille alors d'interrompre les tentatives d'arrêt pendant quelques mois. « Souvent, le fumeur est plus conscient de ce qu'il fait et parvient plus facilement à arrêter lors d'une deuxième tentative. Ou du moins à se limiter à une à deux cigarettes par jour. »



Vous souhaitez en savoir plus ou prendre rendez-vous ?

Gretel Raspé | 0471 06 11 12
ou gretel.raspe@telenet.be
Dr Aad Bosmans | 02 363 66 72



Dépistage pendant l'hospitalisation pour des soins plus sûrs

Pendant l'hospitalisation, le patient est soumis à un dépistage des risques de délire, de suicide, de chute, de malnutrition et d'escarres. En identifiant ces risques, nous pouvons offrir des soins de meilleure qualité et plus sûrs.

Reconnaître le délire de manière précoce grâce à l'échelle DOD

Qu'est-ce que le délire et pourquoi le dépistage est-il si important ?

Le délire survient très fréquemment chez les patients hospitalisés, principalement les patients âgés et fragiles. En cas de délire, le patient devient soudainement confus et agité. Le délire est un problème fréquent, mais sous-estimé et grave, car il s'accompagne souvent de complications supplémentaires, d'un processus pathologique plus long, d'une hospitalisation plus longue et parfois même du décès du patient. En outre, il représente une charge supplémentaire pour les soignants, le patient et la famille. Après un épisode de délire, les patients peuvent être anxieux et éprouver des problèmes cognitifs persistants. Chez les personnes âgées, en outre, le risque de démence est alors plus élevé. Sur le plan social, le délire représente donc un surcoût important pour lequel un dépistage, un diagnostic et un traitement rapides sont extrêmement importants.

Qui est exposé au plus grand risque ?

Lors de leur admission, tous les patients sont soumis à un premier dépistage bref du risque de délire. En cas de réponse positive à une des questions ci-dessous, le patient présente un risque accru :

- Plus de 70 ans ?
- Besoin d'aide pour les soins personnels ?
- Antécédents de délire et/ou de consommation de substances ?
- Troubles cognitifs connus (confusion/démence/dépression/AVC) ?

En cas de risque accru, les infirmiers doivent compléter trois fois par jour l'échelle DOD (échelle de Détection et

d'Observation du Délire) détaillée à propos du patient, afin de détecter le délire de manière précoce et de pouvoir prendre ainsi rapidement les mesures nécessaires.

Que faire pour lutter contre le délire ?

Si le dépistage plus approfondi à l'aide de l'échelle DOD indique que le patient présente des signes de délire, des actions non médicamenteuses seront d'abord entreprises (veiller à un environnement pauvre en stimuli, améliorer la mobilité, améliorer l'orientation en parlant lentement et clairement, installer une horloge...) et les causes médicales qui déclenchent le délire seront traitées (douleur, infection...). Si ces deux types d'actions n'apportent pas d'amélioration, on passera au traitement médicamenteux.

« Il est important de continuer à travailler à la sensibilisation et à la formation du personnel soignant en ce qui concerne le délire. Nous devons continuer de miser sur les mesures préventives et, surtout, sur les interventions non médicamenteuses, jusqu'au niveau de l'architecture des départements », ajoute le Dr Aad Bosmans, psychiatre à l'AZ Sint-Maria.



Pour en savoir plus sur les actions non médicamenteuses ou le traitement médicamenteux pour combattre et traiter le délire, scannez ce code QR.

Notre liaison psychiatrique interne fonctionne !

Une plus grande attention pour la santé mentale

L'an dernier, une liaison psychiatrique interne (LPI) a été instaurée avec la médecine interne et les services aigus, à partir du SPHG, à titre de projet pilote. L'objectif est, d'une part, de dépister les patients suicidaires et, d'autre part, d'offrir une attention et des soins aux personnes souffrant de troubles anxieux aigus, de sentiments dépressifs et de problèmes de dépendance. La chef de service adjoint du SPHG, Bieke Keunen, se rend quotidiennement dans les services concernés. Avec sa seconde, l'infirmière en chef Valérie Demol, elle réalise une évaluation des patients à risque. Les problèmes identifiés sont communiqués aux psychiatres, qui suivent de près la situation lors de consultations. Si nécessaire, le patient peut être admis au SPHG après le traitement physique, pour une mise au point mentale.

Même après sa sortie de l'hôpital, il reçoit les outils et références nécessaires, sur lesquels il peut s'appuyer chez lui, comme des brochures, les coordonnées de services ambulatoires, etc.

Enthousiasme unanime

La LPI fonctionne très bien et les réactions sont unanimement élogieuses. Les patients sont heureux qu'il y ait du temps pour les écouter et le soutien est particulièrement apprécié. Le personnel infirmier ressent également comme un soulagement d'avoir le temps et l'attention nécessaires à accorder à la santé mentale du patient. Cette action lui donne l'opportunité d'être de plus en plus attentif à divers problèmes psychiques et formes de lassitude de vivre. Grâce à ce succès, la direction étudie les possibilités de libérer les personnes et les moyens nécessaires pour déployer ce projet pilote de manière définitive.

Prévention des chutes adaptée au patient

Une prévention efficace des chutes est indispensable pour un rétablissement optimal de nos patients. En 2017, nous avons lancé une politique efficace en la matière. L'ergothérapeute Nancy Speeckaert explique les procédures que nous suivons et les outils à notre disposition.

Trois groupes cibles

Des mesures préventives standard s'appliquent à l'entrée d'un patient à l'hôpital. En outre, si le patient a plus de 60 ans, son risque de chute est également examiné et inclus dans l'anamnèse. Chaque cas à risque bénéficie d'un accompagnement et de moyens de prévention adaptés, en fonction de l'âge et de la problématique. « Les 60-75 ans suivent une séance de kinésithérapie » explique Nancy Speeckaert. « Nous parcourons également la brochure "Bouger pendant et après l'hospitalisation" avec le patient. En fonction de la gravité du risque, des séances de kinésithérapie supplémentaires peuvent être prévues en concertation avec le médecin traitant. Les patients de plus de 75 ans bénéficient d'un suivi plus approfondi. Dans ce groupe, le risque de chute n'est en effet pas uniquement causé par des problèmes de mobilité. L'état de santé général du patient, l'état nutritionnel, la prise de médicaments, les problèmes d'incontinence, etc. peuvent aussi entraîner des risques de chute. Dans ce cas, nous ne misons pas uniquement sur la kinésithérapie, mais nous collaborons à partir de notre liaison gériatrique. Comme nous constatons qu'un tiers des personnes qui font une chute à l'hôpital présente une confusion, notre groupe de travail Prévention des chutes, Contention et Délire a également amélioré notre prise en charge du délire ces derniers temps. Sur la base des chutes, ce groupe de travail met en place des actions d'amélioration pour l'ensemble de notre hôpital. »

Outils concrets

Depuis le démarrage de notre politique de prévention des chutes, de nombreux changements visibles ont été apportés dans différents départements. Ainsi, outre des chaussettes antidérapantes et des pantoufles adaptées, nous proposons aux patients à risque des déambulateurs sur lesquels une perfusion peut être fixée. Les salles de bain en gériatrie sont équipées de tabourets robustes et stables et les nouvelles portes coulissantes automatiques sont munies d'un œilleton de sécurité supplémentaire et se ferment plus lentement. Notre jardin de rééducation locomotrice a également été adapté. Le plan incliné raide est désormais plus facilement accessible et des bracelets dotés d'une sonnette apportent une sécurité supplémentaire au patient. Les personnes hospitalisées qui présentent un risque de chute recevront même désormais un bracelet d'identification rouge pour être encore plus visibles par tous les soignants.



Le NRS limite considérablement les risques et conséquences de la malnutrition

La malnutrition est un problème très souvent sous-estimé ! Environ 1 patient sur 4 dans les hôpitaux belges court un risque de dénutrition. Les personnes âgées y sont particulièrement sensibles, souvent en raison d'une alimentation insuffisante chez elles ou d'une malnutrition à l'hôpital (à jeun trop longtemps avant et/ou après une opération, manque de personnel pour les aider à manger...). « Un dépistage à temps est extrêmement important pour éviter des problèmes plus graves », souligne la diététicienne Nathalie Nys. C'est pourquoi notre groupe de travail Nutrition, sous la direction du Dr Colin Cordemans, intensiviste, élabore la politique nutritionnelle pluridisciplinaire afin de détecter et de traiter la malnutrition à un stade précoce dans notre hôpital.

Mortalité et durée d'hospitalisation plus élevées

La dénutrition peut entraîner une plus grande sensibilité aux infections, un retard de cicatrisation des plaies, une perte de force musculaire et une diminution de la qualité de vie. Pour une maladie du même type et de même gravité, la mortalité des patients dénutris après un suivi d'un an est trois fois plus élevée que celle des patients bien nourris. La durée d'hospitalisation est allongée de moitié et la consommation d'antibiotiques et de liquides intraveineux augmente, respectivement, de 23 % et 16 %. Les frais d'hospitalisation augmentent ainsi d'au moins 20 %. De plus, le risque de réadmission dans les 15 jours est deux fois plus élevé chez les patients dénutris. En Belgique, l'impact sur les coûts des soins de santé est estimé à 400 millions d'euros par an !

Conséquences les plus fréquentes de la dénutrition

- ↑ complications et infections
- ↑ durée de l'hospitalisation
- ↑ escarres
- ↑ coûts
- ↓ cicatrisation des plaies
- ↓ qualité de vie
- ↓ fonctionnalité
- ↑ risque de décès
- ↓ condition physique

État nutritionnel en Belgique, par région et province

	Dénutrition % (N)	Risque de sous-alimentation % (N)	Pas de dénutrition % (N)
Flandre	34,40 % (516)	42,90 % (644)	22,70 % (341)
Flandre orientale	34,80 % (139)	44,60 % (178)	20,60 % (82)
Flandre occidentale	32,70 % (118)	46,50 % (168)	20,80 % (75)
Limbourg	33,70 % (69)	40,50 % (83)	25,90 % (53)
Anvers	34,70 % (139)	39,70 % (159)	25,70 % (103)
Brabant flamand	37,80 % (51)	41,50 % (56)	20,70 % (28)
Wallonie	40,20 % (299)	39,20 % (292)	23,40 % (75)
Brabant wallon	55,10 % (27)	26,50 % (13)	18,40 % (9)
Liège	34,00 % (84)	41,30 % (102)	24,70 % (61)
Hainaut	41,40 % (128)	38,80 % (120)	19,70 % (61)
Luxembourg	42,40 % (19)	40,00 % (18)	17,80 % (8)
Namur	43,60 % (41)	41,50 % (39)	14,90 % (14)
Région de Bruxelles-Capitale	33,10 % (106)	43,40 % (139)	23,40 % (75)

Prévention de la dénutrition dans notre hôpital

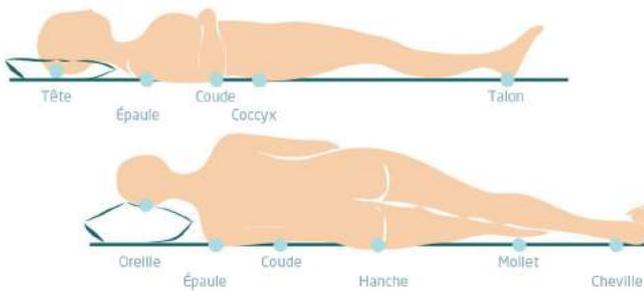
Dans la mesure du possible, chaque patient est mesuré et pesé dans les 48 heures suivant son admission. Il est également interrogé sur son appétit, sa perte de poids éventuelle et sa perte de poids au cours de la dernière période. « Toutes ces données sont consignées dans le dossier personnel du patient et constituent la base de notre outil de dépistage », explique Nathalie Nys. « Par score de risque, un point NRS (Nutritional Risk Score) est attribué au patient. Les personnes qui obtiennent trois points sont orientées vers les diététiciens, qui examinent si la perte de poids est souhaitée, pourquoi le patient n'a pas envie de manger, comment était l'état nutritionnel avant l'admission, etc. En fonction de la maladie, le patient se voit attribuer un diététicien spécialisé, par exemple en oncologie, en psychologie, en gériatrie, en pédiatrie, etc. Celui-ci adapte le régime alimentaire et ajoute les nutriments nécessaires. Nous essayons d'encourager le patient à s'alimenter correctement. Si cela ne fonctionne pas, nous examinons avec le médecin traitant la possibilité de mettre en place une alimentation par sonde. Mais dans ce cas aussi, nous essayons quand même de nourrir le patient par voie orale. La nutrition parentérale n'est administrée par voie sanguine que dans des cas exceptionnels, lorsque le système gastro-intestinal du patient ne fonctionne plus suffisamment. »



Comment nous efforçons-nous en permanence de prévenir les escarres ?

Qu'est-ce qu'une escarre et comment apparaît-elle ?

Les escarres, ou ulcères de pression, sont un problème fréquent dans les soins de santé, surtout chez les personnes âgées et les patients immobiles, par exemple en soins intensifs. Une escarre est causée par une pression exercée en permanence sur un endroit donné de la peau, ce qui provoque une diminution de l'irrigation sanguine et la mort des tissus. Ce processus est accéléré par le frottement ou lorsque la peau est humide. Il se produit principalement là où la peau est proche de l'os : coccyx, talons, coudes, omoplates, hanches, chevilles et arrière de la tête.



Les escarres provoquent des douleurs et des désagréments, peuvent limiter l'activité normale et altèrent la qualité de vie. Comme les escarres guérissent lentement, l'hospitalisation se prolonge souvent et le coût des soins augmente. La prévalence des escarres dans les hôpitaux belges a été estimée à 10,7 % en 2000. C'est pour cette raison qu'il est extrêmement important d'identifier rapidement les patients à risque grâce au dépistage et de prendre les mesures de précaution adéquates et adaptées pour ces patients.

Chaque patient fait l'objet d'un dépistage préventif

L'apparition d'escarres est évaluée quotidiennement chez tous nos patients hospitalisés. Cette évaluation a lieu sur la base de questions normalisées : le patient peut-il se tourner toutes les 4 heures, a-t-il déjà développé des escarres dans le passé, présente-t-il, du point de vue infirmier, un risque de développer une escarre pour cause de sous-poids, de problèmes de mobilité, de maladie, de dénutrition, de prise de certains médicaments... ?

Prévention et traitement des escarres dans la pratique

Pour chaque patient à risque, ces risques identifiés permettent de mettre en place des mesures spécifiques :

- changement de position
- matelas et coussins qui réduisent la pression
- pansement en mousse au niveau du bassin et des talons
- protection de la peau à l'aide d'une crème barrière ou de spray et de lingettes
- alimentation correcte et hydratation suffisante
- avis d'un kinésithérapeute
- avis d'un ergothérapeute
- avis d'un diététicien

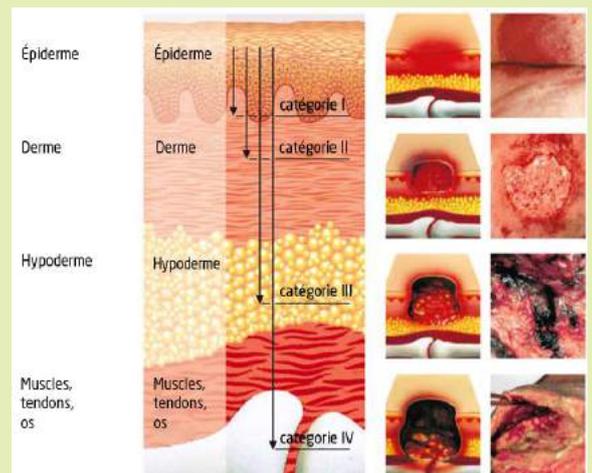
Le patient et/ou la famille sont également impliqués dans la prévention. Ainsi, ils peuvent trouver dans la brochure d'information relative à la prévention des escarres, remise lors de la sortie du patient, toutes sortes de conseils pour pouvoir poursuivre les mesures à domicile.

Chaque escarre est également signalée afin que chaque cas puisse être examiné, qu'un feed-back puisse être donné ou qu'un soutien puisse être proposé.

En cas d'escarre de catégorie 1 ou 2, une infirmière référente en matière d'escarres assure la coordination. En cas d'escarre de catégorie 3 ou 4, le coordinateur des soins des plaies et l'infirmière spécialisée en soins des plaies se chargent de la coordination et dispensent des conseils au chevet du patient.

Quatre stades du développement d'une escarre

- I** Rougeur de la peau intacte, ne disparaît pas à la pression.
- II** Lésion cutanée limitée à l'épiderme, avec cloques (ouvertes) et/ou desquamation.
- III** Altération de la peau, avec lésion ou nécrose (mort des tissus) de la peau et du tissu sous-cutané. Les dommages peuvent s'étendre jusqu'au tissu conjonctif sous-jacent. D'un point de vue clinique, la lésion a l'apparence d'un cratère, avec ou sans dégradation du tissu adjacent.
- IV** Lésion tissulaire étendue ou nécrose des tissus musculaires, des tissus osseux ou des tissus de soutien. La lésion cutanée atteint toute l'épaisseur de la peau.





- walk the talk -

Un lieu de travail sain

Nous avons déjà mentionné dans ce numéro que nous considérons la prévention comme l'une des missions de base de notre hôpital. Comme nous sommes fermement convaincus que mieux vaut prévenir que guérir, il nous semble évident de créer un climat de vie et de travail sain pour nos collaborateurs et nos médecins. Ces dernières années, nous avons pris diverses initiatives afin d'encourager nos collaborateurs et les aider à adopter un mode de vie (plus) sain.

Dans le verre et dans l'assiette

Au restaurant du personnel, les frites auront toujours du succès. Mais nous voulons également proposer une alternative saine à nos collaborateurs. Les légumes sont omniprésents dans l'offre depuis de nombreuses années. Ainsi, depuis des années, nous proposons de la soupe gratuite et, en 2020, une alternative végétarienne a été mise au menu. Le COVID-19 est exigeant envers nos collaborateurs, tant mentalement que physiquement. Pendant la pandémie de coronavirus, nous avons commencé à proposer gratuitement un goûter sain et fortifiant. Pour encourager nos collaborateurs à manger au moins un fruit chaque jour, nous avons décidé de poursuivre cette initiative, COVID ou pas. Investir dans une offre saine signifie également dissuader de consommer ce qui peut être considéré comme malsain. C'est pourquoi les sodas riches en sucre ne sont plus proposés lors des réunions ni des formations. Boire suffisamment d'eau, telle est la consigne. À l'occasion de la journée des soins, tous les collaborateurs ont reçu une gourde Doppler.

Déjà entendu parler de la « piste » ?

Avec le projet « LOOPBAAN » (piste), Sport Vlaanderen souhaite créer un lien entre travail et sport, grâce à l'aménagement de circuits de marche et de course à pied balisés à proximité de zones industrielles, de préférence avec un lien vers la nature voisine. Idéal pour un jogging, une promenade déjeuner ou une réunion active. Les collaborateurs peuvent ainsi profiter du grand air et d'une bonne dose de mouvement, tant pendant leur pause que pendant leurs heures de travail. Sport Vlaanderen a proposé de réaliser la première piste du Brabant flamand sur la Grote Weide, à l'arrière de notre hôpital. Sport Vlaanderen, la ville de Hal et l'AZ Sint-Maria ont uni leurs forces. Nous considérons comme un atout supplémentaire d'offrir à nos collaborateurs une « piste de marche et de course à pied » à proximité immédiate de notre hôpital, tant pour les pauses que pour les entretiens en face à face, par exemple un entretien d'évolution.

Piste « Grote Weide »

La piste « Grote Weide » se compose de deux parcours de marche et de course à pied balisés. La petite boucle (2 km) débute à l'arrière de notre hôpital. Elle permet de rejoindre facilement la grande boucle (6,5 km) qui a son point de départ sur les terrains de Colruyt.





Vers un campus pauvre en tabac

L'AZ Sint-Maria souhaite également évoluer progressivement vers un campus pauvre en tabac. On dit parfois : « Voir fumer fait fumer ». Tout d'abord, nous voulons réaliser un vaste périmètre sans tabac autour de l'hôpital. Concrètement, cela signifie que les fumoirs seront implantés plus loin des entrées. Les nuisances pour les non-fumeurs et les patients hospitalisés diminueront ainsi. Ensuite, nous voulons encourager nos propres collaborateurs à arrêter de fumer. Pour ce faire, nous souhaitons participer au coût de l'accompagnement au sevrage tabagique par un professionnel. Enfin, nous voulons que le personnel soignant soit formé pour encourager les patients à participer à un programme de sevrage tabagique à l'hôpital ou en dehors.



Miser sur la vaccination

Nous encourageons toujours autant que possible nos collaborateurs et nos médecins à se faire vacciner. Citons à cet égard, par exemple, notre campagne annuelle de vaccination contre la grippe, qui a généré cette année un beau taux de vaccination de près de 72 %. Par ailleurs, nous avons naturellement aussi mis l'accent sur la campagne de vaccination contre le Covid-19 l'année dernière et avons obtenu un résultat record de près de 98 %. Les membres de notre personnel soignant sont en effet quotidiennement en contact étroit avec nos patients. En se faisant vacciner, ils se protègent donc non seulement eux-mêmes mais ils protègent aussi les patients ou les personnes vulnérables avec lesquels ils sont en contact.



Authenticité et soutien externe

Être soutenu par le service externe pour la prévention et la protection au travail est un grand avantage. Tant le conseiller en prévention-médecin du travail que le conseiller en prévention aspects psychosociaux font preuve d'une grande implication. La législation récente crée également plus de marge pour la prévention, au détriment des consultations périodiques. Le médecin du travail a également une fonction de signal importante. Les nombreux contacts personnels mettent au jour des facteurs de risque. En conséquence, ces dernières années, nous avons notamment misé sur la prévention des maux de dos en formant les collaborateurs aux techniques de levage. Des mesures ont également été prises afin de réduire les accidents de piqûre et des chaussures sûres et ergonomiques sont désormais utilisées. Il est évident qu'en tant qu'hôpital, nous voulons être crédibles dans tout ce que nous représentons. Les collaborateurs qui ont un mode de vie sain portent nos valeurs !



Nouveaux médecins



Dr

Dr Tom DEPOVERE
Médecin spécialiste en orthopédie, sous-spécialisé en chirurgie du pied et de la cheville

Depuis le 1^{er} septembre 2021, notre service d'orthopédie est renforcé par le Dr Tom DEPOVERE.

Après avoir obtenu son diplôme en kinésithérapie et sciences de la rééducation, il a entamé sa formation en médecine à la Vrije Universiteit Brussel. Il s'est ensuite spécialisé en orthopédie dans plusieurs centres en Belgique. Le Dr DEPOVERE a ensuite suivi une sous-spécialisation en chirurgie du pied et de la cheville, dans le cadre de programmes de bourse doctorale dans différents centres : Sint Maartenskliniek Nijmegen aux Pays-Bas, Clinique du Sport de Bordeaux-Mérignac en France et ZNA Middelheim Antwerpen.

DONNÉES DE CONTACT
Dr Tom DEPOVERE

02 363 66 35
 t.depoevere@sintmaria.be

Numéro INAMI :
 1-37371-74-480



Dr

Dr Elisabeth DE MEUE
Médecin spécialiste en oncologie médicale

Le Dr Elisabeth DE MEUE renforce notre service d'oncologie depuis le 13 septembre 2021.

Elle a suivi sa formation en médecine à la KU Leuven, puis s'est spécialisée en oncologie médicale.

Le Dr DE MEUE travaille comme médecin à temps plein aux Cliniques de l'Europe et apportera son soutien à notre service d'oncologie deux jours par semaine dans notre hôpital, en tant que consultante, aux côtés de l'équipe existante. Elle sera toujours présente aux COM du vendredi.

DONNÉES DE CONTACT
Dr Elisabeth DE MEUE

02 363 66 84
 e.demeue@sintmaria.be

Numéro INAMI :
 1-99876-41-660



Dr

Dr Deborah MASFRANCX
Médecin spécialiste en endocrinologie

Depuis le 15 septembre 2021, le Dr Deborah MASFRANCX renforce notre service d'endocrinologie.

Le Dr MASFRANCX a suivi sa formation en médecine à la KU Leuven, puis s'est spécialisée en endocrinologie.

Au début de son activité de médecin, le Dr MASFRANCX a été nommée chef de service médical.

Le service d'endocrinologie accueille désormais, outre les patients ambulatoires en endocrinologie, des patients hospitalisés sous le nom des endocrinologues.

DONNÉES DE CONTACT
Dr Deborah MASFRANCX

02 363 66 80
 d.masfrancx@sintmaria.be

Numéro INAMI :
 1-98277-88-583



Dr

Dr Thomas VAN NIEUWENHOVE
Médecin spécialiste en gastro-entérologie

Depuis le 1^{er} octobre 2021, notre service de gastro-entérologie est renforcé par le Dr Thomas VAN NIEUWENHOVE.

Le Dr VAN NIEUWENHOVE a suivi sa formation en médecine à la Vrije Universiteit Brussel, puis s'est spécialisé en gastro-entérologie. Durant sa formation, le Dr VAN NIEUWENHOVE s'est concentré sur l'écho-endoscopie, l'ERCP et les MII lors d'un stage à l'étranger, au Breda Ziekenhuis.

DONNÉES DE CONTACT
Dr Thomas VAN NIEUWENHOVE

02 363 66 21
 t.vannieuwenhove@sintmaria.be

Numéro INAMI :
 1-99941-73-650



Dr Nicolas KINT

Médecin spécialiste en hématologie

Depuis le 12 novembre 2021, notre service d'hématologie est renforcé par le Dr Nicolas KINT.

Le Dr KINT a suivi sa formation en médecine à la KU Leuven, où il s'est également spécialisé en médecine interne et en hématologie clinique. En 2019, il a en outre obtenu un PhD in Biomedical Sciences Dans le domaine de l'hématologie, son intérêt clinique se porte principalement sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de troubles plasmocytaires.

Le Dr KINT travaille comme médecin à temps plein à l'UZ Brussel depuis octobre 2021 et apportera son soutien au service d'hématologie de notre hôpital un jour par semaine, en étroite collaboration avec le Dr Trullemans.

DONNÉES DE CONTACT

Dr Nicolas KINT

02 363 66 00
n.kint@sintmaria.be

Numéro INAMI :
1-99194-44-598



Dr Karolien VAN DER LELIE

Médecin spécialiste en psychiatrie

Le Dr Karolien VAN DER LELIE renforce notre service de psychiatrie depuis le 15 novembre 2021.

Le Dr VAN DER LELIE a suivi sa formation en médecine à la KU Leuven, puis s'est spécialisée en psychiatrie. Le Dr VAN DER LELIE a suivi et terminé avec fruit sa dernière année de formation en psychiatrie chez nous, à l'AZ Sint-Maria.

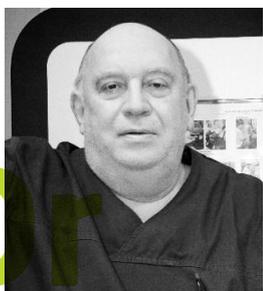
DONNÉES DE CONTACT

Dr Karolien VAN
DER LELIE

02 363 66 72
k.vanderlelie@sintmaria.be

Numéro INAMI :
1-79183-73-780

Départs à la retraite



Dr Antoon DEROULEZ

Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation

Le 1^{er} septembre 2021, le Dr Antoon DEROULEZ, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, a quitté notre hôpital pour profiter d'une retraite bien méritée. Nous souhaitons remercier le Dr DEROULEZ pour ses longues années de collaboration et son dévouement au sein de notre service de médecine physique et de réadaptation et nous lui souhaitons le meilleur pour l'avenir.

Nouveau à l'AZ Sint-Maria - la logopédie désormais aussi en ambulatoire

Depuis septembre 2021, les patients peuvent s'adresser à notre hôpital pour une consultation ambulatoire de logopédie. Joyce Valkenier, logopède indépendante, accueille également des patients non hospitalisés en consultation, tant pour un diagnostic que pour un traitement. Les patients souffrant d'un problème neurogénique y sont également les bienvenus, tout comme les personnes atteintes de troubles de la déglutition. Les bébés et les jeunes enfants qui connaissent des difficultés pour manger et boire peuvent également être adressés à Joyce. Dans ce contexte ambulatoire, l'accent est toujours mis sur la thérapie individuelle et le traitement du patient,

y compris un accompagnement spécifique pour la famille et l'entourage, si nécessaire. L'approche utilisée est toujours factuelle et tient compte des besoins individuels du patient.



**Vous souhaitez en savoir plus
ou prendre rendez-vous ?**

Consultez le site www.sintmaria.be ou
appelez le 02 363 61 22.

Avons-nous déjà connu pire que le COVID-19 ?

Dans son nouveau livre, le Prof. Dr Paul Broos, président du conseil d'administration de l'AZ Sint-Maria, s'interroge sur les épidémies des siècles passés.



Was er ooit erger dan COVID-19?

Iets over epidemieën in de voorbije eeuwen

Prof. Dr. Paul Broos



Épidémies, virus, vaccination, quarantaine... sont des termes qui nous sont familiers aujourd'hui. Pourtant, ils ne sont pas nouveaux. Depuis le début du Moyen Âge, nos contrées sont ravagées par toutes sortes de maladies infectieuses. Cet ouvrage passionnant traite dès lors de ces fléaux classiques d'un passé lointain, tels que la peste, la grippe espagnole, le paludisme, etc. et nous explique dans quelle mesure ils ont frappé nos Pays-Bas méridionaux. Ce livre ne se lit pas comme un ouvrage moderne d'infectiologie ou d'épidémiologie. Les personnes qui veulent en savoir plus sur les tout nouveaux traitements et les méthodes de recherche les plus récentes seront déçues. En revanche, les amateurs de science mêlée à des faits historiques seront ravis.

Les derniers chapitres traitent des épidémies virales actuelles et (comment pourrait-il en être autrement ?) de la pandémie dans laquelle nous sommes aujourd'hui plongés : le COVID-19. Cette pandémie finira-t-elle un jour ? Serons-nous un jour armés contre le coronavirus et d'autres virus ? Nous ne pouvons malheureusement pas encore répondre à ces questions pour l'instant. Ce livre les place toutefois déjà dans un cadre historique et nous aide à établir des liens avec le passé. Il est donc dédié à tous les soignants qui tiennent bon en ces temps troublés, malgré une politique parfois vacillante. Le Prof. Broos captive les lecteurs grâce à un ouvrage bien écrit et richement documenté, dans lequel sa passion pour l'histoire et la médecine s'exprime dès la première page. Un must pour quiconque aime remonter le temps !

Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw

Ziekenhuislaan 100 | 1500 Halle
tél. +32 (0)2 363 12 11 | fax +32 (0)2 363 12 10
www.sintmaria.be

N° entr. 0467.967.491



Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS