

Honderden winnaars van onze zomerwedstrijd: snel naar blz. 24!



HANDGESCHREVEN VOORSCHRIFTEN VERBODEN IN NEDERLAND

5



VLAAMSE GYNAECOLOGEN: STATE OF THE UNION

6



**SPECIAL CARDIOLOGIE
PACEMAKERGEBRUIK:
DOWNSIZING?**

9

Marnix Goethals

Geen extra geld voor artsen in 2011

Het Verzekeringscomité keurde maandag een besparing goed van 1,1 miljard in het budget van de ziekteverzekering voor 2011. Voor de artsenhonoraria is er helemaal geen extra geld weggelegd: de 33,7 miljoen die voorzien is voor nieuwe initiatieven moet elders bespaard worden.

Het Verzekeringscomité volgde maandag de aanbeveling van de begrotingscommissie van het Riziv om volgend jaar een 'stand still' in te lassen voor haast alle uitgavenposten in de ziekteverzekering. In dat scenario blijft de groeicijfer van 4,5% overeind maar spreekt de sector vrijwillig af om de norm als éénmalige maatregel op 0% te zetten. Volgende week heeft de Algemene Raad het laatste woord.

'Ruim 1 miljard verdwijnt in bodemloze put van SZ'

Door de gehele beschikbare marge van 1,1 miljard ter beschikking te stellen van het 'globaal beheer' van de sociale zekerheid (SZ) helpt de ziekteverzekering het structurele tekort van 4,5 miljard in de kas van de sociale zekerheid mee te dichten. Er was maar één stemronde nodig om de besparing met ruim 1,1 miljard – een voorstel van de ziekenfondsen – door het Verzekeringscomité te loodsen.

Het budget 2011 werd maandag met een tweederdemeerderheid van 24 stemmen tegen 12 goedgekeurd. De 21-koppige ziekenfondsbank in het Verzekeringscomité stemde uiteraard in met het eigen voorstel. Daarnaast waren er ook pro-stemmen van de logopedisten, de tandartsen en de ziekenhuisapothekers: drie groepen zorgverstrekkers die extra geld krijgen toegestopt in 2011.

De 12 tegenstemmen kwamen van de artsenbank, de andere zorgverstrekkers en twee ziekenhuisgroepe-

ringen die eveneens tegenstemden. Er waren ook drie onthoudingen van de ziekenhuiskoepels Zorgnet Vlaanderen en Santhéa, en van de rusthuizen.

De artsenbank stemde unaniem tegen de begroting 2011. In een reactie drukt Bvas-voorzitter Marc Moens zijn bittere teleurstelling uit. Het Verzekeringscomité heeft ermee ingestemd om 1,1 miljard in de bodemloze put van de SZ te storten, verzucht hij. "Men zegt nu dat de ziekteverzekering een cadeau van 1,1 miljard doet aan de andere sectoren van de SZ,

maar ik noem dat geen cadeau. Voor mij is dat het ontzeggen van zorg aan patiënten."

Hij is er niet over te spreken dat de ziekenfondsen zelfs geen oren hadden naar wat de Bvas als allergegrootste prioriteit ziet. Zo komt er geen extra geld voor het herinvoeren van de supplementaire vergoeding voor nacht- en weekendwerk op de spoed. Op de koop toe stellen de ziekenfondsen voor om de beschikbaarheidshonoraria voor specialisten te schrappen. "Een zware provocatie", noemt Marc Moens dat.

> Blz. 6: 'Afschaffen beschikbaarheidshonoraria specialisten is oorlogsverklaring'

Peter Backx

Veroordeling Nobelprijs: Vaticaan krijgt lik op stuk

Het Vaticaan was er eerder deze week als de kippen bij om kritiek te spuien op de toekenning van de Nobelprijs voor geneeskunde aan ivf-pionier Robert Edwards. De Britse celbioloog zou volgens Rome verantwoordelijk zijn voor de verkoop van eicellen en het grote aantal embryo's die veroordeeld zijn om te sterven.

Gynaecologe Marleen Temmerman, professor kerkelijk recht Rik Torfs en rector Marc Waer van de KU Leuven vinden de reactie van de Heilige Stoel totaal ongepast en ontzettend slecht getimed. **> Blz. 23: 'Standpunt van Vaticaan is immoreel'**

Veerle Caerels



Robert Edwards krijgt op zijn 85ste de Nobelprijs voor geneeskunde.

Verpletterend Vlaams overwicht zorgtrajecten

Artzenkrant kreeg van het Riziv in primeur de regionale cijfers voor de zorgtrajecten. Die data bevestigen wat eerder al werd aangevoeld: Wallonië en Brussel blijven de slechte leerlingen in de klas.

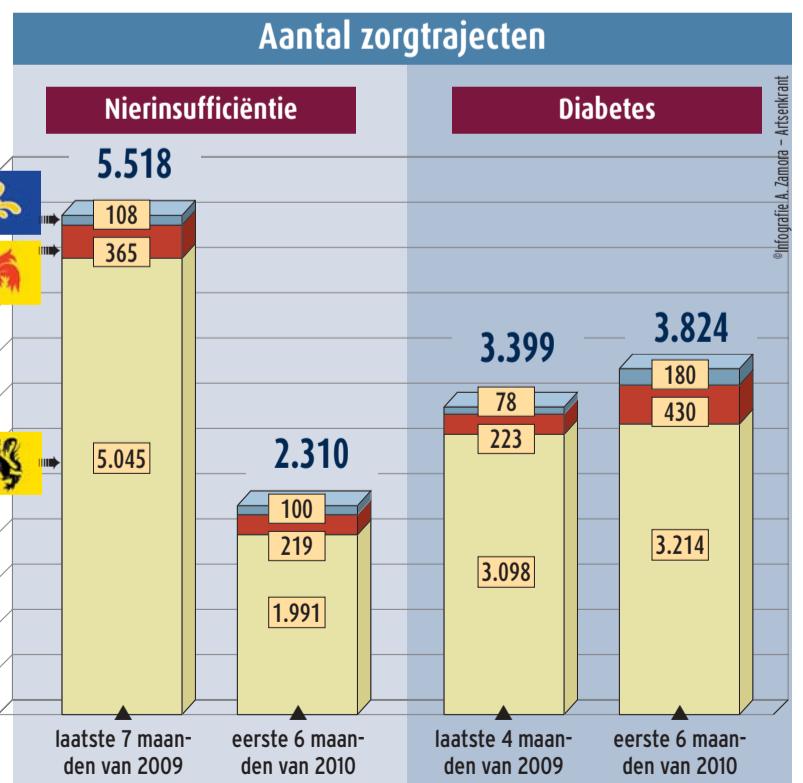
Eerder al schotelden we u de nationale cijfers van de zorgtrajecten voor. Daaruit bleek dat vooral het zorgtraject nierinsufficiëntie aansloeg: 5.518 trajecten terwijl er maar een budget voorzien was voor 5.010. Vlaanderen neemt dat succes bijna uitsluitend voor zijn rekening met 91% van die zorgtrajecten. Wallonië haalt hooguit 6%, Brussel amper 2%. Dat zijn cijfers voor de laatste zeven maanden van 2009. In de eerste helft van 2010 noteert het Riziv 2.310 trajecten nierinsufficiëntie. Een lichte verzwakking dus na de blitzstart. Deze cijfers kunnen wel nog lichtjes gecorrigeerd worden.

Diabetes dan. Vorige maand bestond dat traject precies één jaar. Deskundigen hadden hier sowieso een trage start verwacht. Tijdens de laatste vier maanden van 2009 kwam men uit op 3.399 diabetestrajekten. Met exact dezelfde verhouding tussen de regio's als bij nierinsufficiëntie: 91% voor Vlaanderen, 6% voor Wallonië, 2% voor Brussel. De diabetestrajekten groeien in het-

zelfde tempo aan in de eerste helft van 2010 (plus 3.824), toch wat beneden de verwachtingen. Vooral

omdat de minister de criteria wat versoepeld had.

F.D./P.S.



HOOFDREDACTEUR

Peter Backx

ADJUNCT-HOOFDREDACTEUR

Pascal Selleslagh

COÖRDINATIE GENEESKUNDE

Veerle Caerels

EINDREDACTIE

Wouter Colson, Karolien Van de Velde

REDACTIE

Vincent Claes, France Dammel, Nathalie Degand, Nicolas de Pape, Julie Gueulette, Marguerite Loute, Geneviève Ostyn, Bernard Roisin, Eef Verbeke, Ludwig Verduyn, Apr. Martine Versonne
Tel. redactie: 02/333.34.87
Fax redactie: 02/332.38.85
e-mail: ak@be.cmpmedica.com

VASTE MEDEWERKERS

Peter Anthonissen, Katia Belloy, Lien Bielen, Johan Copermans, Patrick De Neve, Tom Eelen, Stefan Eraly, Thierry Goorden, Bart Huyghe, Sofie Messeman, Peter Raeymaekers, Dr. Jean-Marie Segers, Apr. Heidi Van de Keere, Dr. Guy Verhulst

ABONNEMENTDIENST

Guido Marit - 02/333.34.29
guido.marit@be.cmpmedica.com

ZOEKERTJES

Nancy Martin
 Tel.: 02/333.34.51 Fax: 02/376.75.25
 nancy.martin@be.cmpmedica.com

ART DIRECTOR & HOOFD VAN DE PRODUCTIE

Viviane Claes - 02/333.34.83

ADJUNCT-HOOFD VAN DE PRODUCTIE

Antonio Zamora

NETWORK-COÖRDINATOR

Philippe Osseman

DESKTOP PUBLISHING

Chantal Sieben, Alexandre Yovanofski

COMMERCIELE AFDELING

Monique Bruyns, Emily Deglas, Veronique Joubert, Natalie Van de Walle
Tel.: 02/333.34.23
Fax: 02/332.39.58

NIET-SECTORIELE PUBLICITEIT

Griet Berckmans - 02/333.34.01

Drukkerij

Nimifi NV
Artsenkrant is een publicatie van CMPMedica Belgium nv.



CMPMedica
 United Business Media

MEDISCH DIRECTEUR

Dr. Christian Cottriau

ADJUNCT - MEDISCH DIRECTEUR

Dr. Claude Biéva, Dr. Michelle Cooreman

DIRECTEUR VAN DE REDACTIE

Peter Backx

AFGEVAARDIGD BESTUURDER EN VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Ben Houdmont
 Horzelstraat 100 - 1180 Brussel
 Tel. 02/333.34.74

www.artsenkrant.com

Content manager: **Jorgen Vanderdood**
 e-mail: jorgen.vanderdood@be.cmpmedica.com

Aangesloten bij de Unie Van Uitgevers van de Periodieke Pers en Intekenaar



Opinie & analyse van een weekje preformatie en frustratie

Hoe een volbloed republikein een 'egoïstisch koningskind' werd

Deze week werden de grote kanonnen bovengehaald in de demonisering van de N-VA. Kopstuk Bart De Wever werd nog net niet gek verklaard door een psycholoog die zijn diagnose stelt vanop afstand. Wie zei daar weer dat 'psycholoog' een beschermde titel moest worden?

Afgelopen week bereikte het spelletje 'demoniseren van de politieke tegenstander' ongekende hoogten. Dat wijst ongetwijfeld op de enorme frustratie bij de onderhandelaars. In dit perceptiespelletje is de inzet van psychologen en psychiaters ronduit pervers. De N-VA is de hetze in de Franstalige pers dan ook grondig beu.

Demonisering

Nu gebiedt de eerlijkheid ons om te zeggen dat ook deze partij in het verleden niet vies was van enige demonisering. Denk maar aan de tijd dat Elio Di Rupo door de Vlaams-nationalisten afgeschilderd werd als de baarljke duivel, weliswaar met strikje. De enige verzachtende omstandigheid was toen dat de N-VA in de oppositie zat en een en ander paste

in een verkiezingscampagne. Nu kijken Vlaams-nationalisten en socialisten elkaar recht in de ogen en dan ligt zoiets een stuk moeilijker.



De operatie demonisering kende overigens al een aanloop met subtiele provocaties, ook van Laurette Onkelinx. Vers in het geheugen liggen nog haar uitspraken over de numerus clausus, zopas nog herhaald door kabinetsmedewerker en huisarts Marco Schetgen op Artsenkrant-tv. Maar voor de camera's wast ze haar handen in onschuld.

De nieuwste zet in het spelletje politieke stratego, een psychiatrisch/psychologisch portret van Bart De Wever, slaat toch alles. Dit ruikt sterk naar hysterie. Het Vlaams-nationalistisch kopstuk wordt er uit de losse pols gekapitteld als 'een egoïstisch, temperamentvol koningskind'. Die classificatie moet een wetenschappelijk karakter krijgen omdat ze werd opgetekend uit de mond van een psycholoog. Daarop werd dan langs Vlaamse kant nog gretig ingepikt met een

reactie van psychiater Dirk De Wachter. Moeten politici straks een persoonlijkheidstest afleggen bij hun verkiezing?

Dergelijke praktijken doen ons eerder denken aan dictaturen uit het voormalige Oostblok. Die hadden er toen ook een handje van weg om politieke tegenstanders naar de psychiatrie te verbannen.

Therapeutische hardnekkigheid

Inmiddels zit de preformatie muurvast. Niemand heeft een plan B klaar, maar iedereen voelt zich gedwongen om door te gaan. Om nog even in medische termen verder te gaan: het onderhandelingsproces raakt verstrikt in therapeutische hardnekkigheid wegens gebrek aan alternatief. Zelfs schoktherapieën hebben ogenschijnlijk amper effect op patiënt België. Als dat maar goed afloopt.

Pascal Selleslagh

pascal.selleslagh@be.cmpmedica.com

15 jaar palliatieve netwerken Vlaanderen en Brussel

Longkankerpatiënten overleven langer én beter met palliatieve zorg

De palliatieve netwerken Vlaanderen en Brussel bestaan 15 jaar. Woensdag werd daarover gedebatteerd in Wemmel. De resultaten van een recente studie in *The New England Journal of Medicine* wijzen uit dat palliatieve zorg het leven van terminale longkankerpatiënten verbetert én verlengt, raakte ook bekend.

De studie vergeleek twee groepen van telkens 75 patiënten: gemetastaseerde longkankerpatiënten die alleen chemo kregen en longkankerpatiënten met chemo plus palliatieve zorg. De laatste groep scoorde significant beter voor levenskwaliteit (minder depressies) en overleefde ook langer, aldus organisator Wim Distelmans. In de laatste fase van hun leven moest bovendien een minder agressieve therapie worden toegepast. Aan het debat zelf nam een kranse van deskundigen deel zoals Wivina

Demeester en Johan Bilsen. Voor de huisartsen sprak Irma Tambyser. Het Vilvoordse ziekenhuis Jan Portaels werd vertegenwoordigd door Martine Van Beersel.

In exclusiviteit werd de Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie 'Symptom relief in terminal illness' (symptoombestrijding bij terminale aandoeningen) aangeboden. Deze handleiding laat de zorgverstrekkers niet met lege handen als het ziekteproces onomkeerbaar is. Overigens is de handleiding ook perfect toepasbaar op ern-

stige, ongeneeslijke maar (nog) niet terminale patiënten. Wim Distelmans wijst er nog op dat het frustrerend blijft om palliatieve zorg verengd te zien tot terminale zorg. Ook ondersteunende, supportieve zorg wordt eronder verstaan.

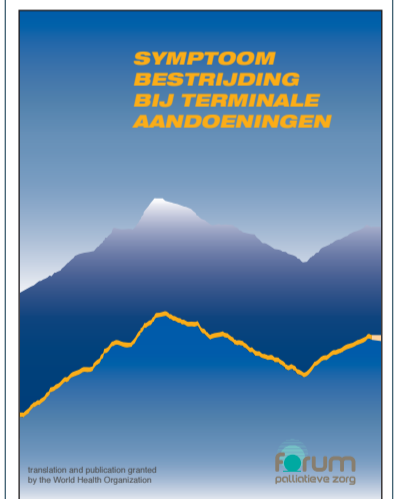
Bij de publicatie ziet ook een geactualiseerde lijst van in België beschikbare medicatie (mét dosering).

P.S.

N Engl J Med 2010;363:733-742

Gratis!

Artsenkrant geeft tien gratis exemplaren weg aan de eerste mailers (pascal.selleslagh@be.cmpmedica.com)



Symptoombestrijding bij terminale aandoeningen
 Uitgeverij forum Palliatieve Zorg.
 Boeken kunnen worden besteld bij:
 Forum Palliatieve Zorg, Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel.
 (02-456.82.07)
 De prijs werd bewust laag gehouden: 5 euro per stuk.

Domus Medica krijgt 300.000 euro toegestopt

De wetenschappelijke verenigingen van huisartsgeneeskunde krijgen voor het werkjaar april 2010-april 2011 een half miljoen euro. Daarvan is 300.000 euro bestemd voor Domus Medica, 200.000 voor de Franstalige SSMG.

Aan die toelage zijn voorwaarden verbonden. Zo moet Domus Medica aanbevelingen voor goedepraktijkvoering uitwerken en bestaande aanbevelingen aanpassen en vertalen.

Verder is er het welbekende project 1733. Dat proefproject bereidt de invoering voor van een uniek oproepnummer voor de huisartsgeneeskunde, en de noodzakelijke dispatching. Domus Medica

werkt ook mee aan de regulatie tussen spoed en huisartsenwachtdiensten/-wachtposten.

De organisatie helpt bij het rationele gebruik van het gmd en emd. Beslissingsondersteuning van de huisartsen hoort ook bij haar takenpakket, net als de coördinatie tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Grosso modo

is de wetenschappelijke ondersteuning van huisartsenpraktijken de kernvoorwaarde om recht te hebben op deze subsidie. Een flink deel van het bedrag gaat op aan personeelskosten.

P.S.

A close-up photograph of a man with dark hair and a slight beard kissing a young girl with long, wavy brown hair on the cheek. Both are wearing white, ribbed, short-sleeved shirts. The man's eyes are closed in a moment of affection, while the girl smiles warmly at the camera. The background is a plain, light-colored wall.

R&D of een betaalbare behandeling? **Sandoz zorgt voor beide(n).**

De gezondheidszorg betaalbaar houden en innovatie ondersteunen? Het kan met Sandoz. Wij bieden hoog-kwalitatieve geneesmiddelen aan een lagere prijs aan voor uw patiënt. Elke persoon heeft immers recht op een kwalitatieve en betaalbare behandeling.

Sandoz ondersteunt bovendien actief Onderzoek & Ontwikkeling. Als divisie binnen de Novartis Groep wordt een belangrijk deel van onze omzet geherinverteerd in innovatieve projecten voor de toekomst.

Met Sandoz hoeft u niet te kiezen. Wij zorgen voor beide(n).

Sandoz. Investing in lives with generics of originator quality.



SANDOZ

A healthy decision

Borstkankerscreening kan beter

Sinds de invoering van het borstkankerscreeningsprogramma in 2001 liet 61% van de vrouwen uit de doelgroep zich screenen op borstkanker. Toch is de beoogde doelstelling van 75% nog niet in zicht. Vrouwen moeten nog meer gesensibiliseerd worden en de huisarts is een niet te vergeten schakel.

MA, het Intermutualistisch Agentschap, analyseerde voor de zevende keer de gezondheidsgegevens van alle ziekenfondsen die betrekking hebben op het borstkankerscreeningsproject. Uit dat rapport blijkt dat in het jaar 2006-2007 (waarop het recentste rapport zich baseert) 1.147.522 vrouwen tussen 50 en 69 jaar zich lieten onderzoeken. Dat komt neer op 61%, waarvan 30% kadert in het screeningsprogramma. Voor de start van het project liet 38% zich spontaan onderzoeken. Ook al ligt dit percentage hoog, en al naderen we stilaan de beoogde dekkingsgraad van 75%, de Europese doelstellingen zijn nog niet bereikt. Een vierde van de vrouwen die tot de doelgroep behoort, heeft zich de voorbije jaren niet laten screenen. Slechts 37% laat zich

regelmatig onderzoeken, maar veel vrouwen haken af na een eerste of tweede screening. Ook sociaal zwakkere vrouwen worden nog altijd niet goed bereikt: de participatiegraad bij deze vrouwen ligt een derde lager dan bij de andere vrouwen, ondanks de gratis screening.

Huisarts meer betrekken

Opvallend is ook het verschil per gewest. In Vlaanderen onderging 65% van de vrouwen een onderzoek, met Limburg als koploper (71%). Dat staat in contrast met 54% in Brussel en 56% in Wallonië. Zowel voorschrijvers als vrouwen zijn in deze gewesten minder makkelijk te overtuigen dan hun Vlaamse landgenoten. De actoren (gemeenschappen, Kankerregister, kankercentrum, ziekenfondsen en Stichting



Binnenkort wordt onderzocht waarom bepaalde vrouwen niet deelnemen aan de borstkankerscreening.

tegen Kanker) die betrokken zijn bij het screeningsprogramma, hebben pistes uitgewerkt om meer vrouwen te overtuigen van een borstscreening. Zo zullen er binnenkort studies worden uitgevoerd om te achterhalen welke vrouwen niet

deelnemen of vroegtijdig afhaken en waarom. Lokale initiatieven die het screeningsprogramma aanmoedigen, zullen ondersteuning krijgen.

Aan de kant van de zorgverstrekers, is men van plan om de huisarts intenser te betrekken bij het programma. Zowel op het vlak van promotie, als op het vlak van het voorschrijven van een screening. 17%

van de screeningsmammografieën (georganiseerde screening) en 29% van de diagnostische mammografieën (spontane screening) werden in 2006-2007 voorgeschreven door huisartsen. De huisarts is voor veel vrouwen het eerste aanspreekpunt en is daardoor een belangrijke schakel in het programma.

Eef Verbeke

Vlaams eerstelijnsconcept op complex Brussels terrein

In de aanloop tot de eerstelijnsconferentie op 11 december deden de verschillende werkgroepen in september alle Vlaamse provincies aan. Men ving er de reacties op uit het veld over de voorlopige rapporten. Ook in Brussel werd een 'feedbackmoment' georganiseerd. De reacties richtten zich sterk op de specifieke situatie van de Vlaamse eerste lijn in meertalig Brussel.

Na de voorstellingen van de rapporten kwamen de standpunten van diverse organisaties en zorgverleners. De Vlaamse ideeën over een betere organisatie van de eerste lijn botsten al gauw met de complexe Brusselse realiteit.

Zich uit de markt prijzen?

Via zorgseenheden met vaste samenwerkingsverbanden wil men de eerstelijnszorg kwalitatief verbeteren, maar meteen het aantal ingangspoorten beperken. Dat stuitte op gemengde gevoelens. In Brussel is er een overaanbod van de tweede lijn. Brusselse patiënten kunnen shoppen uit het aanbod van de beide gemeenschappen. Als je de ingangspoorten beperkt, is het gevaar dat iedereen wegloupt. Je gooit het kind met het badwater weg.

Natuurlijk weten we dat de voorstellen van de werkgroepen niet zomaar in Brussel van toepassing zijn, klonk het. Maar moet Vlaanderen zich uit Brussel terugtrekken en alles overlaten aan de zogenaamde

'bicommunautaire' instellingen? De keuze voor dat statuut heeft duidelijk niets te maken met een tweetalig zorgaanbod.

Kloof tussen de geesten

Aan de andere kant wordt vanuit 'bicommunautaire' Brusselse beleidsinstanties elk initiatief vanuit Vlaanderen met argwaan bekeken. De kloof is er op taalvlak, maar evengoed in de opvattingen over gezondheidszorg. Op preventiegebied bijvoorbeeld: Franstalig België screent de hele bevolking op colonkanker, Vlaanderen biedt jonge vrouwen het hpv-vaccin aan. Het Vlaamse Vaccinnet maakt het mogelijk snel iemands vaccinatiestatus te checken, Franstalig België kent dat niet.

Voor wie is 'Vlaamse gezondheidszorg' juist bedoeld: voor de zorgverstrekkers of voor de patiënten? In Brussel is meertaligheid voor de Vlaamse zorgverstrekker een realiteit: niemand heeft een louter Nederlandstalig clientèle. Maar Vlaanderen ondersteunt alleen een Nederlandstalig aanbod.

Waar leg je de grenzen, luidt de tegenvraag bij de beleidsmakers: "We hebben de Franstaligen aangeboden Vaccinnet te vertalen. Als we hen ons eigen systeem laten gebruiken, moeten we dan alle Franstalige bestellingen gratis uitvoeren?"

Zorg om talent

Een belangrijk discussiepunt is het tekort aan zorgverleners in Brussel: er zijn twee Nederlandstalige logopedisten in Brussel en vier diëtisten. Het tekort aan Vlaamse huisartsen probeert men deels op te vangen door taakdelegatie te promoten. Het Huis voor Gezondheid organiseerde een opleiding voor praktijkassistenten.

Het negatieve imago van Brussel schrikt ook potentiële stagiairs af. Er is veel goede wil. Maar wat echte incentives betreft, lijken de verschillende betrokken partijen elkaar de hete aardappel door te schuiven.

Wouter Colson

Zachte echelonnering uitgebreid naar geriateren en endocrinologen

De zachte echelonnering wordt uitgebreid naar specialisten in de endocrinologie-diabetologie en geriatrie. Patiënten die na verwijzing van de huisarts zo'n specialist raadplegen, kunnen rekenen op enkele euro's remgeldvermindering.

De zachte echelonnering bestaat sinds 2007 voor 17 specialismen, maar werd nooit een succes. Het systeem werkt als volgt: patiënten die op consultatie bij de specialist een door hun huisarts ingevuld verwijsformulier kunnen voorleggen, krijgen twee euro (wigw's) of vijf euro (gewone recht-hebbers) remgeldverlaging. De korting geldt telkens voor maar één raadpleging per jaar en per specialisme.

Het systeem werd destijds ingevoerd voor onder meer cardiologen, NKO-artsen, gastro-enterologen, dermatologen, psychiaters en stomatologen. Met een nieuw KB, dat op 21 september in het Staatsblad verscheen, voegt minister Onkelinx nu twee specialismen aan de lijst van

17 toe. De zachte echelonnering geldt vanaf nu ook bij doorverwijzing naar een diabetoloog-endocrinoloog en een geriater.

Of dat een kentering kan teweegbrengen, is nog maar de vraag. Volgens cijfers van de ziekenfondsen maken maar één tot twee procent van de patiënten die ervoor in aanmerking komen gebruik van de zachte echelonnering. Het Kartel blijft intussen voorstander van de uitbreiding naar alle specialismen. Als het van het Kartel afhangt, blijft de korting ook niet langer beperkt tot één consultatie per jaar en wordt het systeem ook administratief een stuk eenvoudiger.

P.B.

Nederland verbiedt handgeschreven voorschriften

In Nederland mogen de artsen vanaf 1 januari 2012 alleen nog elektronische voorschriften maken. Handgeschreven 'recepten' worden dan verboden.

De bedoeling is dat alle voorschrijvers in Nederland voor 1 januari 2012 overschakelen naar een elektronisch voorschrijfsysteem dat mogelijke interacties en contra-indicaties signaleert. Alle huisartsen en apothekers moeten tegen eind volgend jaar aangesloten zijn op een 'Landelijk Schakelpunt'. De inspectie zal zorgverleners daarop controleren.

dezelfde tabellen gebruiken en als de software gesynchroniseerd is.

Tot nog toe konden artsen en apothekers vrijwillig op het zogenaamde 'Landelijk Schakelpunt' inschrijven.

De overheid kende een eenmalige subsidie toe als tegemoetkoming in de kosten. Driekwart (75%) van de huisartsenpraktijken, 90% van de huisartsenposten en eveneens 90%

van de apothekers, hebben zich al aangesloten. De rest heeft tot 1 januari 2012 de tijd om aansluiting te vragen.

Over de landelijke uitwisseling van elektronische medicatiegegevens is er sinds juli al een politiek akkoord in Nederland. De uitwisseling van zogenaamde 'e-spoed'- en

'e-lab'-gegevens komt pas later aan de orde. E-spoed gaat over acute zorggegevens van huisarts, ambulance en spoedeisende hulp. E-lab slaat op de uitwisseling van laboratoriumgegevens tussen huisarts, specialist, apotheker en klinisch lab.

Peter Backx



©Belpress

Dat nieuws maakte Gerrit Van der Wal, inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), bekend op een congres over medicatieveiligheid en ICT. Volgens de grote baas van de Inspectie worden nog te veel geneesmiddelen zonder elektronisch hulpmiddel voorgescreven. Hij schat dat tot 20.000 acute ziekenhuisopnames per jaar te maken hebben met geneesmiddelengebruik.

'Niet verantwoord'

De software om elektronisch voor te schrijven is in Nederland al 20 jaar voorhanden. Toch maken nog veel artsen uitsluitend gebruik van handgeschreven recepten, en die artsen nemen onnodige risico's, vindt de inspecteur. "Het is haast onmogelijk om alle mogelijke combinaties van geneesmiddelen te kennen en daarbij precies te weten wat wel en niet samen kan. Ook is het nagenoeg onmogelijk om de samenstelling van alle geneesmiddelen zodanig te kennen dat je altijd weet wanneer er bijvoorbeeld een overgevoelheidsreactie kan optreden."

Geneesmiddelen voorschrijven zonder gebruik te maken van een geautomatiseerd systeem met medicatiebewaking noemt Van der Wal 'niet langer verantwoord'. Een centraal elektronisch voorschrijfsysteem waarbij artsen en apothekers elektronisch met elkaar verbonden zijn, is de oplossing volgens de Inspectie. Belangrijk daarbij is dat computersystemen van artsen en apothekers op elkaar worden afgestemd. Uiteraard werkt het systeem enkel naar behoren als ICT-leveranciers identiek

Janssen-Cilag NV/SA

Antwerpseweg 15-17
B-2340 Beerse

Beerse, 1 oktober 2010

Semap[®] (penfluridol) – Laboratoires Genopharm

Geachte dokter,

Het is een genoegen U te melden dat per 1 oktober alle rechten met betrekking tot Semap[®] worden overgedragen aan het Franse bedrijf Laboratoires Genopharm. Vanaf die datum zal Genopharm verantwoordelijk worden voor de commercialisatie en distributie van Semap[®] in België.

Genopharm heeft de afgelopen jaren bij verschillende internationale bedrijven de rechten verworven over orphan drugs en over geneesmiddelen die gericht zijn op specifieke patiëntengroepen.

Genopharm zal naast de distributie en de commercialisatie, ook de productie van Semap[®] verzorgen. Deze productiefaciliteiten voldoen aan de strengste kwaliteitsnormen.

De afspraken tussen Janssen en Genopharm waarborgen het behoud van de bestaande verpakking van Semap[®] (12 tabletten van 20 mg) voor uw patiënt.

Als u een medische vraag heeft over Semap[®] of u wenst een bijwerking te melden kan u contact nemen met het Customer Service Center van Laboratoires Genopharm op het nummer 0800 75281 of per e-mail naar vigilance@genopharm.eu.

Vriendelijke groeten,

LABORATOIRES GENOPHARM
Valéry Monin
President

JANSSEN – CILAG NV
D-J. Zweers, arts
Medisch Directeur

+32 14 649 411 tel
+32 14 649 412 fax

janssen@jacbe.jnj.com
www.janssen-cilag.be

RPR/RPM Nr. 0415.283.427
BTW/TVA: BE 0415.283.427

50 jaar VVOG - beroepsbelangenverdediging gynaecologen onder de loep

De twaalf werken van de Vlaamse gynaecologen

Meer dan ooit is beroepsbelangenverdediging nodig voor de gynaecologen, maar het gaat om meer dan vechten voor centen en procenten. Dat is in een notendop het standpunt van Johan Van Wiemeersch in zijn 'State of the Union'. Vandaag en morgen vertolkt hij zijn zienswijze in 12 punten. Twaalf werken van Hercules als het ware, die de VVOG moet uitvoeren. Met nog een dertiende, wat apart punt: de vervrouwelijking.

Begin dit jaar zette de VVOG zijn jubileum al kracht bij met een fel gesmaakt internationaal congres in Antwerpen. Ongeveer op dat moment, meer precies op 1 februari, telde ons land 1.480 gynaecologen. Dat betekent een toename van 31% over het voorbije decennium. Bij de actieve gynaecologengroep tellen we 39% vrouwen. De gynaecologen in opleiding ondergaan een vrouwelijke zondvloed (80% vrouwen versus 20% mannen). Ander interessant cijfer: één op de twee vrouwenartsen is gedeconventioneerd (sinds de laatste conventie nam het deconventiepercentage toe met 15%).

Echelonnering ingedommeld?

Klassieke en actuele knelpunten blijven voor de gynaecologen screening en vaccinatie van baarmoederhalskanker, de beroepstitel oncologie, de borstklinieken en de MIC-centra. Het echelonneringsdossier lijkt dan weer 'ogenschijnlijk ingedommeld', maar wellicht prijkt het bovenaan op de agenda van de nakende eerstelijnsconferentie. Een hete aardappel, dat beseft Van Wiemeersch ook. Daarom benadert hij de problematiek liever rationeel, met cijfers van ziekenfondsenquêtes bijvoorbeeld. Daaruit

blijkt dat de grote massa (tot 90%) van de patiënten rechtstreeks een gynaecoloog wenst te raadplegen en dat er slechts een vijfde tot een kwart raadplegingen wegens klachten zijn. Nog opmerkelijk: zowat driekwart van de raadplegingen in de algemeen gynaecologische praktijk betreffen routine- en prenatale controles.

Als de 1.480 gynaecologen in België zich enkel met specialistisch werk mogen bezighouden, dan zijn er vrouwenartsen te veel in dit land, concludeert de Antwerpse gynaecoloog.

"Steeds meer gynaecologen voeren minder ingrepen uit. De algemene gynaecoloog kan tussen twee stoelen vallen: die van de eerste lijn en die van subspecialistische pathologie (derde lijn)."

De aanpassing van de nomenclatuur verloskunde, goed voor 14 miljoen euro, is naast de echelonnering een ander aandachtspunt. De gynaecologen brengen een lans voor gedifferentieerde terugbetaling tussen

eerste, tweede en derde trimester. Verder streven ze een bijkomende vergoeding na voor meerlingeechografieën. Een substantiële verhoging van de derdelijnsecho staat ook op het verlanglijstje, terwijl ze liefst een verbod zien op het oneigenlijk gebruik van nummers uit andere specialismen (vooral doppler echografie). Maar dit dossier moet nog een hele weg afleggen voor het klaar is voor de Technisch Geneeskundige Raad.

Deur ingebeukt

Van Wiemeersch kan zijn irritatie moeilijk onderdrukken als het gaat over de terugbetaling van contraceptie:

"Vanuit socialistische hoek wordt regelmatig de deur ingebeukt om een terugbetaling te krijgen voor de hormoon-

geladen spiraaltjes." Terwijl die spiraaltjes voor contraceptie nochtans goedkoop zijn. Zeker omdat ze vijf jaar bruikbaar zijn. Bovendien gebruiken -21-jarigen dergelijke spiraaltjes relatief weinig. Waarom de terugbetaling van het hormoonspiraal dan niet inpassen in een globale terugbetalingsdiscussie van contraceptiva?

Andere discussiepunt blijft de bevoegdheid van de vroedvrouwen: "Wanneer een patiënte een vroedvrouw consulteert, betaalt het Riziv 33 euro terug, bij de huisarts wordt dat 18 euro, bij de gynaecoloog 15 euro." Dat zien de gynaecologen met lede ogen aan. "Tijd om duidelijke afspraken te maken."

Pascal Selleslagh

Jubileumsymposium VVOG, Concert Noble, 8 en 9 oktober, Brussel.



Een substantiële verhoging van de derdelijnsecho staat ook op het verlanglijstje.

'Afschaffen beschikbaarheidshonoraria specialisten is oorlogsverklaring'

In het budget 2011 is er helemaal geen ruimte voor de financiering van nieuwe initiatieven in de artsenhonoraria. Terwijl de artsenbank op alle fronten moet bezuinigen, blijven ziekenfondsen en ziekenhuizen buiten schot. De farmasector moet 90 miljoen besparingen ophoesten.

Vervolg van blz. 1

Het Verzekeringscomité gaf maandag haar principiële fiat aan het globale budgetvoorstel. De discussie over de gedetailleerde begroting werd naar maandag 11 oktober verschoven. Het pakket van zowat 50 bladzijden dat maandag werd uitgedeeld, bleek immers nog te veel fouten te bevatten. Miljoenen werden met miljarden verward en de 90 miljoen die de farmaindustrie moet besparen, stond zelfs twee keer vermeld. Wat wel vaststaat, is dat het percentage goedkope geneesmiddelen (nu 43,5%) moet stijgen naar 47%.

Een paar uur na het Verzekeringscomité geeft ook de Algemene Raad op 11 oktober zijn zegen over het budget 2011 en dan is de zaak definitief beklonken. De ziekenfondsen verheugen zich alvast over "de spaarzame reflex van de meeste actoren in de ziekteverzekering", zoals **Xavier Brenez** (Onafhankelijke Ziekenfondsen) het uitdrukte.

"Maar de ziekenfondsen hebben makkelijk praten", zegt **Marc Moens** (Bvas), "zij leveren helemaal niets in op hun administratiekosten. Het enige nadelige effect voor hen is dat er minder gereserveerde bedragen in de rekeningen blijven staan, wat maakt dat ze minder bonussen incasseren. Ze hadden er alle belang bij om die gereserveerde bedragen zo groot mogelijk te houden, vandaar dat ze niet gehaast waren om de preventiemodule in gang te zetten."

Ook de ziekenhuizen blijven in de hele besparingsoperatie buiten schot, vindt

Moens. "Het enige wat ze niet hebben gekregen is een stukje opwaardering van hun personeel. Ze krijgen het beloofde bedrag maar voor tweederde."

De artsen daarentegen krijgen helemaal niets en moeten overal besparen, zucht Moens. "We hadden een prioriteitenlijstje met 110 miljoen maatregelen die we nodig achten. Dat die niet allemaal gerealiseerd zouden worden, wisten we natuurlijk op voorhand, we wonen ook niet op Mars of Jupiter. Maar dat zelfs onze twee grootste prioriteiten straal genegeerd worden, vinden we heel erg."

Bovenaan het lijstje van de Bvas stond de herinvoering van de supplementaire honoraria voor artsen die 's nachts en in het weekend op de spoed werken. Die supplementen werden op 1 januari 2009 geschrapt toen bleek dat de nieuwe financiering van de spoed een gat van 30 miljoen sloeg in het budget voor spoedgeneeskunde.

"Maar die nieuwe financiering was destijds een idee van een kabinetsmedewerker waar de technisch geneeskundige raad negatief over had geadviseerd. Al het personeel dat 's nachts werkt heeft recht op 146 tot 160% van het loon overdag. Alleen de artsen worden verondersteld voor 100% te werken 's nachts, in het weekend, zelfs met Kerstmis. Dat is onaantvaardbaar."

Regelrechte provocatie

Dat de ziekenfondsen die vraag feestelijk negeren en bovendien ook nog eens de beschikbaarheidshonoraria van specialisten willen afschaffen, is een regelrechte provocatie, vindt Moens. "Dit is een oorlogsverklaring die ik niet verwacht had van partners met wie we normaliter moeten negociëren over een nieuw akkoord. Maar we hebben nog even tijd, ik ga nog niet alle bruggen opblazen."

P. B.

Waarvan akte

Ik zou niet zeggen dat je je noodgedwongen moet inschrijven in de medische faculteit om IOC-voorzitter te worden. Maar in de geneeskunde leer je wel verantwoordelijkheid te nemen.

IOC-voorzitter **Jacques Rogge** in *Trends*.

Mij werd altijd op het hart gedrukt dat ik dopingzondaars moest vatten voor de Ronde van Frankrijk, maar zeker niet tijdens de Ronde.

Ontslagnemend voorzitter van het Franse antidopingsagentschap **Pierre Bordry** in *Le Monde*.

Niets is zo bijzonder als een kind. Mijn collega en ik waren erg aangedaan door de wanhoop van ouders die heel graag een kind wilden. We kregen heel wat kritiek, maar we hebben ontzettend hard gevochten voor onze patiënten.

Nobelprijz laureaat Dr. **Robert Edwards** in *The Guardian*.

Vaak ronduit schrijnend en onderschat zijn dossiers rond mentaal gehandicapten. Die willen bijvoorbeeld uiteraard ook kindjes, maar hun omgeving ziet dat niet zitten. En dan krijgen we te maken met wat verdoken, want onwettelijke sterilisaties.

Advocaat **Filip Dewallens** in *Leuven in Style*.

Laat ons die strijd nu toch niet voeren.

Professor **Marleen Temmerman** over epidurale verdoving bij bevallingen in *Het Laatste Nieuws*.

Om werkelijk te begrijpen wat er in het brein van mensen fout kan gaan, blijft wetenschappelijk onderzoek met muizen en ratten van onschatbare waarde.

Elsevier.

Vroeger voelde je dat er veel waardering was, nu durft men soms echt onbeschoft uit de hoek te komen. Respect voor het beroep is weg.

Dr. **Karin Jonckheer** in *Het Laatste Nieuws*.

Vroeger hing er een 'atmosphère' rond het doktersgebeuren.

Dr. **Marc Jonckheer** in *Het Laatste Nieuws*.

Het is belachelijk dat de opleiding voor huisartsgeneeskunde korter is dan die van andere specialismen.

Dr. **Des Spence** in de *British Medical Journal*.

Er gebeuren nog opmerkelijke dingen. De ziekteverzekering stelt spontaan voor elf miljard euro te besparen.

Guy Tegenbos in *De Standaard*.

Crisis doet bedrijven besparen op gezondheidsinspanningen.

Kop in *De Morgen*.

Ik ben zelf vestimentair onderontwikkeld, dus dat maakt mij geen bal uit. Of toch: proper zijn is een minimum.

Professor **Cammu** in antwoord op de vraag wat studenten moeten dragen op een mondeling examen in *De Student*.

ENKEL Cervarix®

biedt een bescherming
tegen elk van de
5 meest voorkomende
oncogene HPV types
16, 18, 31, 33
en 45.*1-6



VACCIN VOOR DE PREVENTIE VAN BAARMOEDERHLSKANKER

VERKORTE SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

Cervarix suspensie voor injectie in voorgevulde
spuit – EU/1/07/419/004. Humaan papillomavirusvaccin
[Typen 16, 18] (Recombinant, met adjuvans, geadsorbeerd)

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING 1 dosering (0,5 ml)

bevat: Humaan papillomavirus¹ type 16-L1-eiwit^{2,3,4} 20 microgram. Humaan papillomavirus¹
type 18-L1-eiwit^{2,3,4} 20 microgram. Humaan papillomavirus = HPV.²ondersteund door AS04 adjuvanssysteem.

Dit bevat: 3-O-desacyl-4'-monofosforyllipide A (MPL)³ 50 microgram. ³geadsorbeerd op gehydrateerd aluminium-
hydroxide (Al(OH)₃) 0,5 milligram Al3+ in totaal ⁴L1-eiwit in de vorm van niet-besmettelijke virusachtige deeltjes (VLP's) door
recombinante DNA-technologie geproduceerd met gebruik van een Baculovirus expressiesysteem waarbij Hi-5 Rix4446 cellen, afkomstig van

Trichoplusia ni gebruikt worden. Troebele, witte suspensie. Bij bewaring kan een fijne, witte neerslag ontstaan met een kleurloos supernatans. **Therapeutische indicaties** Cervarix is een

vaccin voor de preventie van premaligne cervicale laesies en baarmoederhalskanker veroorzaakt door bepaalde oncogene humane papillomavirussen (HPV) (zie rubrieken 4.4 en 5.1 voor belangrijke informatie over de data die deze indicatie ondersteunen). De indicatie is gebaseerd op de aangetoonde werkzaamheid bij vrouwen in de leeftijd van 15 tot en met 25 jaar na vaccinatie met Cervarix en op immunogeniciteit van het vaccin bij meisjes en vrouwen in de leeftijd van 10 tot en met 25 jaar. Cervarix dient te worden gebruikt in overeenstemming met de officiële aanbevelingen. **Dosering en wijze van toediening** Dosering Het aanbevolen vaccinatieschema is 0, 1, 6 maanden. Als er flexibiliteit nodig is in het vaccinatieschema, dan kan de tweede dosis worden toegediend variërend van 1 maand tot 2,5 maanden na de eerste dosis. De derde dosis kan worden toegediend variërend van 5 tot 12 maanden na de eerste dosis. De noodzaak van een booster dosis werd niet vastgesteld. Het wordt aanbevolen dat personen die een eerste dosis Cervarix krijgen toegediend, de vaccinatiekuur van drie doses Cervarix afmaken. **Pediatrie patiënten** Cervarix wordt niet aanbevolen voor gebruik bij meisjes jonger dan 10 jaar omdat in deze leeftijdsgroep onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over veiligheid en immunogeniciteit. **Wijze van toediening** Cervarix is bestemd voor intramusculaire injectie in de deltaspier. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de actieve bestanddelen of voor één van de hulpstoffen. Toediening van Cervarix dient te worden uitgesteld bij personen die aan een acute, ernstige en met koorts gepaard gaande ziekte lijden. De aanwezigheid van een lichte infectie, zoals een verkoudheid, vormt echter geen contra-indicatie voor immunisatie. **Bijwerkingen** Klinische onderzoeken In klinische studies, waarin meisjes en vrouwen van 10 tot en met 72 jaar oud (waarvan 79,2% 10 tot en met 25 jaar oud waren op het tijdstip van inclusie) werden geïncludeerd, werd Cervarix toegediend aan 16.142 personen terwijl 13.811 personen een controlemiddel kregen. Deze personen werden gedurende de gehele onderzoeksperiode gevolgd op ernstige bijwerkingen. Een vooraf gedefinieerde groep personen (Cervarix = 8.130 versus controle = 5.786) werd gedurende 30 dagen na elke injectie gevolgd op bijwerkingen. De meest waargenomen bijwerking na toediening van het vaccin was pijn op de plaats van injectie bij 78% van alle doses. De meerderheid van deze reacties was licht tot matig-ernstig en niet langdurig. Bijwerkingen die ten minste als mogelijk gerelateerd aan de vaccinatie kunnen worden beschouwd, zijn naar frequentie ingedeeld. Frequenties worden als volgt gedefinieerd: Zeer vaak (≥1/10) - Vaak (≥1/100 tot <1/10) - Soms (≥1/1.000 tot <1/100). **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Soms: bovenste luchtweginfectie. **Zenuwstelselaandoeningen:** Zeer vaak: hoofdpijn - Soms: duizeligheid. **Maagdarmstelselaandoeningen:** Vaak: gastro-intestinale symptomen waaronder nausea, braken, diarree en abdominale pijn. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** Vaak: jeuken/pruritus, rash, urticaria. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen:** Zeer vaak: myalgie - Vaak: artralgie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Zeer vaak: injectieplaatsreacties zoals pijn, roodheid, zwelling, vermoeidheid - Vaak: koorts (≥38°C) - Soms: andere injectieplaatsreacties zoals induratie, lokale paresthesie. Een vergelijkbaar veiligheidsprofiel is waargenomen bij personen met een bestaande of eerder doorgemaakte HPV-infectie vergeleken met personen die negatief zijn voor oncogene HPV-DNA of seronegatief zijn voor HPV-16 en HPV-18 antilichamen. **Postmarketing gegevens:** Omdat deze bijwerkingen spontaan zijn gerapporteerd, is het niet mogelijk om een betrouwbare schatting te maken van de frequentie. **Bloed- en lymfestelselaandoeningen:** Lymfadenopathie. **Immuunsysteemaandoeningen:** Allergische reacties (inclusief anafylactische en anafylactoïde reacties), angio-oedeem. **Zenuwstelselaandoeningen:** Syncope of vasovagale reacties op injectie, soms gepaard met tonisch-clonische bewegingen. **Overdosering** Er zijn geen gevallen van overdosering gerapporteerd. **Farmacodynamische eigenschappen.** **Immunogeniciteit.** De immunogeniciteit geïnduceerd door drie doses Cervarix werd geëvalueerd bij 5.303 vrouwelijke personen in de leeftijd van 10 tot en met 55 jaar. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN.** GlaxoSmithKline Biologicals s.a. - Rue de l'Institut 89 - B-1330 Rixensart, België. **AFLEVERINGSWIJZE:** Geneesmiddel op medisch voorschrift datum van de laatste goedkeuring van de samenvatting van de productkenmerken: 10/08/2010 (v2)

TAIN 2010VAC52

TERUGBETAALD voor meisjes van 12 tot en met 18 jaar

Referenties:

1. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al. *Lancet* 2009;374:301–314. 2. European Summary of Product Characteristics. Cervarix®. GlaxoSmithKline, 2010. 3. Paavonen J, Naud, Salmerón J, et al. Abstract presented at IPVC 2010 Montreal, Canada, July 3–8, 2010. 4. Romanowski B. Abstract presented at IPVC 2010 Montreal, Canada, July 3–8, 2010. 5. Bosch FX, Burchell AN, Shiffman M, et al. *Vaccine* 2008;26S:K1–K16. 6. European Summary of Product Characteristics. Gardasil™. Sanofi Pasteur MSD, 2010.

* Vaccin efficiëntie is verschillend voor elk type afzonderlijk en varieert in verschillende cohortes en endpoints

Werelddag MSA onthult veelal verborgen ziekte

Patiënten met multiple systematrofie (MSA) maken in België een kleine groep uit: zo'n 200 tot 500 personen. Daarom zijn artsen, maar ook patiënten die parkinsonachtige symptomen vertonen, nog niet zo vertrouwd met het ziektebeeld. Daar wilde de werelddag MSA afgelopen zondag iets aan veranderen. Diensthoofd neurologie van het UZ Antwerpen Patrick Cras leidt ons doorheen een eerste kennismaking.

MSA is een zeldzame hersenziekte die dikwijls gemaskeerd wordt doordat patiënten symptomen vertonen van de ziekte van Parkinson en als dusdanig worden gediagnosticeerd. Daardoor nemen ze vaak jaren aan een stuk levodopa of andere dopaminerge geneesmiddelen die bij MSA-patiënten nauwelijks of niet helpen. Hoeveel van de huidige parkinsonpatiënten in feite lijden aan een verborgen MSA, is onduidelijk.

Patrick Cras schat dat ongeveer 5% van deze patiënten mogelijk een parkinsonplus-syndroom heeft, een groep van aandoeningen waartoe ook MSA behoort.

Vanwaar de verwarring?

In het beginstadium is de ziekte moeilijk te onderscheiden van de ziekte van Parkinson. Pas als het ziektebeeld vollediger is, wordt de diagnose vaak duidelijker. Bij de vormen van MSA die de kleine hersenen aantasten, is de diagnose niet zo moeilijk en bestaat de verwarring niet zozeer. Bij sommige patiënten brengt de PET-scan raad.

MSA-patiënten vertonen combinaties van parkinsonisme, ataxie en autonome symptomen, hoewel er grote interindividuele verschillen kunnen optreden. De ataxie, te begrijpen als evenwichts- en coördinatie-

stoornissen als gevolg van aantasting van de kleine hersenen, is tussen beide aandoeningen gelijkaardig. Cras: "De gang wordt meer wijdbeens en de lengte van de stappen wordt onregelmatig ('dronkemansgang'). Het risico op valpartijen is verhoogd. Als de patiënt een voorwerp wil grijpen, heeft hij moeite om er met de hand precies naar te mikken. De spraak wordt onduidelijker (mede door het parkinsonisme) en het slikken wordt vaak moeilijker."

Verschillen

Het parkinsonisme bestaat bij deze patiënten, zoals bij parkin-

sonpatiënten, uit spierstijfheid en bewegingsvertraging. Anders dan bij deze laatste patiënten, treedt echter zelden beven op en zijn de symptomen vaak ook meer gelijkmatig verdeeld over de beide lichaamshelften.

Ook bij de ziekte van Parkinson kunnen er autonome symptomen optreden, maar bij MSA staan deze symptomen veel meer op de voorgrond en ontstaan ze doorgaans veel vroeger in het ziekteverloop. Met autonome symptomen worden die symptomen bedoeld die voortkomen uit de aantasting van het autonome zenuwstelsel. Cras: "Zo kan de bloeddruk fel zakken wanneer de patiënt rechtkomt uit zittende of liggende houding. Daardoor kan het de patiënt zwart worden voor de ogen bij het rechtkomen en kan hij zelfs flauwvallen. Het wordt vaak moeilijk om de urine op te houden (urinaire incontinentie) of om de blaas goed te ledigen (urinaire retentie). Ook

incontinentie voor stoelgang kan voorkomen. Bij mannelijke patiënten is er vaak sterke vermindering van de seksuele potentie." Deze symptomen kunnen aldus een sterke aanwijzing zijn voor multiple systematrofie.

Symptomen aanpakken

Patiënten met MSA vertonen meestal een snellere achteruitgang dan parkinsonpatiënten. Er bestaat geen behandeling die MSA geneest. Ook de symptomen verbeteren, is vaak moeilijk. Cras: "Het effect van levodopa is zoals gezegd duidelijk minder dan bij de ziekte van Parkinson. Kinesitherapie en logopedie kunnen de gang, de spraak en het slikken soms gunstig beïnvloeden. Door verhoogde zout- en vochtinname of specifieke medicatie kan de bloeddruk zo nodig verhoogd worden."

Patrick De Neve

NEO-GOLASEPTINE®

PP: € 6,40



NEO-GOLASEPTINE SPRAY
Solution pour pulvérisation buccale
Oplossing voor Mondspray
Mundspraylösung
30g
SMB
Délivrance libre
Vrije verkoop
Lieferting frei
Titulaire d'enregistrement
Registrierende/Inhaber der
Registrierung S.A. Laboratoires
S.M.B. N.V. 1080
BRUXELLES/BRUSSEL/BRUSSEL

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL
 NEO-GOLASEPTINE SPRAY Oplossing voor mondpray
 NEO-GOLASEPTINE Oplossing voor mondspoeling

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING
NEO-GOLASEPTINE SPRAY Oplossing voor mondpray : Chloorhexidine digluconaat 20 %
 87 mg - benzethonium chloride 435 mg/ 10 g oplossing.
 Maltitol sol. 80/55 - Alcohol - Menthol - Polyoxyl 40 Hydrogenated Castor Oil - Pompelmoes aroma - Gezuiverd water

NEO-GOLASEPTINE Oplossing voor mondspoeling : Chloorhexidine digluconaat 20 %
 50 mg - benzethonium chloride 2,5 mg/ 10 ml oplossing. Maltitol sol. 80/55 - Alcohol - Menthol - Polyoxyl 40 Hydrogenated Castor Oil - Patent blauw V (E131) - Pompelmoes aroma - Gezuiverd water

FARMACEUTISCHE VORM
 Oplossing voor mondpray
 Oplossing voor mondspoeling

THERAPEUTISCHE INDICATIES
 NEO-GOLASEPTINE wordt gebruikt in :
 • Symptomatische behandeling van infecties van de mond- en keelholte (laryngitis, gekeerdeerde afen, candidiasis).
 • Prophylaxe van mond- en keelinfecties bij immunogedeprimeerde patiënten.
 • Symptomatische behandeling van infectieuze parodontopathieën, zoals stomatitis op prothesen.
 • Als ontsmettingsmiddel bij parodontale ingrepen.
 • Symptomatische behandeling van gewone of gekeerdeerde gingivitis.
 • Preventie en oplossing van tandplaque.

DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING
Oplossing voor mondspoeling : Gorgelen of mondspoeling : 10 ml verdunde oplossing voor mondspoeling gebruiken, tweemaal per dag.
Oplossing voor mondpray : 4 verstuiven, 3 tot 6 maal per dag.
Gebruiksaanwijzing
 De verstuiver (spray) verticaal houden, de pomp naar boven gericht. Het verlengstuk naar de achterzijde van de keel richten. Waarschuwen op de pomp van de verstuiver. De verstuiver bevat geen drijfgas zodat de pomp moet worden opgeladen voor het eerste gebruik door 3 tot 4 maal te drukken buiten de mond. De verstuiver NEO-GOLASEPTINE SPRAY heeft 2 mondstukken om het besmettingsrisico te beperken bij gebruik door 2 personen in hetzelfde gezin.

CONTRA-INDICATIES
 • Overgevoeligheid voor chloorhexidine en/of benzethonium of een van de vulstoffen van het farmaceutisch product.
 • Kinderen jonger dan 3 jaar

BIJWERKINGEN
Maag- en darmproblemen:
 • frequent: bruinge verkleuring van de tanden en de tong, van bepaalde vulmaterialen en tandprothesen
 • zelden: verstoord smaakvermogen, brandend gevoel op de tong, verdroging van het mondlijm, opzwelling van de speekselklieren
Allergische reacties in de huid en onderhuid:
 • frequent: urticaria, rash, eczeem, huidnecrose, anafylactische shock

AARD EN INHOUD VAN DE VERPAKKING
NEO-GOLASEPTINE SPRAY Oplossing voor mondpray : Verstuiver van 30 g oplossing.
NEO-GOLASEPTINE Oplossing voor mondspoeling : Fles met 200 ml oplossing.

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET OP DE MARKT BRENGEN
 Laboratoires SMB N.V., Herdersliedstraat 26-28, B-1080 Brussels

NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET OP DE MARKT BRENGEN
NEO-GOLASEPTINE SPRAY Oplossing voor mondpray :
 B : 4653128F11 L : 0160/98/09/4613

WIJZE VAN AFLEVERING
 Vrije aflevering.

DATUM VAN BIJWERKING VAN DE TEKST
 06 oktober 2003.

Snelle werking

- Anti-viraal*
- Anti-bacterieel
- Anti-mycoticum*



2 mondstukken = 2 patiënten

KEELPIJN INFECTIES

Neo-Golaseptine Spray is een geneesmiddel. Geen langdurig gebruik zonder geneeskundig advies. Niet te gebruiken bij kinderen jonger dan drie jaar.
 * Chloorhexidine is werkzaam tegen bepaalde virussen (Neo-Golaseptine Spray) en tegen schimmels en gisten (o.a. Candida albicans). Laboratoires SMB s.a.



Een derde minder verkeersdoden door flitspalen

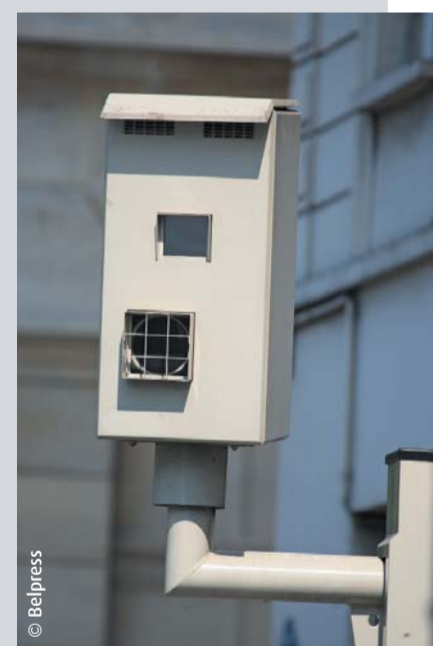
Verkeerscamera's en flitspalen zorgen niet alleen voor een vermindering van de snelheid, ze verlagen ook het aantal ernstige verkeersongelukken met 30 tot 40%. Tot die conclusie komen Australische wetenschappers in een Cochrane Systematic Review na consultatie van de volledige wetenschappelijke literatuur ter zake.

Cecilia Wilson van de Universiteit van Queensland in Brisbane (Australië) maakte een literatuuroverzicht van alle wetenschappelijke artikelen die ooit gepubliceerd zijn over het effect van verkeerscamera's en flitspalen op de snelheid van autobestuurders en op de frequentie van ongevallen. Ze kwam aan een totaal van 35 artikelen waarin de auteurs de snelheid, frequentie van ongelukken, aantal slachtoffers en verkeersdoden hadden gemeten in een verkeersomgeving voor en na de introductie van een flitspaal of een andere vorm van permanente snelheidscontrole. De artikelen moesten verder aan een aantal kwaliteitscriteria voldoen vooraleer ze werden opgenomen.

Uitschieter tot 58%

Alle artikelen, zonder uitzondering, rapporteerden een verlaging van het aantal ongevallen na het plaatsen van de flitspalen. De afname varieerde van 8% tot 49%. De meeste publicaties rapporteerden een reductie tussen 14% en 25%. Wat betreft ongevallen met ernstig gewonden of een fatale afloop liggen de cijfers nog gunstiger: in de meeste studies wordt een afname tussen 30% en 40% gemeten, met in sommige situaties zelfs uitschieters tot 58%. Studies waarin over een langere periode werd gemeten, bewijzen niet alleen dat die afname bestendig wordt doorheen de tijd, maar zelfs toeneemt. Flitspalen hebben dus wel degelijk een duurzaam effect op de verlaging van de ongevalfrequentie.

"Onze review bevestigt de stelling dat snelheid in bepaalde verkeerscontexten een belangrijke determinant is voor de frequentie en de ernst van ver-



keersongevallen", schrijft Cecilia Wilson in haar besluit. "Interventies om de snelheid te verlagen, waarvan flitspalen en andere automatische toestellen om snelheid te registreren en te beboeten er slechts één zijn, hebben wel degelijk een effect op het ongevalrisico en op de ernst van die ongevallen. Zelfs met een beperkte reductie van de snelheid – in de meeste artikelen gaat het om 10% tot 15% – daalt het aantal dodelijk verkeersslachtoffers in de omgeving van de flitspaal met 30 tot 40%."

Peter Raeymaekers

Wilson C, Willis C, Hendrikz JK, Le Brocq R, Bellamy N. Speed cameras for the prevention of road traffic injuries and deaths. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD004607. DOI: 10.1002/14651858.CD004607.pub3.



Special

Cardiologie

Artsenkrant

In samenwerking met de BELGIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY



ESC:
verslag van een
wetenschappelijk hoogtepunt

Vanaf 11



LIEVEN ANNEMANS OVER
PRIMAIRE PREVENTIE

13



EXTREME
SPORTINSPANNING
GEVAARLIJK?

15

Pacemakergebruik: wordt 'het gemiddelde' de norm?

Het recente persbericht naar aanleiding van een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) blokletterde dat het gebruik van pacemakers in België 25% boven het West-Europese gemiddelde uitsteekt. In een reactie betreurt de Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) dit onnodig sensationeel persbericht en weerlegt ze de kritiek.

Volgens het KCE-rapport (1) heeft België na Duitsland het hoogste aantal pacemakerimplantaties in West-Europa: 11 per 10.000 inwoners. Voor de grote verschillen met de andere West-Europese landen kon het KCE geen demografische of medische verklaring geven. Bovendien stelt het KCE-persbericht dat voor veel van de indicaties en symptomen waarvoor pacemakers vandaag worden aanbevolen, het nut niet is aangetoond door goede wetenschappelijke studies. Tot slot blijken de nodige gegevens om het gebruik van pacemakers kritisch te beoordelen in België te ontbreken.

Het KCE adviseert om in de toekomst nieuwe en veelbelovende medische technieken slechts terug te betalen nadat het nut wetenschappelijk is aangetoond. Verder sluit het KCE zich aan bij het idee van het Riziv om de registratie te verplichten en te koppelen aan de terugbetaling van de pacemakers.

Verwonderd

De BeHRA, die een voorloper was in het registreren van de klinische praktijkvoering, en sinds bijna dertig jaar de pacemaker-implantatiegegevens in België op vrijwillige basis verzamelt, voelt zich medeverantwoordelijk om de beschikbare budgetten optimaal te verdelen: geneeskunde kost geld en de budgetten zijn beperkt. Vandaar dat ze haar input gaf in het KCE-rapport. De werkgroep betreurt echter de inhoud van het KCE-persbericht ten zeerste. "Het kan nodeloze ongerustheid zaaien bij patiënten en schade berokkenen aan de arts/patiëntvertrouwensrelatie", zo luidt het. "Blijkbaar vindt het Kenniscentrum het nodig om sensationeel persberichten te versturen, ter-



Marnix Goethals: "Hopelijk slaagt het KCE er in de toekomst beter in om de wetenschappelijke inhoud van haar rapporten weer te geven in haar persberichten."

wij het toch primair haar taak is om goede wetenschappelijke rapporten op te stellen."

Het volledige plaatje

"Zoals het Kenniscentrum zelf in haar rapport vermeldt, weten we al meer dan tien jaar dat België zich in de top vijf bevindt wat betreft het aantal pacemakerimplantaties per aantal inwoners", zegt Dr. Marnix Goethals, cardioloog en voorzitter van de BeHRA. "De voorbije jaren is het aantal nieuwe pacemakerimplantaties per miljoen inwoners in België evenwel

lichtjes gedaald. Daarentegen zien we een inhaalmanoeuvre in de omliggende landen, zeker als je ook de implantatie van hartdefibrillatoren in rekening neemt." Inzake de implantatiefrequentie van het aantal hartdefibrillatoren bevindt België zich volgens de BeHRA in de middenmoot van Europa. "De keuze voor pacemakers in plaats van defibrillatoren – bijvoorbeeld bij nood aan resynchronisatietherapie voor hartfalen – is in dat geval kostenbesparend."

De BeHRA wijst er bovendien op dat het budget voor pacemakerthe-

rapie al meerdere jaren ongewijzigd is gebleven, dit door prijsreducties.

Geen maatstaf

Volgens de cardiologen is het helemaal fout om de implantatiefrequentie van pacemakers als maatstaf te beschouwen voor het al dan niet goed gebruik van deze therapie. "Dat kan niet", beklemtoont Marnix Goethals. "Zoals het KCE zelf aangeeft is in geen enkel land geweten hoeveel pacemakers medisch verantwoord zijn. Het zich boven het Europees gemiddelde bevinden, laat niet toe om een waardeoordeel te vellen over de klinische praktijk in een bepaald land. Bovendien stelt het KCE zelf dat de beperkingen in een aantal internationale registers internationale vergelijking moeilijk, of zelfs onmogelijk, maakt."

Soms ethisch niet verantwoord

Verder hekelt de BeHRA de opmerking van het KCE dat er relatief weinig wetenschappelijke studies zouden zijn rond pacemakertherapie, en dat de officiële richtlijnen te vaak berusten op zogenaamde expert opinions. "Het is meer dan duidelijk in elk individueel geval dat een patiënt die regelmatig flauwvalt en dit na een pacemakerimplantatie niet meer doet, nood heeft aan een pacemaker", stelt de BeHRA. "Dergelijke studies zijn in sommige gevallen ethisch niet verantwoord."

De BeHRA weet dat pacemakerimplantatie omwille van een te traag maar asymptomatisch hartritme inderdaad meestal niet aangewezen is. "Hiervoor bestaan er echter strikte wettelijk vastgelegde richtlijnen, waarbij de implanterende cardioloog een advies dient te vragen aan een erkend elektrofysiologisch centrum. Nergens toont de KCE-studie aan dat dit niet zou gebeuren. Het Riziv kan controleren of deze regels worden toegepast, indien ze hieraan zou twijfelen."

Zo verkeerd?

Volgens de BeHRA slaagt de KCE-studie er niet in om onverklaarde praktijkverschillen aan te tonen in België. "Zijn alle cardiologen in België en Duitsland (en de VS) dan zo verkeerd bezig?", vraagt Marnix Goethals zich af. "Bovendien blijken er, volgens collega Van den Oever, tijdens een uiteenzetting op het 4de BHRM-congres dat vorige week in Brussel plaatsvond, wel degelijk leeftijdsverschillen te bestaan tussen de verschillende Europese landen. En die kunnen wel degelijk een verhoogde pacemakerimplantatiefrequentie verklaren in ons land en in bijvoorbeeld Duitsland en Italië. Nergens wordt in de KCE-studie overigens aangetoond dat in België onnodige pacemakerimplantaties zouden gebeuren."

Vragende partij

Als wetenschappelijke vereniging vraagt de BeHRA tot slot al vele jaren om een sluitende defibrillator- en pacemakerregistratieprocedure. "Helaas stellen we vast dat dit lang werd opgehouden door administratieve vertragingen binnen het Riziv en de Verzekeringsinstellingen. De sinds twee jaar lopende – en door ons gevraagde – defibrillatorregistratieprocedure heeft nog steeds geen koppeling met de kruispuntbank. In de nieuwe pacemakerregistratieprocedure zal het nodig zijn om eerst tweemaal elektronisch te tekenen met de identiteitskaart van twee cardiologen-aanvragers, om dit formulier dan uit te printen en nogmaals tweemaal manueel te ondertekenen en dan te versturen per post. Dit is eHealth op zijn best...", besluit Marnix Goethals. Hij benadrukt dat de BeHRA vragende partij blijft voor een sluitende kwaliteitsregistratie. De werkgroep hoopt dat het KCE er in de toekomst in slaagt in haar persberichten de wetenschappelijke kern van haar rapporten beter weer te geven.

Heidi Van de Keere

1. Good Clinical Practice (GCP) rapport 'Pacemaker Therapie voor Bradycardie in België' (137A).

BWGNICI

'Actieve kerngroep zet zelf multicentrische studies op'

Een voor een belichten we de werkgroepen van de **Belgian Society of Cardiology**. Vandaag is het de beurt aan de **Belgian Working Group on Non Invasive Cardiac Imaging (BWGNICI)**, met voorzitter **Prof. Johan De Sutter (AZ Maria Middelaes, Gent)**.



De vereniging organiseert elk jaar een cursus echocardiografie.

Orspronkelijk lag de nadruk van de vereniging enkel op echocardiografie. Onlangs kwamen daar ook cardiale MRI, CT en nucleaire MRI bij. **Johan De Sutter**: "Onze werkgroep telt een honderdtal leden. De kern bestaat uit 15 enthousiaste cardiologen die het op zich nemen om de niet-invasieve beeldvorming te promoten."

Vanuit dat oogpunt organiseert de BWGNICI – naast de opleiding in het algemeen – elk jaar een aantal activiteiten: een cursus echocardiografie in september en een symposium in november. Het jaarlijkse symposium gaat door op 26 november aan de UCL en gaat over aortakleppathologie. De cursus echocardiografie is dan weer opgezet als een cyclus van drie jaar. Het eerste jaar is er telkens aandacht voor thoracale beeldvorming, het tweede jaar staat de slokdarm centraal en het derde jaar komen de geavanceerde technieken,

zoals driedimensionale beeldvorming, aan bod. "We hebben net het deel over de slokdarm achter de rug. Met 200 deelnemers – dus ook heel wat niet-leden – was de opkomst heel goed. De cursus wordt ook conform de eisen van de European Society of Cardiology georganiseerd. Zij staan in voor accreditatie en examens. Onze deelnemers kunnen zonder aarzelen aan het theoretische deel van het Europese examen deelnemen."

Terugbetaling?

De techniek staat niet stil, ook niet wat de niet-invasieve beeldvorming betreft. De laatste jaren kwam de driedimensionale echocardiografie sterk opzetten. "De techniek biedt een meerwaarde, maar de aankoop van de gespecialiseerde toestellen is duur en er is geen terugbetaling voorzien." Ook over de nomenclatuur heeft de voorzitter enkele verzuchtingen. "We krijgen steeds meer oudere patiënten over de vloer, vaak ook met complexe problemen. Of het nu gaat om een kort of uitgebreid onderzoek, de nomenclatuurcode blijft dezelfde en dat is jammer", oppert Prof. De Sutter.

Oproep

De kerngroep van de BWGNICI vergadert vijf à zes keer per jaar. "We zijn een kleine, maar zeer actieve groep. Het werkklimaat is ook goed. Als iemand een moeilijke pathologie wil onderzoeken, wordt dat idee heel snel opgepikt door de andere collega's. Dat is toch wel uniek." Op die manier kon de vereniging al multicentrische studies opzetten rond de evaluatie van dissynchronie en rond aortakleppenstenose. "Cardiologen die actief willen meewerken, zijn heel zeker welkom binnen onze werkgroep. Ze kunnen altijd contact met mij opnemen of met mijn collega Agnes Pasquet van de UCL, die in februari de rol van voorzitter van mij overneemt", besluit Johan De Sutter.

Die voorzitterswissel gebeurt op het congres van de Belgische Vereniging voor Cardiologie, dat doorgaat op 10 en 11 februari 2011.

Karolien Van de Velde

Meer informatie:
<http://sites.google.com/site/bwgnici/Home>

ZNA aan de basis van nieuwe interventietechniek

Dr. Stefan Verheye (ZNA Middelheim) toonde recent zijn kunnen op een groot Amerikaans congres. Hij test momenteel een nieuwe interventionele oplossing voor patiënten met chronische, refractaire angor.

Eind september had in Washington het Transcatheter Cardiovascular Therapeutics-congres plaats, de grootste bijeenkomst over interventiecardiologie ter wereld. Tien operatieteams uit de hele wereld werden uitgezonden om vanuit hun ziekenhuis bepaalde ingrepen uit te voeren, die dan tijdens het congres op groot scherm live werden uitgezonden. **Dr. Stefan Verheye (ZNA Middelheim)** was bij de gelukkigen. Hij mocht vier operaties demonstreren. Eén ervan is een internationale primeur.

Doorbraak

"Het gaat om een nieuwe techniek voor de behandeling van refractaire, chronische angor. De patiënten komen niet meer

in aanmerking voor bypass of stents, maar hebben wel nog dagelijks klachten. Voorwaarde voor deelname is ook dat op beeldvorming wordt aangetoond dat de ischemie omkeerbaar is", zegt Dr. Verheye.

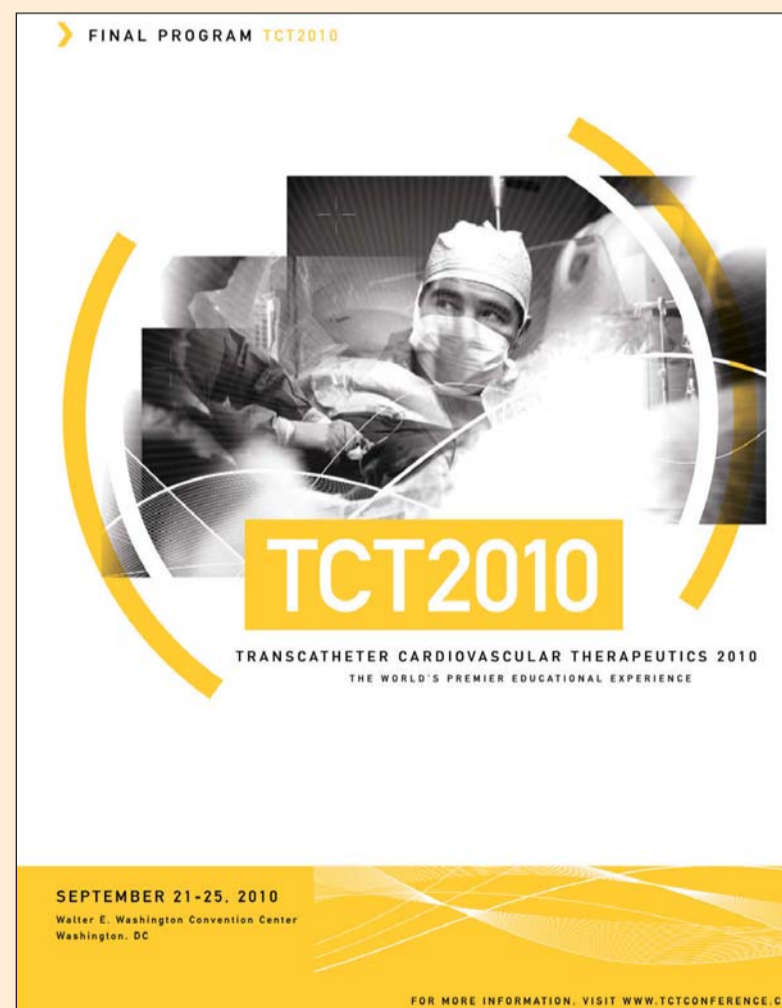
In de hartader van de patiënt wordt opzettelijk een vernauwing aangebracht. Als reactie begint het hart zuurstof te pompen naar de plaatsen waar er een tekort is. "De techniek borduurt in feite voort op een procedure waar in de jaren vijftig behoorlijke resultaten mee behaald werden, maar die verlaten werd toen de bypassoperatie kwam opzetten. Nu verloopt de ingreep wel percutaan."

De operatie werd tijdens het TCT-congres live getoond in de centrale hal.

"Vooraan in de zaal zat een internationaal panel. Niemand van de aanwezigen had deze ingreep ooit al zien uitvoeren. De discussie was levendig. De moderator van het debat, dat drie kwartier duurde, kondigde ook aan dat dit wel eens het begin zou kunnen zijn van een hele grote doorbraak."

Vier jaar geleden werd in India al een beperkt proefproject uitgevoerd. Na drie jaar was de angor van de 15 behandelde patiënten nog steeds aantoonbaar verbeterd. De techniek wordt momenteel uitgebreid dubbelblind en gerandomiseerd getest bij 124 patiënten. "Alleen als de resultaten goed zijn, kan het device eventueel op grote schaal op de markt komen", voegt Stefan Verheye er als conclusie aan toe.

K.v.d.v.



Dr. Stefan Verheye stelde de techniek voor op het TCT-congres.

Persoonlijk aandeel hartrevalidatiepatiënten daalt

Binnenkort wijzigt het bedrag van de tussentijdse vergoeding in de erelonen voor de revalidatieverstrekkings voor hartpatiënten. De ministerraad keurde hiervoor een ontwerp van koninklijk besluit goed.

Het gaat om een aanpassing van het artikel 5 bis van het koninklijk besluit van 10 januari 1991. Het persoonlijk aandeel van de hartpatiënten die revalidatie volgen, zal hierdoor verminderen. Het bedrag van de tussentijdse vergoeding wordt vastgelegd op 95% van de

erelonen voor de rechthebbenden met voorkeursregeling, en op 90% van de erelonen voor de rechthebbenden zonder voorkeursregeling. De persoonlijke bijdragen zouden op deze manier constant moeten blijven bij elke wijziging of indexering van de erelonen. Het ontwerp wordt voor advies overgemaakt aan de Raad van State.

K.v.d.v.

Cardioloog plaatst oplosbare medicinale stent

Volgens het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven werd voor het eerst in Nederland bij een mens een oplosbare stent geplaatst tijdens een dotterbehandeling.

Dat gebeurde onder leiding van cardioloog Jacques Koolen. De volledig afbreekbare medicinale stent werd geplaatst bij een patiënt met een dichtgeslibde kransslagader. De patiënt maakt het goed volgens het ziekenhuis.

De stent is vervaardigd uit magnesium. Het flexibele buisje scheidt in de eerste maanden na de plaatsing een middel af dat een nieuwe vernauwing voorkomt. De stent lost na negen tot twaalf maanden vanzelf op. Er blijft geen enkel restant van de stent achter. Wel worden elasticiteit en motoriek van de vaatwand hersteld. Het hartcentrum van het ziekenhuis werkt samen met vijf andere befaamde

hartcentra in het internationale onderzoek Biosolve. Dat is gespecialiseerd in oplosbare medicinale stents. In de pipeline zit ook onderzoek naar een stent van langketenmelkzuur. Aan de researchers om uit te maken welke van de twee stents het meest geschikt is.

P.S.



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

De ESC, een hoogstaande wetenschappelijke vereniging

Het jaarlijkse congres van de Europese vereniging voor cardiologie (ESC) is één van de drie belangrijkste congressen voor cardiologie ter wereld, naast de twee grote Amerikaanse congressen, het congres van het American College of Cardiology (ACC) in de lente en dat van de American Heart Association (AHA) in de herfst.

Dit jaar zal de AHA plaatsvinden in Chicago van 13 tot 17 november. We zullen er nog uitgebreid op terugkomen in een volgend specialistenkatern en in

onze elektronische nieuwsbrief voor cardiologen. Het congres van de ESC steekt de twee Amerikaanse hoogmissen van de cardiologie stilaan naar de kroon.

De Europese vereniging voor cardiologie wil de plaag van hart- en vaat-aandoeningen in Europa tegengaan. Tot het recente congres in Stockholm werd de organisatie geleid door Roberto

Ferrari (Italië). Sinds 1 september is Michel Komajda (Frankrijk) verkozen tot voorzitter voor een periode van twee jaar. Hij zal daarna worden opgevolgd door Panos Vardas (Griekenland). Met de recente aansluiting van de Vereniging voor cardiologie van Montenegro telt de ESC nu 53 leden (1). Het zijn overigens niet alleen Europese verenigingen: er zijn ook een aantal landen uit het Nabije Oosten aangesloten.

De ESC herbergt vijf verenigingen: de European Association of Echocardiography (EAE), de European Heart Rhythm Association (EHRA), de Heart Failure Association (HFA) of the ESC, de European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) en de European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), allemaal subspecialismen van de cardiologie. Er zijn ook vijf raden: Basic Cardiovascular Science, Cardiology Practice, Cardiovascular Imaging, Cardiovascular Nursing and Allied Professions en Cardiovascular Primary Care.

Negentien werkgroepen

De Europese vereniging voor cardiologie telt ook negentien verschillende werkgroepen:

- Acute Cardiac Care
- Cardiac Cellular Electrophysiology
- Cardiovascular Magnetic Resonance

- Cardiovascular Pharmacology and Drug Therapy
- Cardiovascular Surgery
- Cellular Biology of the Heart
- Computers in Cardiology
- Coronary Pathophysiology and Microcirculation
- Developmental Anatomy and Pathology
- Grown-up Congenital Heart Disease
- Hypertension and the Heart
- Myocardial Function
- Myocardial and Pericardial Diseases
- Nuclear Cardiology and Cardiac CT
- Atherosclerosis and Vascular Biology
- Peripheral Circulation
- Pulmonary Circulation & Right Ventricular Function
- Thrombosis
- Valvular Heart Disease.

De ESC geeft zeven tijdschriften uit, die internationaal zeer hoog staan aangeschreven: de European Heart Journal, Cardiovascular Research, de European Journal of Heart Failure, de European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Europace, de European Journal of Echocardiography en de European Journal of Cardiovascular Nursing.

M.E.

1. Zie lijst <http://www.escardio.org/membership/national-societies/Pages/welcome.aspx>



Michel Komajda, de nieuw verkozen voorzitter,...



...en Roberto Ferrari, de vorige voorzitter van de ESC.

Zorgwekkende stijging van voorkamerfibrillatie

Het aantal ziekenhuisopnames wegens voorkamerfibrillatie neemt almaar toe. Reden tot ongerustheid.

Ongeveer 2% van de bevolking vertoont voorkamerfibrillatie, bij tachtigers is dat zelfs 15%. Dat zeggen alvast Australische vorsers uit Adelaide. Voorkamerfibrillatie is volgens Chris Wong, die de resultaten van de studie presenteerde op het congres van de ESC, een echte epidemie geworden (1). De laatste vijftien jaar is het aantal ziekenhuisopnames wegens de aandoening in Australië verdrievoudigd, ook al is de gemiddelde duur van het zieken-

huisverblijf gedaald. En die stijging houdt aan.

Volgens Prof. Prash Sanders van de Universiteit van Adelaide en het Cardiovascular Research Centre van het Royal Adelaide Hospital zouden die resultaten de artsen en de overheid ervan moeten overtuigen dat voorkamerfibrillatie een zware belasting is voor het ziekenhuisstelsel. Ook naar goede behandelingen voor de aandoening is er vraag. Onbehandeld kan voorkamerfibrillatie immers ernstige gevol-

gen hebben, zoals iedereen wel weet.

In Australië wordt de lokale bevolking bijzonder sterk getroffen door de aandoening. De richtlijnen van de European Society for Cardiology voor de behandeling van voorkamerfibrillatie zijn te vinden op hun webstek (2).

M.E.

1. Wong CX et al. Congres ESC 2010.
2. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Guidelines/Documents/guidelines-afib-FT.pdf>

Aandoening opsporen bij hartinsufficiëntie

Patiënten met hartinsufficiëntie ontwikkelen vaak een cerebrovasculair accident. Naargelang van de studie bedraagt de incidentie 1,5 tot 4,5% per jaar bij patiënten met hartinsufficiëntie.

Het zou kunnen dat dit toe te schrijven is aan de hoge frequentie van voorkamerfibrillatie bij patiënten met hartinsufficiëntie (tot 50% van de patiënten in NYHA-klasse IV). Die hypothese wordt gesteund doordat er geen hoger risico op

CVA wordt waargenomen bij patiënten met hartinsufficiëntie in sinusritme. "In de klinische praktijk moeten we dus een zeer ernstige inspanning leveren om voorkamerfibrillatie op te sporen bij patiënten met hartinsufficiëntie", onderstreept Prof. Harald Darois (Berlijn).

M.E.

Darois H. Congres ESC 2010.

BELSAR®

BELSAR® PLUS

Cholesterolverlaging: de medaille heeft geen keerzijde

Dankzij cholesterolverlagende geneesmiddelen – met de statines op de eerste plaats – kunnen almaar lagere streefwaarden worden bereikt. Maar houdt een sterke verlaging van de cholesterol geen andere risico's in? Blijkbaar niet.

De Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration (1) werd in 1994 aan de Universiteit van Oxford op touw gezet. Volgens de initiatiefnemers gebeurde dat om enkele onzekerheden over de effecten van cholesterolverlaging uit te klaren. Individuele studies waren voldoende groot om de effecten op alle coronaire evenementen aan te tonen, maar ze zouden de effecten op de coronaire mortaliteit of andere specifieke resultaten op vasculair of niet-vasculair niveau kunnen onderschatten of overschatten. De eerste analysecyclus omvatte 14 gerandomiseerde studies met statines (gemiddelde duur vijf jaar). Bij de meer dan 90.000 patiënten werden 8.000 sterfgevallen, 14.000 ernstige cardiovasculaire accidenten en 5.000 kankergezwellen waargenomen. De meta-analyse werd uitgevoerd aan de hand van de resultaten van een reeks grote studies, klassiekers ter zake, zoals AFCAPS/TEXCAPS (AirForce/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study), ALERT (Assessment of Lescol in Transplantation), CARE (Cholesterol and Recurrent Events Study), HPS (Heart Protection Study), Post-CABG (Post-Coronary Artery Bypass Graft study), en WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study).

In die meta-analyse werd bevestigd dat cholesterolverlagende geneesmiddelen de totale mortaliteit sterk verlagen, een effect dat bijzonder uitgesproken is bij patiënten met type 2-diabetes. Dat effect ging absoluut niet gepaard met een hogere sterfte aan kanker, ademhalingsziekten, traumata of andere oorzaken (2,3).

Tweede cyclus

In 2006 werd de tweede cyclus gelanceerd. Zoals de auteurs hebben meegedeeld op het congres van de ESC van 2010 (4), werd er een meta-analyse uitgevoerd van 26 gerandomiseerde studies met in het totaal 170.000 patiënten. Die meta-analyse werd uitgevoerd samen met de Universiteit van Sydney en onderzocht het risico op kanker als gevolg van een langdurige behandeling met statines. De conclusies van de bijzonder grondige meta-analyse zijn zeer duidelijk: er zijn geen aanwijzingen van een hoger risico op eender welk type kanker als zeer lage cholesterolconcentraties worden bereikt met statines in hoge dose-

ring. Niets wijst erop dat de patiënten enig risico zouden lopen bij een langdurige behandeling, in elk geval tijdens de follow-up van vijf jaar.

M. E.

Referenties:

1. <http://www.ctsu.ox.ac.uk/projects/ctt>.
2. Baigent C et al. Lancet. 2005;366:1267.
3. Kearney PM et al. Lancet. 2008;371:117.
4. Emberson J et al. Congres ESC 2010.

Preterax®

PERINDOPRIL 2 mg + INDAPAMIDE 0,625 mg

bi Preterax®

PERINDOPRIL 4 mg + INDAPAMIDE 1,25 mg

NIEUW

Preterax 30 tab: 17,36 €

BiPreterax 30 tab: 18,65 €

Preterax 90 tab: 34,50 €

BiPreterax 90 tab: 37,25 €

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL PRETERAX 2 mg/0,625 mg tabletten. BI PRETERAX 4 mg/1,25 mg tabletten. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING** Een tablet bevat: Preterax®: 1,669 mg perindopril, overeenkomend met 2 mg perindopril tert-butylamine en 0,625 mg indapamide. Bi Preterax®: Een tablet bevat 3,338 mg perindopril, overeenkomend met 4 mg perindopril tert-butylamine en 1,25 mg indapamide. Hulpstof: Preterax: 64,175 mg lactosemonohydraat; Bi Preterax: 61,55 mg lactosemonohydraat. Voor een volledige lijst van hulpstoffen zie rubriek 6.1. **FARMACEUTISCHE VORM** Preterax®: Tabletten. Witte staafvormige tabletten, met een gleuf aan beide zijden. De tablet kan verdeeld worden in gelijke helften. Bi Preterax®: Tablet. Witte, staafvormige tablet. **THERAPEUTISCHE INDICATIES** Essentiële hypertensie. BI PRETERAX tabletten zijn geïndiceerd voor de behandeling van essentiële hypertensie bij patiënten bij wie de bloeddruk niet voldoende genormaliseerd kan worden met alleen perindopril. **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING** Oraal gebruik. De gebruikelijke dosering is één PRETERAX / BI PRETERAX tablet per dag als enkelvoudige dosis, bij voorkeur 's morgens en voor een maaltijd in te nemen. Indien mogelijk wordt een individuele dosisinstelling met de componenten aanbevolen. Als de bloeddruk na een maand niet genormaliseerd is kan de dosering verdubbeld worden tot twee tabletten Preterax® of één tablet BiPreterax®. Indien klinisch geïndiceerd kan overwogen worden rechtstreeks over te gaan van monotherapie op BI PRETERAX. **Ouderen** (zie rubriek 4.4) De behandeling dient te beginnen met de normale dosering van één PRETERAX tablet per dag. Bi Preterax®: De behandeling dient te beginnen in functie van de bloeddruk respons en de staat van de nierfunctie. **Patiënten met een nierfunctiestoornis** (zie rubriek 4.4) Bij een ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring lager dan 30 ml/min) is de behandeling gecontra-indiceerd. Preterax®: Bij patiënten met een matige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 30-60 ml/min) mag de dosis maximaal één PRETERAX tablet per dag zijn. BiPreterax®: Bij patiënten met een matige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 30-60 ml/min) wordt aanbevolen de behandeling te beginnen met een afdoende dosering van de vrije combinatie. Bij patiënten met een creatinineklaring hoger dan of gelijk aan 60 ml/min is geen dosisaanpassing vereist. De gebruikelijke follow-up moet regelmatige controle van creatinine en kalium omvatten. **Patiënten met een leverfunctiestoornis** (zie rubrieken 4.3, 4.4 en 5.2) Bij een ernstige leverfunctiestoornis is de behandeling gecontra-indiceerd. Bij patiënten met een matige leverfunctiestoornis is geen dosisaanpassing vereist. **Kinderen en jongeren** PRETERAX / BI PRETERAX mag niet bij kinderen en jongeren worden gebruikt, aangezien de werkzaamheid en tolerantie van perindopril bij kinderen en tieners, alleen of in combinatietherapie, niet zijn vastgesteld. **CONTRA-INDICATIES** In verband met perindopril: - Overgevoeligheid voor perindopril of andere ACE-remmers, - Een voorgeschiedenis van angio-oedeem (Quincke-oedeem) na eerdere behandeling met een ACE-remmer, - Erfelijk/diopathisch angio-oedeem, - Tweede en derde trimester van de zwangerschap (zie rubrieken 4.4 en 4.6). In verband met indapamide: - Overgevoeligheid voor indapamide of andere sulfonamiden, - Ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring lager dan 30 ml/min), - Hepatische encefalopathie, - Ernstige leverfunctiestoornis, - Hypokaliëmie, - In het algemeen wordt het gebruik van dit geneesmiddel afgeraden in combinatie met niet-anti-aritmica die Torsades de pointes kunnen veroorzaken (zie rubriek 4.5), - Borstvoeding (zie rubriek 4.6). In verband met PRETERAX: - Overgevoeligheid voor één van de hulpstoffen. Omdat er onvoldoende therapeutische ervaring is, dient PRETERAX / BI PRETERAX niet gebruikt te worden bij: - Dialysepatiënten, - Patiënten met onbehandeld gedecompenseerd hartfalen. **BIJWERKINGEN** Toediening van perindopril remt het renine-angiotensine-aldosteronstelsel en kan kaliumverlies veroorzaken door indapamide verminderen.

goedkoop origineel geneesmiddel

90 TAB

1 tablet/dag

B

Twee procent van de patiënten die behandeld worden met PRETERAX en vier procent van de patiënten die behandeld worden met BI PRETERAX krijgt hypokaliëmie (kaliumspiegel < 3,4 mmol/l). De volgende bijwerkingen kunnen worden waargenomen tijdens de behandeling en zijn geklasseerd volgens de volgende frequentie: Zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10); soms (≥1/1000, <1/100); zelden (≥1/10000, <1/1000); zeer zelden (<1/10000), niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Bloed- en lymfestelselaandoeningen:** Zeer zelden: - Trombocytopenie, leukopenie/neutropenie, agranulocytose, aplastische anemie, hemolytische anemie, - Anemie (zie rubriek 4.4) is gemeld bij ACE-remmers in speciale omstandigheden (patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan, patiënten die hemodialyse ondergaan). **Psychische stoornissen:** Soms: gemoedsstoornissen of slaapstoornissen. **Zenuwstelselaandoeningen:** Vaak: paresthesiën, hoofdpijn, asthenie, duizeligheid, vertigo. Zeer zelden: verwardheid. **Oogaandoeningen:** Vaak: visuele stoornissen. **Evenwichtsorgaan- en ooraandoeningen:** Vaak: tinnitus. **Bloedvataandoeningen:** Vaak: Hypotensie, al dan niet orthostatisch (zie rubriek 4.4). **Hartaandoeningen:** Zeer zelden: aritmie zoals bradycardie, ventrikeltachycardie, voorkamerfibrillatie, angina pectoris en myocardinfarct, eventueel secundair aan overmatige hypotensie bij patiënten met hoog risico (zie rubriek 4.4). **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinum-aandoeningen:** Vaak: Bij gebruik van ACE-remmers is een droge hoest beschreven. Kenmerkend voor deze hoest is de hardnekkigheid, en het verdwijnen ervan na staken van de behandeling. Als deze klacht zich voordoet moet met een iatrogene etiologie rekening worden gehouden. **Dyspneu.** Soms: bronchospasmen. Zeer zelden: eosinofiele pneumonie, rhinitis. **Maagdarmstelselaandoeningen:** Vaak: constipatie, droge mond, misselijkheid, epigastrische pijn, anorexia, braken, buikpijn, dysgeusie, dyspepsie, diarree. Zeer zelden: pancreatitis. **Lever- en gelaatsaandoeningen:** Zeer zelden: cytolytische of cholestatische hepatitis (zie rubriek 4.4). Niet bekend: in geval van leverinsufficiëntie kan hepatische encefalopathie ontstaan (zie rubrieken 4.3 en 4.4). **Huid- en weefselaandoeningen:** Vaak: rash, pruritus, maculopapuleuze uitslag. Soms: angio-oedeem van het gelaat, de ledematen, de lippen, de slijmvliezen, de tong, de glottis en de larynx, urticaria (zie rubriek 4.4). - overgevoelheidsreacties, vooral dermatologische, bij patiënten met een aanleg voor allergische en astmatische reacties. - purpura. Mogelijke verergering van een al bestaande lupus erythematosus disseminatus. Zeer zelden: erythema multiforme, toxische epidermale necrolyse, syndroom van Steven-Johnson. Er werden gevallen van fotosensibilisatiereacties gerapporteerd (zie rubriek 4.4). **Skeletstelsel- en bindweefselaandoeningen:** Vaak: krampen. **Nier- en urinewegaandoeningen:** Soms: nierinsufficiëntie. Zeer zelden: acute nierinsufficiëntie. **Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen:** Soms: impotentie. **Algemene aandoeningen:** Vaak: asthenie. Soms: zweten. **Onderzoeken:** - Kaliumdepletie met in het bijzonder ernstige verlaging van de kaliumspiegel bij sommige risicogroepen (zie rubriek 4.4). - Verlaagd natriumgehalte met hypovolemie, met als gevolg dehydratie en orthostatische hypotensie. - Verhoging van de urinezuurspiegel en bloedglucosepiegel gedurende de behandeling. - Lichte verhoging van het ureum en de plasmacreatinineconcentratie, die reversibel is als behandeling wordt gestaakt. Deze verhoging komt vaker voor in geval van nierarteriestenose, arteriële hypertensie indien behandeld met diuretica, en nierinsufficiëntie. - Verhoogde kaliumspiegels, doorgaans van voorbijgaande aard. **Zelden:** Verhoogde calciumspiegels in het plasma. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** SERVIER BENELUX S.A./N.V. Internationalelaan 57 B - 1070 BRUSSEL **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Preterax®: BE228566 Bi Preterax®: BE199464 **AFLIVERING** Op voorschrift. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST** 11/2009.

Goedkeuringdatum van de medische informatie: 18-12-2009

Is primaire preventie zijn geld waard?

Volgens Prof. Lieven Annemans (Gezondheidseconomie, UGent) kan onze maatschappij het zich niet veroorloven om zware investeringen te doen die maar weinig opbrengen. Daarom moeten we selectief zijn wat de budgettaire interventies betreft.

Een betere preventie kan de frequentie van cardiovasculaire incidenten, die in onze streken nog zeer hoog is, sterk verlagen.

Die hart- en vaatziekten kosten de gemeenschap enorm veel geld. We kunnen ons dan ook afvragen of de hoge kosten van echte cardio-

vasculaire preventie de sociale factuur kunnen verlagen. Met andere woorden en strikt budgettair: is het sop de kolen waard? De middelen

die de maatschappij ter beschikking kan stellen, zijn beperkt en soms moeten dan ook draconische keuzes worden gemaakt. Het

conflict tussen de noden van de gezondheidszorg en de beperkte middelen is alomtegenwoordig. Prof. Lieven Annemans: "Onze maatschappij kan het zich niet veroorloven om zware investeringen te doen die maar weinig opbrengen. Daarom moeten we de doeltreffendste manieren vinden om de beperkte beschikbare middelen te investeren. De sector van de gezondheidszorg moet almaar productiever worden. De investeringen moeten beter de primaire doelstelling nastreven, d.w.z. de mensen langer en in betere gezondheid laten leven."

Behandeling van hypertensie: maximale effecten nastreven

Een eerste satelliet-symposium, georganiseerd door Servier, op het congres van de European Society of Hypertension op 19 juni in Oslo (Noorwegen) ging over de voordelen van de vaste associatie perindopril + indapamide: "Maximizing benefits in hypertension management with Preterax®"



Prof. John Chalmers

De internationale richtlijnen¹ zijn unaniem over het gebruik van een combinatiebehandeling bij de meeste patiënten met hypertensie. "Het opstarten met een laag gedoseerde vaste associatie van een angiotensineconversie-enzymremmer (ACE-inhibitor) en een diureticum blijft één van de beste opties voor het management van hypertensie", legt Prof. John Chalmers (Sydney, Australië) uit. "Deze klassen hebben niet alleen een complementaire farmacologische werking, maar de doeltreffendheid wordt versterkt door primair verschillende werkingsmechanismen: vasodilatatie en inhibitie van het renine-angiotensine-aldosteron-systeem (RAAS) voor de ACE-inhibitor en volumereductie voor het diureticum. Dit geeft additieve effecten op de bloeddruk, en nevenwerkingen die mekaar deels neutraliseren waardoor de veiligheid groot is."

Kiezen voor perindopril + indapamide

De keuze voor Preterax® (perindopril 2mg + indapamide 0,625mg) wordt gestaafd door talrijke voordelen. Zo werd het antihypertensieve effect van beide moleculen apart uitvoerig bewezen. Dat geldt ook voor de veiligheid en de tolerantie, niet alleen in verschillende studies, maar ook al jarenlang in de dagelijkse praktijk. Daarenboven heeft Preterax® "a gentle onset of action" om de woorden van Prof. Chalmers te gebruiken. Hierdoor wordt een plotse daling van de bloeddruk of een dramatische hypotensie vermeden, wat bijdraagt tot een goede therapietrouw en één van de belangrijkste argumenten is in het voordeel van Preterax®.

De doeltreffendheid van dit krachtige en veilige antihypertensivum in de preventie van majeure cardiovasculaire incidenten wordt onderbouwd in tal van studies. Prof. Chalmers spijst zich toe op drie van hen: de PROGRESS-studie² voor de preventie van recidief CVA, de ADVANCE-studie³ voor de preventie van cardiovasculaire incidenten bij type 2 diabetici en de HYVET-studie⁴ bij 80-pluspatiënten.

Minder recidieven van CVA

In PROGRESS (Perindopril pROtection aGainst REcurrent Stroke Study)² werden patiënten geïncludeerd met antecedenten van cerebrovasculair accident (CVA) of transient ischaemic attack (TIA), al of niet met hypertensie. Meer dan de helft van de patiënten kreeg uiteindelijk perindopril en indapamide (de vaste combinatie was toen nog niet beschikbaar). De gemiddelde bloeddrukdaling van 12 mmHg systolisch en 5 mmHg diastolisch ging gepaard met een relatieve risicoreductie (versus placebo) voor een nieuw CVA van 43%, en zelfs van 76% voor hemorragisch CVA. De vermindering van het risico voor CVA was vergelijkbaar wat ook de systolische bloeddruk was; dus ook patiënten met normale bloeddruk hadden een voordeel bij het combineren van beide antihypertensiva. De winst is aanzienlijk: om één fataal of niet-fataal vasculair evenement te vermijden moet men slechts 11 patiënten gedurende 5 jaar behandelen.

Minder vasculaire events bij type 2 diabetes

In ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and uni diamicron Controlled Evaluation)³, de grootste studie bij type 2 diabetes (T2D), bereikte men met Preterax/BiPreterax®, bovenop de reeds toegediende medicatie en vergeleken met placebo, een gemiddelde bloeddrukdaling van 5,6 mmHg systolisch en 2,2 mmHg diastolisch. Dat resulteerde in een gemiddelde bloeddruk van 134,7 mmHg systolisch en 74,8 mmHg diastolisch, wat aansluit bij de geldende richtlijnen voor T2D-patiënten¹. De relatieve risicoreductie voor majeure macrovasculaire en microvasculaire events (gecombineerd eindpunt) was 9%. Zowel de cardiovasculaire als de totale mortaliteit waren significant gereduceerd (respectievelijk 18% en 14%) bij patiënten die behandeld werden met Preterax/BiPreterax®.

Analyse van subgroepen leert dat het voordeel op de nierfunctie zowel bij normotensieve als bij hypertensieve patiënten aanwezig is en

dat de absolute cardiovasculaire risicoreductie groter is bij 75-plussers.

Ook bij 80-plussers

Tot slot besprak Prof. Chalmers nog het belang van de resultaten van HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial)⁴. In deze studie kreeg drie vierde van de 80-plussers, met een initiële systolische bloeddruk ≥ 160 mmHg, perindopril toegevoegd aan indapamide. De gemiddelde bloeddrukdaling was 15/6 mmHg na 2 jaar. Omdat de relatieve reductie van het totale mortaliteitsrisico 21% ($p=0,02$) bedroeg, werd de studie voortijdig gestopt. De risicoreductie voor fataal en niet-fataal CVA (primaire eindpunt) was 30% ($p=0,06$), voor fataal CVA 39% ($p=0,05$) en voor hartfalen 64% ($p<0,001$). En vermits de veiligheid geen twijfel liet, gaf deze studie het nodige vertrouwen om de oudere patiënten ook te behandelen, besluit Prof. Chalmers. Meer nog, het aantal te behandelen patiënten met perindopril + indapamide (NNT) gedurende twee jaar om één overlijden te vermijden is 40.

Prof. Chalmers is ervan overtuigd dat niet alleen de bloeddrukdaling maar de complementaire werking van de vaste associatie perindopril + indapamide (Preterax/BiPreterax®) op macro- en microcirculatie verantwoordelijk is voor de doeltreffende bestrijding van macro- en microvasculaire ziekten, en de bescherming van de doelorganen, evenzeer tegen hartinfarct, beroerte als hartfalen.

Realisatie CMPMedica

Referenties:

- 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertension* 2007;25:1105-1187
- Progress Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood pressure lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001;358:1033-41
- ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus: results of the blood pressure lowering arm of the ADVANCE trial. *Lancet* 2007;370:829-40
- Beckett NS et al. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 Years of age and older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98



Prof. Lieven Annemans onderzoekt of primaire preventie kosteneffectief is.

Model

Prof. Annemans preciseert dat in de EUROASPIRE III-studie (EUROpean Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) zal worden nagegaan of primaire cardiovasculaire preventie economisch efficiënt is. Het onderzoek zal ook bekijken of de te verwachten voordelen de extra uitgaven voor een actievere promotie van preventieve maatregelen wettigen. De studie wordt uitgevoerd in zeven Europese landen (België, Bulgarije, Finland, Frankrijk, Italië, Polen en het Verenigd Koninkrijk). "In de studie zullen we de kostenefficiëntie onderzoeken van preventie bij patiënten met en patiënten zonder hart- en vaat-aandoeningen. De preventie is gebaseerd op de gemeenschappelijke richtlijnen van de Europese verenigingen. We zullen het nut van primaire én secundaire preventie van hart- en vaat-aandoeningen analyseren in twee aparte studies. Ook zullen we nagaan welke factoren het verband bepalen tussen de kosten en de effecten van de preventie. Verder stellen we ook een model op van de medische en economische resultaten in vergelijking met de huidige situatie", zegt Prof. Annemans.

Hart- en vaatziekten, een ware epidemie in Europa

Enkele cijfers om een idee te geven van de omvang van het probleem. De epidemie is de laatste twintig jaar weliswaar afgenomen, maar riskeert nu weer te verergeren, wat trouwens al het geval is in de VS.

Hart- en vaataandoeningen doden jaarlijks 4,3 miljoen mensen in Europa (van wie meer dan twee miljoen in de Europese Unie);

- Hart- en vaataandoeningen zijn goed voor bijna de helft van de sterfte in Europa (48%) en de Verenigde Staten (42%);

- Coronair lijden is de frequentste oorzaak van overlijden voor de leeftijd van 65 jaar in Europa;

- Een vijfde van de patiënten met coronair lijden vertoonde diabetes op het ogenblik dat de diagnose van coronair lijden werd gesteld;

- Hart- en vaataandoeningen kosten de economie van de EU jaarlijks ongeveer 192 miljard euro. Die kosten omvatten de gezondheidszorg (57%), verlies van productiviteit (21%) en informele zorg (22%). Hart- en vaataandoeningen zijn de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen in alle landen van Europa en ook bij mannen, behalve in Frankrijk, Nederland en Spanje.

- In Europa veroorzaakt roken 32% van de cardiovasculaire sterfte bij mannen van 35 tot 69 jaar en 6% van

de sterfte bij vrouwen van diezelfde leeftijdsgroep;

- Er zijn grote verschillen in levenswijze en rookgedrag tussen de verschillende landen van Europa (30% rokers in Hongarije tegen 15% in Italië);

- Meer dan 48 miljoen volwassenen in Europa en 23 miljoen volwassenen in de Verenigde Staten lijden aan diabetes en dat aantal neemt gestaag toe.

Afbrokkeling

Hart- en vaataandoeningen blijven dus welig tieren in Europa. De laatste twintig jaar is de plaag sterk verminderd dankzij een betere controle van bepaalde risicofactoren zoals hypercholesterolemie, de ontwikkeling van interventionele technieken en een verbetering van de medicamenteuze behandeling. Net zoals in de Verenigde Staten is het risico reëel dat die vooruitgang stilaan teloor gaat.

De ongebreidelde toename van obesitas en als gevolg daarvan ook van type 2-diabetes – nu ook bij adolescenten en zelfs kinderen –

resulteert opnieuw in een toename van hart- en vaataandoeningen in de Verenigde Staten. Volwassenen roken minder, wat heeft bijgedragen tot de daling van de incidentie van hart- en vaataandoeningen. Jongeren roken dan weer meer, wat de toekomst onzeker maakt. Bovendien nemen jongeren minder lichaamsbeweging: ze brengen meer tijd door voor het tv-scherm of de computer dan dat ze gaan sporten. Zoals Prof. De Backer vorig jaar nog heeft gezegd: "Het is waarschijnlijk dat de stijging van het percentage mensen met een laag cardiovasculair risico de komende jaren zal leiden tot een toename van hart- en vaataandoeningen." Een hypothese die wordt bijgetreden door de resultaten van de EuroAspire-studie, die werd uitgevoerd in 22 Europese landen. In die studie werden de risicofactoren bij patiënten met coronair lijden onder de loep genomen. Daarbij werd aangetoond dat een zeer klein percentage van de patiënten de aanbevelingen voor een preventieve levenswijze goed naleeft. Prof. De Backer merkt nog op dat obesitas uiteraard een veel groter probleem

is in de Verenigde Staten dan bij ons. Anderzijds blijken de Europeanen het minder goed te doen, wat de strijd tegen roken en arteriële hypertensie betreft.

Twee delen

Die evolutie maakt dat de klassieke preventieve strategie van de laatste jaren, die vooral gericht is op hoogrisicopersonen, meer en meer op de helling wordt gezet, ook al blijft ze logisch voor de arts in zijn individuele praktijk.

Zoals de experts van de Belgische Cardiologische Liga recentelijk nog hebben gezegd naar aanleiding van de lancering van de campagne ikcoachmijnhart.be, kan een groot aantal mensen met een laag risico meer cardiovasculaire accidenten ontwikkelen dan een klein aantal mensen met een hoog risico.

Dat is dus één strategie, die uit twee delen bestaat. Een deel moet de mensen ervan overtuigen om een ongezonde levenswijze te ver-

anderen, en een ander deel richt zich individueel op patiënten met een hoog risico.

Het belang van het streven naar een gezondere levenswijze werd tien jaar geleden al bewezen met de bijzonder frappante resultaten (1) van de Nurses Health Study, een cohortstudie die werd uitgevoerd bij bijna 8.000 vrouwen zonder cardiovasculaire aandoening. De absolute meerderheid (82%) van de coronaire accidenten die zich hebben voorgedaan tijdens de follow-up van 14 jaar, had er mee te maken dat de aanbevelingen voor een gezonde levenswijze ter preventie van hart- en vaataandoeningen niet werden nageleefd. Op populatieniveau is dus nog een enorm potentieel om cardiovasculaire incidenten te verminderen.

M. E.

1. Stampfer M et al. N Engl J Med. 2000;343:16.

Nu ook betere richtlijnen voor volwassenen met congenitale aandoeningen

In het verleden werden aangeboren hartaandoeningen geassocieerd met kindergeneeskunde. Zo is er een klasse van patiënten ontstaan die tussen twee stoelen in viel, namelijk de volwassenen met congenitale misvormingen. De nieuwe richtlijnen besteden nu ook aandacht aan die patiënten.

Aangeboren hartaandoeningen stellen uiteraard in de eerste plaats problemen tijdens de kinderjaren. De kindercardiologie heeft dan ook enorme vooruitgang geboekt. Maar sommige aangeboren misvormingen kunnen niet eenvoudig en definitief worden verholpen, terwijl de overleving van die kinderen in de loop van de jaren verbeterde.

Dat maakt dat we nu almaar vaker volwassenen zien met een aangeboren hartaandoening, een concept dat we nog niet goed kunnen verzoenen met volwassenen. De geneeskunde heeft lange tijd het verwijt gekregen dat ze kinderen beschouwden als kleine volwassenen, maar hier heeft zich zowat het omgekeerde afgespeeld. Bij sommige aangeboren aandoeningen werden onvol-

doende studies uitgevoerd om een EBM-strategie uit te stippelen, maar toch werd de laatste zeven jaar veel vooruitgang geboekt, namelijk sinds de publicatie van de vorige ESC-richtlijnen in 2003. De nieuwe richtlijnen vormen geen breuk met die van 2003, maar vullen ze aan en zijn complexer (1). Ze weerspiegelen in feite de complexiteit van het probleem zelf.

Sneller ingrijpen

Buiten het zuiver wetenschappelijke aspect zijn we ons de laatste jaren ook beter bewust geworden van de problemen waarmee die patiënten worden geconfronteerd. Daardoor wordt er nu meer nadruk gelegd op hartinsufficiëntie en elektrofysiologie. Een voorbeeld aan de hand van de tetralogie van Fallot en plaatsing

van een pulmonalkunstklep. Vroeger waren chirurgen zeer restrictief en werd alleen een kunstklep geplaatst in geval van symptomatische pulmonalisinsufficiëntie en dilatatie van het rechterventrikel.

De nieuwe richtlijnen bespreken evenwel de indicaties bij totaal asymptomatische patiënten. We kunnen nu beter het risico op plotselinge cardiale dood evalueren bij patiënten met een tetralogie van Fallot. Ook bij andere aandoeningen zoals de ziekte van Marfan en een bicuspidale aortaklep is er nu een tendens om sneller in te grijpen. De ontwikkeling van nieuwe technieken, zoals percutane plaatsing van een pulmonalkunstklep, biedt nieuwe mogelijkheden op dat vlak.

Maurice Einhorn

Ook bergaf lopen, is goed voor het hart

Mensen die zich niet in staat voelen om hellingen te beklimmen om lichaamsbeweging te nemen, hebben nu een interessante optie: de berg afdalen. Dat is beter dan een zittend leven, volgens een Oostenrijkse studie.



Bergaf lopen, is goed voor het hart. Het is in elk geval veel beter dan helemaal geen beweging, zeker als je de Oostenrijkse bergen voor ogen neemt.

De studie werd er uitgevoerd in Feldkirch. Daar werden de gunstige metabole effecten van bergaf wandelen vergeleken met die van helemaal geen lichamelijke inspanning. De uitkomst lag niet voor de hand. Algemeen werd immers aangenomen dat alleen concentrische oefeningen met een verkorting van de spieren, zoals bij het beklimmen van een

helling, gunstige metabole effecten hadden. Van excentrische oefeningen zoals een afdaling werd gedacht dat ze nauwelijks gunstige metabole effecten zouden hebben. Bij 93 gezonde mensen werd echter een daling van de nuchtere glykemie en van het CRP-gehalte aangetoond, tijdens het bergaf wandelen. Een interessant perspectief dus voor mensen die het moeilijk hebben met min of meer zware inspanningen.

M. E.

Drexel H et al. ESC 2010.

Intensiteit lichaamsbeweging heeft impact op het hart

Geen of te weinig lichaamsbeweging verhoogt ongetwijfeld het cardiovasculaire risico, maar hoe zit het met excessen zoals, extreme lichamelijke inspanningen?

Dat onvoldoende lichaamsbeweging schadelijk is op cardiovasculair vlak staat buiten kijf. Dat aspect wordt vaak benadrukt. Ook al omdat een sedentair leven – net zoals een onevenwichtige voeding en rookgedrag – perfect kan worden vermeden door een aanpassing van de levensstijl.

Elke dag een eindje wandelen met een stevige tred is optimaal. Mooi zo, horen we u zeggen, maar zouden te veel lichaamsbeweging en vooral dan forse en extreme lichamelijke inspanningen niet even nefast zijn als helemaal geen lichaamsbeweging? De vraag werd gesteld op het moment dat het succes van de marathon almaar meer toenam, met een opbod tussen triatlon, dubbele en zelfs drievoudige marathon. Telkens als

zeer getrainde mensen in staat blijven tot inspanningen die onmogelijk leken, duiken er opnieuw andere atleten op die zich aan een nog zwaardere proef willen wagen. Of dat gevolgen heeft voor de gezondheid en meer bepaald voor de gezondheid van het hart, weten we eigenlijk niet.

Groen licht

Het Karolinska Instituut en de Swedish School of Sport and Health Sciences hebben een studie uitgevoerd bij sporters die deelnamen aan de Adventure Racing World Championship. Dat is een uithoudingsproef die plaatsvindt over 800 kilometer op wisselende terreinen, met mountainbike, trekking, kajak en rolschaatsen. De tocht duurt vijf tot

zeven dagen. De studie werd uitgevoerd bij 15 deelnemers (twaalf mannen en drie vrouwen met een hart van normale grootte), die bepaalde sporttakken continu uitvoerden gedurende 150 uur, met een gemiddelde arbeidsintensiteit van 40% van het maximale VO₂-gebruik.

Hoewel de hartfrequentie urenlang verhoogd bleef als gevolg van de extreme inspanning, bleken de atleten op cardiovasculair vlak objectief nauwelijks enige last te hebben van die toch bovenmatige inspanning. Enkel een paar laboratoriummarkers stegen korte tijd (1). De deelnemers die de beste resultaten behaalden tijdens deze proef, vertoonden overigens het minst hartstoornissen. In een studie van de Case Western Reserve



Het is nog niet duidelijk of extreme sportinspanningen schadelijk zijn voor het hart.

University in Cleveland werd een banalere proef geanalyseerd, een gewone marathon (2). Bij de overgrote meerderheid van de marathonlopers werden geen cardiovasculaire problemen waargenomen.

Of toch maar niet?

Maar de Universiteit van Liverpool laat een heel ander geluid horen. Vorschers van die universiteit hebben een studie uitgevoerd bij 45 deelnemers die 80 tot 150 kilometer liepen (Lakeland Races) in het noorden van Engeland. Bij de overgrote meerderheid van de lopers werd een stijging van het troponine I-gehalte vastgesteld, wat zou kunnen getuigen van beschadiging van het hart. Vaak werden ook electrocardiografische afwijkingen vastgesteld. De auteurs van de studie (3) merken zelfs op dat 12% van de deelnemers significante tekenen van

hartletsel vertoonde. Aanvullende gegevens, die later op het jaar op EUROECHO zullen worden gepresenteerd, wijzen bovendien op een significante daling van de hartfunctie. Volgens de hoofdauteur van de studie, John Somauroo, zou het goed kunnen dat 80 tot 150 kilometer lopen slecht is voor het hart. Een mogelijke verklaring voor die tegenstrijdige bevindingen zou zijn dat de intensiteit van de inspanning die in de Zweedse studie werd geleverd, niet zo hoog was. Volgens Dr. Mattsson is het dus waarschijnlijk de intensiteit van de inspanning die een impact heeft op het hart, eerder dan de duur van de inspanning, ook al is die zeer lang.

Te volgen dus.

Maurice Einhorn

1. Mattsson CM et al. ESC 2010.
2. Knebel F et al. ESC 2010.
3. Somauroo J et al. ESC 2010.

Revascularisatie door angioplastiek

Onvolledige interventie kan bij weinig complexe ziekte

Kunnen we ons veroorloven om een onvolledige revascularisatie uit te voeren? Als de letsels niet te complex zijn, kan het blijkbaar wel. In de andere gevallen moet worden geopteerd voor chirurgie.

De richtlijnen van de European Society of Cardiology brengen weinig bij over het thema, daarom werd de vraag beantwoord op het congres. Patiënten met complexe letsels bij wie geen volledige revascularisatie kan worden verkregen met angioplastiek, moeten chirurgisch worden behandeld. Bij minder complexe letsels is een onvolledige revascularisatie met een PCI een valabel alternatief, zoals blijkt uit de resultaten van de ARTS-II-studie (Arterial Revascularization Therapies Studies - part II). Dat is een Europese, multicentrische studie die werd geleid door een groep van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Doel van het onderzoek was aanvankelijk om de veiligheid en de doeltref-

fendheid van een met sirolimus ge-coate stent te evalueren bij patiënten met een nieuwe meertaksziekte. Beide scores werden ook vergeleken met die van de naakte stent die in de ARTS-I-studie werd gebruikt. De auteurs hebben de klinische resultaten geanalyseerd van 567 patiënten bij wie overbruggingen werden aangelegd in de ARTS-I-studie, en van 585 patiënten bij wie een actieve stent werd geplaatst in de ARTS-II-studie. De patiënten uit die laatste studie kregen gemiddeld 3,7 stents met een gemiddelde totale lengte van 72,5 mm per patiënt.

Extra argument

De patiënten bij wie een onvolledige revascularisatie werd verkregen

bij PCI, d.w.z. residuele stenose > 50% na de PCI (wat het geval was bij 38,8% van de patiënten), werd gestratificeerd volgens de SYNTAX-score.

Bij de patiënten met een onvolledige revascularisatie was de overleving enkel bij de patiënten met een SYNTAX-score in het hoogste tertiel significant slechter dan bij de patiënten bij wie een volledige revascularisatie kon worden uitgevoerd.

Volgens de auteurs levert de studie dus extra argumenten op om een chirurgische revascularisatie te verkiezen bij patiënten met complexe letsels en een hoge SYNTAX-score.

M. E.

Sarno G et al. ESC 2010.

Vitamine D prognostisch bij hartinsufficiëntie

De overleving bij patiënten met hartinsufficiëntie is slechter als de vitamine D-spiegel laag is.

In een studie die werd uitgevoerd aan het universitaire ziekenhuis van Groningen werd aangetoond dat de overleving van patiënten met hartinsufficiëntie en een lage vitamine D-spiegel slechter is dan die van patiënten met een normale vitamine D-spiegel. De resultaten geven ook een mogelijke verklaring voor die vaststelling. Een lage vitamine D-spiegel ging immers gepaard met een activering van het renine-angiotensinesysteem (en dat systeem is uiteraard zeer belangrijk bij hartinsufficiëntie) en met een afwijkend cytokineprofiel. Patiënten met hartinsufficiëntie zijn vaak aan bed gekluisterd en komen dus weinig in de zon, een indirecte bron van vitamine D. Er zijn stevige aanwijzingen dat vitamine D het risico op bepaalde

chronische ziekten verlaagt.

In deze studie werden de vitamine D-spiegels gemeten op meer dan 500 plasmastalen van patiënten met hartinsufficiëntie. Als basis werden de gegevens gebruikt van de COACH-studie (Coordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counselling in Heart failure). Die ontdekking zou ons ook een beter inzicht moeten geven in de pathofysiologische mechanismen van hartinsufficiëntie, hopen de auteurs. De studie vertoont evenwel enkele beperkingen en daarom moet een gerandomiseerde, gecontroleerde studie op touw worden gezet voor we definitieve conclusies kunnen trekken.

M. E.

Referentie:
Liu LCY et al. ESC 2010.

EZETROL[®]
(ezetimibe)



Please consult the scientific product circular before prescribing

INEGY[®]
(ezetimibe/simvastatine)

Simvastatine + ezetimibe, interessante synergie

De statines hebben sinds lang en op een briljante wijze hun doeltreffendheid bewezen inzake reductie van LDL-cholesterol alsook hun gunstig cardiovasculair effect. Maar wat moeten we doen voor patiënten bij wie de daling van LDL-C de streefwaarden niet bereikt? De combinatie van simvastatine en ezetimibe brengt voor deze subpopulatie een logische en krachtige oplossing.

De introductie van de statines, eind jaren '80, bracht zonder enige twijfel een revolutie teweeg in de behandeling van dyslipemie. "Een hele reeks studies, in de jaren die volgden, heeft hun capaciteit aangetoond om zowel de LDL-cholesterolwaarden in het bloed als het aantal coronaire accidenten te doen dalen", zegt Prof. Anselm Gitt (Ludwigshafen, RFA). En die doeltreffendheid werd nadien bevestigd in meta-analyses, zoals die van Baigent et al, die in 2005 in *The Lancet* werd gepubliceerd¹. Deze meta-analyse concludeerde dat de behandeling met statines de incidentie van majeure coronaire accidenten en van CVA op 5 jaar met ongeveer een vijfde terugdringt per mmol/l afname van LDL-C. De statines blijven dus de belangrijkste pijlers in de hypolipemiërende behandeling, naast aanbevelingen voor een gezonde leefstijl.

De laatste aanbevelingen van de ESC² dringen sterk aan op een nog betere controle van de risicofactoren bij personen met een hoog risico op cardiovasculaire accidenten, in het bijzonder bij patiënten met antecedenten van cardiovasculaire accidenten of met diabetes. Farmacotherapie is een fundamenteel element in de aanpak van hoog-risicopatiënten met geobjectiverde atherosclerose. Jammer genoeg zijn deze *guidelines* onvoldoende gekend. Volgens een studie die in 2005³ werd gepubliceerd, leidt een betere kennis tot betere resultaten in de behan-



Prof. Anselm Gitt, Ludwigshafen, RFA.

deling van de cardiovasculaire risicofactoren door huisartsen en internisten. Een studie⁴ heeft overigens aangetoond dat de cholesterolafname telt voor ongeveer een kwart van de verschillende factoren die hebben bijgedragen tot de afname van de cardiovasculaire sterfte.

Hypolipemiërende combinatietherapie brengt redding

Ondanks deze spectaculaire vooruitgang in de voorbije decennia, zijn er nog steeds heel wat patiënten die ondanks een optimale behandeling - meer bepaald met een statine - de vooropgestelde streefwaarden voor LDL-C, triglyceriden of HDL-C helemaal niet bereiken. Dat geldt in het bijzonder in de groep van hoog-risicopatiënten. Zo toonden recent nog de resultaten van de DYSIS-studie⁵ aan.

Ze werden voorgesteld tijdens het ESC-congres in 2009. Het goede nieuws is, zo benadrukte nog Prof. Gitt, "dat er nog ruimte is voor verbetering" en dat een alternatieve optie berust op combinatietherapie. Vanuit dat oogpunt, merkt Prof. Alberto Corsini (Milaan) op, zijn er verschillende mogelijkheden, met name statine+ezetimibe, statine+BAS (colesvelam), statine+niacine, statine+ezetimibe+BAS en statine+ezetimibe+niacine.

De combinatie simvastatine-ezetimibe (Inegy[®]) heeft in ieder geval haar doeltreffendheid bewezen. We weten dat overschakelen naar deze combinatie doeltreffender is dan het opdrijven van de statinedosis. De combinatie biedt het voordeel het mechanisme eigen aan ezetimibe te combineren met dat van het statine. Beide verbindingen werken immers op verschillende niveaus van het cholesterolmetabolisme.

De vergelijking tussen deze combinatie en simvastatine alleen, toont, voor de maximale dosis van 10/80 mg een afname van LDL-C met 61%, versus 46% voor simvastatine 80 mg⁵.

De EASEGO-studie bevestigt dat de combinatie simvastatine-ezetimibe doeltreffender is dan het verdubbelen van de statinedosis⁶. Prof. Corsini benadrukt dat de cholesterolafname op zich een belangrijker effect heeft dan de pleiotrope effecten van de statines op de verbetering van de endotheelfunctie en de inflammatoire markers⁷.

Behalve de afname van LDL-C, die

erg duidelijk is, doet ezetimibe ook HDL-C stijgen en de triglyceride-waarde dalen. En, zo benadrukt Ronnie Willenheimer (Malmö), de neveneffecten zijn vergelijkbaar, of zelfs minder uitgesproken dan in de optie waarbij de statinedosis maximaal wordt opgedreven. We kunnen hopen, aldus nog Willenheimer, op LDL-C-reducties die groter zijn dan onder behandeling met een statine alleen.

De IN-CROSS-studie, bijvoorbeeld, toont de superioriteit aan van de combinatie simvastatine+ezetimibe tegenover rosuvastatine⁸, terwijl IN-PRACTICE deze combinatie vergeleek met rosuvastatine en atorvastatine en ook de superioriteit heeft vastgesteld van de combinatie tegenover een statine alleen⁹. Tot slot heeft een studie die werd voorgesteld tijdens het ESC-congres in 2009¹⁰ aangetoond dat de maandelijkse kostprijs van de behandeling met simvastatine+ezetimibe duidelijk

lager ligt per percentage LDL-C-afname dan het prijskaartje voor twee referentiestatines.

1. Baigent C et al. *Lancet*. 2005;**366**:1267
2. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines>
3. Heidrich J et al. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005;**12**:521
4. Ford ES et al. *N Engl J Med*. 2007;**356**:2388
5. Goldberg AC et al. *Présentation congrès AHA 2004*
6. Van Lennepe HW et al. *Curr Med Res Opin*. 2008;**24**:685
7. Settergren M et al. *Eur Heart J*. 2008;**29**:1753
8. Farnier M et al. *Int J Clin Pract*. 2009;**63**:547
9. McCormack T et al. *Int J Clin Pract*. 2010;**64**:1052.
10. Punekar YS et al. *ESC Meeting 2009*

Naar een satelliet Symposium georganiseerd door MSD in het raam van het congres van de Europese Vereniging voor Cardiologie 2010 (ESC, 28 augustus-1 september, Stockholm).

Mededeling van Merck Consumer Healthcare

Lancering Rhumal[®] EXTRA Merck Consumer Healthcare n.v./s.a. heeft het genoegen u te informeren over de lancering van Rhumal[®] EXTRA, een natuurlijk en gepatenteerd extract op basis van hyaluronzuur en collageen in orale vorm. Het hyaluronzuur, een belangrijk bestanddeel van het synoviaal vocht, versterkt de viscositeit van dit natuurlijk smeermiddel. Rhumal[®] EXTRA zal dus helpen om de wrijving van het kraakbeen te verminderen,

de schokken te absorberen en de flexibiliteit van de gewrichten te behouden. Het goed geolieerde synoviaal vocht zal optimaal bijdragen tot de goede werking van de gewrichten.

Rhumal[®] EXTRA is beschikbaar in dozen van 60 capsules. De posologie bedraagt 1x2 caps per dag gedurende 2 maanden, gevolgd door 1 caps per dag. Het is steeds aan te raden de kuur gedurende minimum 3 maanden voort te zetten.

Medicamenten die rosiglitazone bevatten van de markt gehaald

GlaxoSmithKline (GSK) bevestigt dat volgend op de herziening van Avandia[®] (rosiglitazone maleaat) door het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) en de US Food and Drug Administration (FDA), elk agentschap hun individuele regelgevende beslissingen en de daarbijkomende maatregelen meegedeeld hebben.

In de Europese Unie, heeft de EMA de opschorting van de vergunning voor het in de handel brengen bevolen van alle geneesmiddelen die rosiglitazone bevatten (Avandia[®] en Avandamet[®]). Daarom worden de artsen in Europa aangeraden om patiënten die vandaag Avandia[®] of Avandamet[®] gebruiken over te schakelen naar alternatieve behandelingsopties. De EMA heeft besloten dat de opschorting gehandhaafd zal blijven tenzij er

nieuwe overtuigende gegevens overhandigd worden die bewijzen dat de voordelen van het geneesmiddel voor een bepaalde categorie van patiënten opnieuw opwegen tegen de risico's.

In de VS zullen alle geneesmiddelen die rosiglitazone bevatten (Avandia[®], Avandamet[®] en Avandaryl[®]) beschikbaar blijven doch echter met bijkomende veiligheidsinformatie in de bijsluiter en extra beperkingen voor het gebruik. De FDA eist ook een "Risiko Evaluatie en Mitigatie Strategie" (REMS) programma met bijkomende maatregelen om de veiligheid van het geneesmiddel te waarborgen.

Naar een persmededeling van GSK

Sitagliptine + metformine, een optimale keuze voor de behandeling van type 2 diabetes

Resultaten van een 30 weken durende multinationale studie tonen aan dat de toevoeging van sitagliptine, een DPP-4-inhibitor, aan een lopende metforminetherapie voor eenzelfde daling van de hoeveelheid glucose in het bloed zorgt als de toevoeging van glibenclamide, een sulfonylureumderivaat dat vaak wordt gebruikt bij patiënten met diabetes type 2. Uit de studie, die tijdens de jaarlijkse vergadering van de European Association for the Study of Diabetes (EASD) werd voorgesteld, blijkt eveneens dat een behandeling met sitagliptine en metformine significant minder gepaard gaat met hypoglykemische episoden en met meer gewichts-

verlies dan de combinatie van glibenclamide en metformine. Deze twee factoren zijn uiteraard zeer belangrijk voor de lange termijn behandeling van type 2 diabetes.

In een populatie met een gemiddelde HbA1c-basislijn van 7,5% werd een vergelijkbare daling van de hoeveelheid glucose in het bloed vastgesteld bij sitagliptine en glibenclamide (gemiddelde verandering ten opzichte van de basislijn bedroeg respectievelijk -0,47 procent en -0,54 procent; het gemiddelde verschil was niet significant). 22% van de patiënten die met glibenclamide werden behandeld, maakte melding van hypoglykemie, terwijl dat bij de patiënten die met sitagliptine wer-

den behandeld slechts 7% was. Sitagliptine is een hoogselectieve, eenmaal daagse DPP-4-inhibitor die het incretinesysteem helpt om de bloedsuikerspiegel te regelen door de hoeveelheid actieve GLP-1 en GIP-hormonen te verhogen. Een eenmaal daagse dosis van 100 mg sitagliptine remt het DPP-4-enzym gedurende het hele dosisinterval van 24 uur.

Naar een persmededeling van MSD, dat sitagliptine in België commercialiseert onder de naam Januvia[®].

Mededeling Van Rottapharm-Madaus

Nieuwe smaak CALX PLUS VANILLE[®] Rottapharm-Madaus wenst U op de hoogte te brengen dat vanaf 1 oktober Calx Plus Chocolate wordt uitgebreid met een nieuwe smaak: CALX PLUS VANILLE zonder suiker.

Beide zijn een formule met essentiële elementen voor gezonde botten en meest originele galenische vorm voor een betere compliance.

Doos van 60 kauwtabletten.

COVERSYL®
PERINDOPRIL

5mg, 10mg & Plus
ook beschikbaar in
90 tab.



SERVIER

Cultuurwijzer

Artsenkrant

www.artsenkrant.com

CULTUURCOORDINATOR: Stefan Eraly - Tel.: 02/333.34.16 - Fax: 02/332.38.85 - E-mail: stefan.eraly@be.cmpmedica.com - MEDEWERKERS: Peter Anthonissen, Lien Bielen, Johan Copermans, Tom Eelen, August Mees, Sofie Messeman, Geneviève Ostyn en Gerard Van Swieten.

Le Concert Olympique op Caeyers' wijze

Jan Caeyers lanceert na tien jaar Beethoven Academie en na zeven jaar werken aan een Beethovenbiografie een nieuw orkest. Met Le Concert Olympique wil hij de muziek van Haydn, Mozart en Beethoven in een nieuw daglicht plaatsen.

Met Le Concert Olympique begint Jan Caeyers met een jonge generatie musici aan een nieuw project. "Er zijn een aantal ervaren rotten, maar vooral veel twintigers," vertelt Jan Caeyers. "Le Concert

blijft dat we de muziktaal uit die tijd respecteren. De nieuwe generatie musici is zeer vertrouwd met de historische uitvoeringspraktijk. Marcel Ponsele van het Collegium Vocale heeft ook actief meegewerkt aan het vormen van onze blazersgroep. Voor de trompetten en pauken gaan we oude instrumenten gebruiken, en de dwarsfluiten zullen op termijn ook volgen, maar de rest is modern instrumentarium."

Privé-orkest

"De eerste subsidieaanvraag voor het nieuwe orkest werd afgewezen omdat de Vlaamse Overheid niet iedere dirigent zijn eigen orkest wil geven," zegt Jan Caeyers die momenteel financieel gesteund wordt door 13 bedrijven. "Ik wil echter een ploeg creëren die voor mijn agenda gaat. Bij bestaande orkesten werk van Beethoven of Mozart gaan dirigeren is geen optie. Ik wil niet terechtkomen in een situatie waar ik telkens gedurende één week een deal moet sluiten met een orkest om mijn ding te kunnen doen. Een orkest op maat van dit repertoire werkt helemaal anders dan een bestaand symfonieorkest. Bij Haydn, Mozart of Beethoven moet je tijdens de repetities een groot parcours afleggen, waarbij de persoonlijkheid van de dirigent veel meer doorweegt. Ik ben ervan overtuigd dat de goede orkesten voor dit repertoire gemaakt zijn op maat van de dirigent. Hij moet beslissingen nemen en een kader creëren waarbinnen de individualiteit van de musici zich kan ontwikkelen. Vanuit mijn visie op de muziktaal en mijn totaalconcept zoeken de muzikanten tijdens repetitieproces hun eigen weg en zo creëren ze een surplus dat ik niet kan sturen."

Volgens Jan Caeyers mag vernieuwing ook niet de enige drijf-

veer zijn om ensembles te subsidiëren. "Als gemeenschap kan je dit soort projecten niet van bovenuit dicteren," zegt de dirigent. "In Vlaanderen zou men toch moeten weten dat de rijkdom van het huidige muzikale landschap precies het gevolg is van een gezonde anarchie. Het zijn de

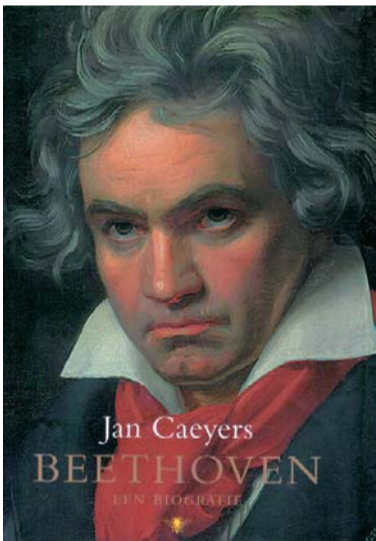
nieuwingsdiscussie werkt al even verlamd op de muziekwereld als op de wetenschap. Door een soort van bureaucratische verkrampting bij de overheid durven ook wetenschappers steeds min-

der risico's meer nemen zodat fundamenteel onderzoek vaak achterwege blijft."

Onbekende Beethoven

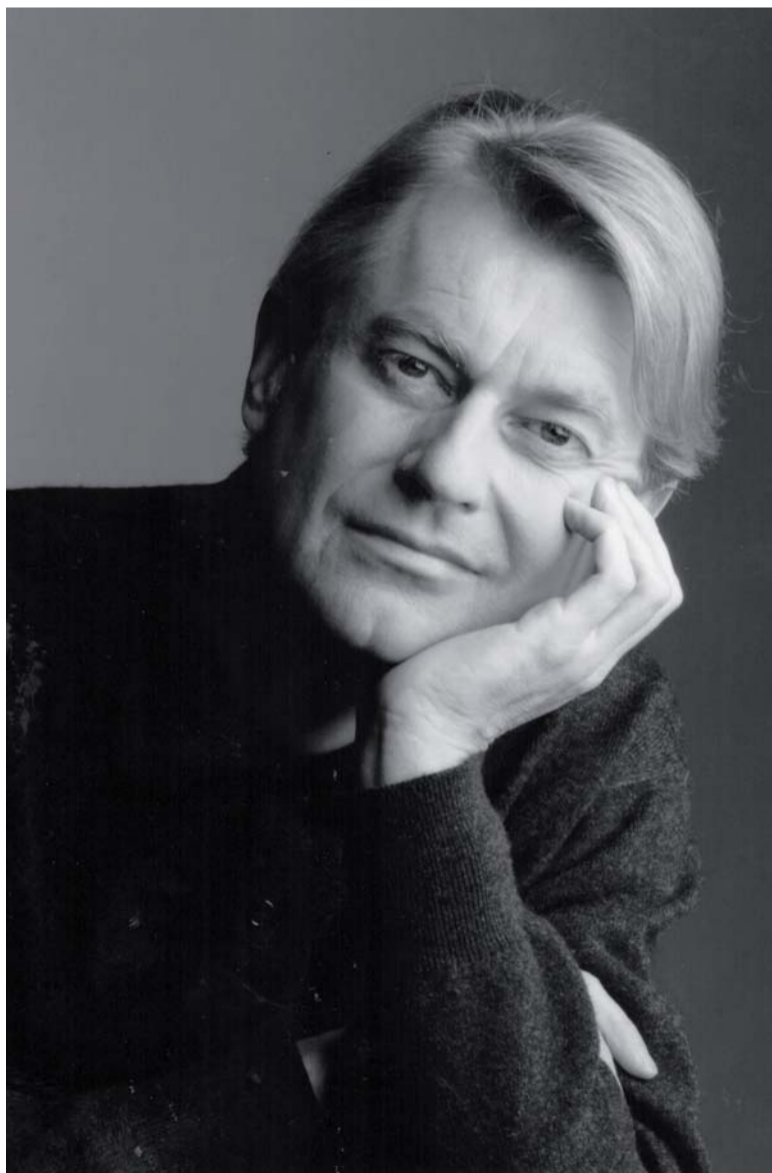
Natuurlijk heeft het schrijven van de uitgebreide Beethovenbiografie zijn sporen nagelaten op de Beethovendirigent Jan Caeyers. "Ik kom tot Beethoven vanuit mijn ervaring en inzichten," zegt Caeyers, "en het verschil met van Immerseel of Herreweghe is misschien relatief klein, maar precies die marge maakt het interessant voor de luisteraar. De mensen kennen in principe de symfonieën van Beethoven. Waarom verplaatsen ze zich naar een concertzaal? Ze willen een authenticiteit of originaliteit beleven waardoor ze vergeten dat ze het werk eigenlijk al kennen. Daarin speelt de persoonlijkheid van de dirigent en de identiteit van zijn orkest een grote rol. Ik wil ook veel onbekende stukken van Beethoven en werk van zijn tijdgenoten laten horen. Want ik ben gefascineerd door de Beethoven die de mensen nog niet kennen. De inzichten die daaruit naar boven komen gaan ook doorwerken in muziek die we al wel dachten te kennen. Zeven jaar geleden vroeg men zich af waarom ik nog een boek over Beethoven wilde schrijven. Alles was toch al over hem geweten? Achteraf is gebleken dat er redenen te over waren om dat te doen. En zo is ook een ander beeld van de componist ontstaan. Het oprichten van dit orkest heeft uiteindelijk hetzelfde doel."

Op het programma van het eerste concert van Le Concert Olympique staat de symfonie nr. 88 van Joseph Haydn, het eerste pianoconcerto van Ludwig van Beethoven met Frank Braley als solist en de tweede symfonie van dezelfde componist.



Olympique is een mengeling geworden van mensen die ik al langer ken en daarnaast veel nieuwe musici die we via audities en workshops in Parijs en Antwerpen geselecteerd hebben. De musici, waarvan een derde uit het buitenland komt, zullen voor elke productie één week samenkomen om te repeteren. We willen voorlopig twee projecten per jaar doen, en op termijn tot maximaal vier projecten gaan. Elke productie moet er op alle vlakken staan, en dat kan alleen als er geen routine is, als we een mechanisch productieproces vermijden. We moeten er over waken dat de gretigheid blijft."

Ook al zal het repertoire van het nieuwe orkest enkel uit het classicisme komen, het ensemble bespeelt grotendeels moderne instrumenten. "Ik denk dat de vraag naar de authenticiteit van het instrumentarium terecht, maar slechts gedeeltelijk relevant is," zegt Jan Caeyers. "Het belangrijkste



muzikanten die de weg moeten aangeven, niet de overheid. In mijn Beethovenboek kan je lezen dat Beethoven, toch een van de grootste vernieuwers van de muziekgeschiedenis, beweert dat ver-

nieuwingsdiscussie werkt al even verlamd op de muziekwereld als op de wetenschap. Door een soort van bureaucratische verkrampting bij de overheid durven ook wetenschappers steeds min-

Tom Eelen

Op woensdag 13 oktober om 20 uur in deSingel te Antwerpen - www.desingel.be - tel. 03/248.28.28



Filmfestival van Gent 2010

Filmmusic maestro!

Van 12 tot 23 oktober vindt het 37ste Internationaal Filmfestival van Vlaanderen-Gent plaats. Naast films van Belgische en internationale makelij ligt als altijd de nadruk ook op filmmuziek. Niet te missen is de tentoonstelling gewijd aan Jacques Tati.

België's grootste filmfestijn wordt in gang geschoten met de komedie *Smoorverliefd*, de derde langspeelfilm van Hilde Van Mieghem met daarin onder anderen haar dochter Marie Vynck en Veerle Dobbelaere. Heel wat Vlaamse films op de affiche trouwens. Twee regisseurs stellen hun moeilijke tweede film voor. Koen Mortier gooid het na *Ex-drummer* over een heel andere boeg met *22 Mei*. Zo ook Alex Stockman die na het -helaas- enkel door enkele cinefielen

gesmaakte *Verboden te Zuchten* nu *Pulsar* afleverde met een kanjer van een hoofdacteur: Matthias Schoenaerts. Na een erg succesvolle doortocht in Cannes komt Gust Van den Berghe in Gent zijn debuut *En waar de sterre bleef stille staan* voorstellen, een film met in de belangrijkste rollen acteurs met een mentale handicap van Theater Stap.

Al deze Belgische films zullen niet misstaan tussen het talrijke internationale geweld dat verspreid zit over de verscheidene secties en compe-

tities van het festival. Misschien wel de grootste naam krijgen we op het einde van het festival want de Gouden Leeuw van Venetië 2010, *Some-where* van Sofia Coppola sluit Gent af.

Uit het gigantische aanbod geven we u nog twee filmtips mee. *Mother and Child* van Rodrigo Garcia is een uiterst ontroerende (zeg maar een tearjerker, maar dan van de betere soort) film over enkele moeders of moeders in spe van divers plumeau en verschillende leeftijden. De talrijke verhaallijnen vallen op het eind mooi samen en ook al mocht het dan iets minder zeemzoeterig, de vertolkingen van Annette Benning en Naomi Watts vegen dat minpuntje onder de mat. Van sentimentaliteit geen sprake in *Submarino*, de nieuwste van Thomas Vinterberg, de Deense regisseur die ons ooit het fenomenale *Festen* schonk. Vorige week hadden we het hier over *Illégal*. *Submarino* deelt met die film dezelfde mix van menselijkheid en rauwheid en heeft als protagonisten eveneens mensen die door de maatschappij uitgespuwd werden en trachten te overleven. Opnieuw niet louter kommer en kwel, wel humanisme en warmte.

In de rand

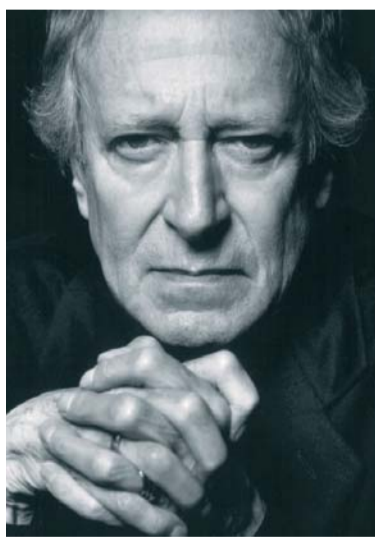
Het luik Almost Cinema is traditiegetrouw een buitenbeentje op het filmfestival van Gent. In co-productie met Kunstencentrum Vooruit vind je hier virtueuze installaties, concerten, performances en een expo die u via een parcours doorheen de hele



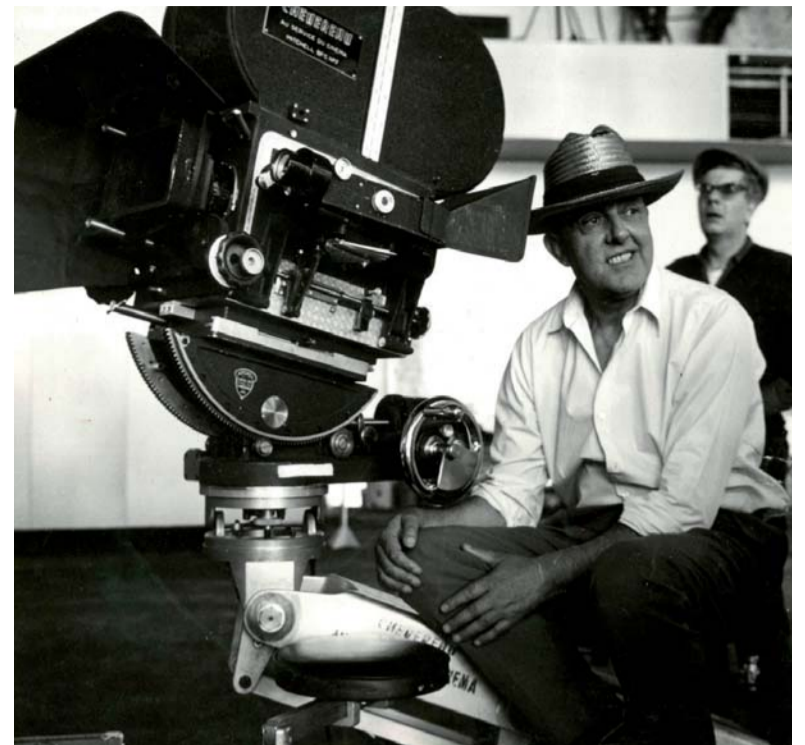
Tim Robbins kan ook musiceren.



Naomi Watts en Samuel L. Jackson in *Mother and Child*.



John Barry, levende legende in Gent.



Expo brengt ode aan het genie Tati.



Na Cannes nu Gent: En waar die sterre bleef stille staan.

Vooruit loodst. Een absolute aanrader. Maar er staan natuurlijk ook films op het programma van Almost Cinema. Openingsfilm in de Vooruit is *Exit Through The Gift Shop* van Thierry Guetta over 's werelds beroemdste en meest mysterieuze graffitikunstenaar Banksy.

Het filmfestival van Gent heeft al jaren filmmuziek als absolute dada. De tiende verjaardag van de World Soundtrack Awards wordt gevierd met liefst tien filmcomponisten in concert. Daarnaast is er een apart concert van John Barry (*James Bond-films*, *Out Of Africa*, *Dances With Wolves*). Daarmee is de link gelegd naar Kevin Costner die vorig jaar met zijn groep optrad in Gent. In 2010 krijgen we opnieuw een concerterende acteur, Tim Robbins ditmaal. Met The Rogues Gallery Band brengt hij folk en americana.

Tati forever

Nog het meest kijken we misschien wel uit naar de grote tentoonstelling over Jacques Tati: *Deux Temps, Trois Mouvements*. De tentoonstelling wordt op 14 oktober officieel geopend door de Frans-Griekse regisseur en voorzitter van La Cinémathèque française, Costa-

Gavras (Z). Gent is na Parijs slechts de tweede stad waar de expositie te zien is.

Dankzij een uitzonderlijke foto-collectie, affiches, rekwisieten, kostuums, maquettes, storyboards en filmfragmenten krijgt u inzage in Tati's leven en werk. In het onderdeel 'Music Hall' ontdek je zijn beginjaren als pantomimespeler. Wat verderop zie je de fiets van 'facteur' François uit het onvergetelijke *Jour de Fête*. U denkt onmiddellijk aan Monsieur Hulot, als u de naam 'Tati' hoort? Geen probleem, u kan wandelen langs en door decorstukken uit zowel *Mon Oncle* als *Playtime*. Alle films (zowel lang als kort) van Tati worden opnieuw vertoond in de sectie 'Het geheugen van de film'.

'Er zit te weinig humor in het festival' was naar verluidt één van de kritieken op de vorige edities. Met Tati krijgen we er alvast van het meest verfijnde niveau, getuige dit citaat van de meester zelve: *Je veux que le film commence quand vous quittez la salle.*

Stefan Eraly

Internationaal Filmfestival van Vlaanderen-Gent, van 12 tot 23 oktober op diverse locaties in Gent, alle info op www.filmfestival.be

PROTELOS®

Strontiumranelaat



Birmaanse gezondheidszorg in boek en op tv Geluk vinden in totaal gebrek

Vanaf volgende week loopt *Wildcard: Myanmar* op televisie. Voor deze vijfde reeks trok Ramsey Nasr samen met een groep geneeskundestudenten van de Universiteit Antwerpen onder leiding van de professoren Dirk Ysebaert en Luc Beaucourt naar Myanmar.

Enkele jaren geleden was er *Wildcard: Tanzania*, een televisiereeks waarin auteur, stadsdichter en multitalent Ramsey Nasr samen met biologiestudenten van de Universiteit Antwerpen in Tanzania terecht kwam. Nasr hield ook een dagboek bij tijdens die reis dat hij publiceerde onder de titel *Homo Socraticus*. Tweede etappe in de Wildcardreeks is Myanmar, het voormalige Birma, een land dat alleen in het nieuws komt door schendingen van de mensenrechten door de militaire junta die al jaren nobelprijswinnares Aung San Suu Kyi gevangenzet in haar huis.

Ook op het gebied van gezondheidszorg heeft dit land de slechtst denkbare reputatie. Een wonder dat Ramsey Nasr er in slaagde om met enkele geneeskundestudenten daar rond te reizen. Dat werd mogelijk dankzij professor Luc Beaucourt die hem samen met professor Dirk Ysebaert vergezelde. We konden al één aflevering uit de reeks bekijken en waren onder de indruk van de mix van mooie beelden, schrijnende toestanden en wisselende emoties. De artsen in spe mogen hun stage daar uitvoeren en dus voor het eerst met mensen 'werken'. Je ziet hun verwondering en blijdschap omdat ze echt een verschil kunnen maken. Daarnaast is er het scepticisme want ze moeten werken binnen de grenzen toegestaan door het regime. We zien de frustratie, zeker bij Ramsey Nasr die heel de tijd op zijn hoede is en voelt dat alles in kaart gezet wordt, dat ze opgelicht worden. In zijn 256 pagina's tellende dagboek, uitgegeven met de titel *In de Gouden buik van Boeddha* zegt hij pas op bladzijde 146 dat hij voor het eerst begon te twijfelen, in goede zin dan wel te verstaan, want alle pagina's daarvoor is het scepsis alom.

Gespleten lip

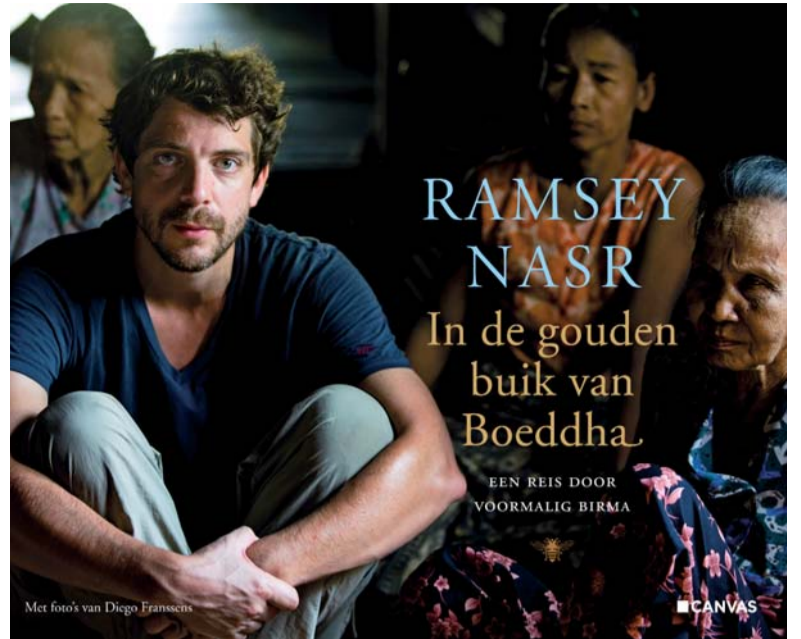
In aflevering twee en ook prachtig beschreven in het boek maakt Ramsey Nasr een operatie van een gespleten lip (zeg nooit hazenlip roept één van de artsen, het gaat hier om mensen, geen dieren) mee. Hij omschrijft de chirurgen daarna als verloskundigen, want voor ze binnengingen leken de patiëntjes amper menselijk. Na de operatie worden ze echt als mens geboren. Naast medische taferelen werpen reeks en boek ook een indringende blik op de cultuur van het land, meer bepaald op het boeddhisme in al zijn facetten. Dat resulteerde ook in

De televisie-reeks *Wildcard Myanmar* loopt vanaf 14 oktober om 20u40 gedurende vijf weken wekelijks op Canvas. Ramsey Nasr, *In de Gouden Buik van Boeddha*, verscheen gisteren bij Uitgeverij De Bezige Bij. De foto's van Diego Franssens worden nog tot 3 december tentoongesteld in de Kapel van de Grauwzusters (inschrijvingsruimte UIA), Lange Sint-Annastraat 7, 2000 Antwerpen, open tijdens de kantooruren van 9 tot 17 uur.

magnifieke foto's van de hand van de meegereisde fotograaf Diego Franssens. Vanaf deze week zijn ze te

bewonderen op een tentoonstelling in Antwerpen.

Stefan Eraly



FLASH INFO

Publieksprijs : 29,90 €
<21 jaar : 17,94 €

ellaOne®

De nieuwe orale noodanticonceptie significant doeltreffender dan levonorgestrel⁽¹⁾



July 2010



August 2010

⁽¹⁾ Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet* 2010;**375**: 555-562

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL

ellaOne 30 mg tablet

KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING

Elke tablet bevat 30 mg ulipristalacetataat. Hulpstoffen: elke tablet bevat 237 mg lactosemonohydraat.

FARMACEUTISCHE VORM Tablet. Witte tot gebroken witte tablet met ronde hoeken, waarin aan beide zijde de code "ella" is gegraveerd.

KLINISCHE GEGEVENS THERAPEUTISCHE INDICATIES

Noodanticonceptie binnen 120 uur (5 dagen) na onbeschermde seksuele gemeenschap of falen van de anticonceptie.

CONTRA-INDICATIES Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor een van de hulpstoffen.

BIJWERKINGEN

Bijwerkingen die door meer dan 10 procent van de proefpersonen die werden behandeld met ulipristal werden gemeld, waren hoofdpijn, misselijkheid en buikpijn. De veiligheid van ulipristalacetataat is tijdens klinische onderzoeken bij 4.718 vrouwen geëvalueerd. In de tabel hieronder worden de bijwerkingen vermeld die werden gerapporteerd in een fase III-onderzoek met 2.637 vrouwen. Verreweg de meeste bijwerkingen waren licht of matig van ernst en verdwenen vanzelf. De bijwerkingen hieronder zijn ingedeeld op basis van hun frequentie en systeem/orgaanklasse. Binnen iedere frequentiegroep worden bijwerkingen gerangschikt naar afnemende ernst.

MedDRA Systeem/ orgaanklasse	Bijwerkingen (frequentie)			
	Zeer vaak ≥1/10	Vaak ≥1/100 à <1/10	Soms ≥1/1000 à <1/100	Zelden ≥1/10.000 à <1/1000
Infecties en parasitaire aandoeningen			Vaginitis, Nasofaryngitis, Influenza, Urineweg infectie.	Conjunctivitis infectieus, Ooglet, infectie genitale haute
Voedings- en stof- wisselingsstoornissen			Stoornissen van de eetlust	Dehydratie
Psychische stoornissen		Stemmingsstoornissen	Emotionele stoornis, Angst, Stape- loosheid, Hyperactiviteitsstoornis, Veranderingen in libido.	Desoriëntatie
Zenuwstelsel- aandoeningen		Hoofdpijn, Duizeligheid.	Sommolentie, Migraine.	Tremor, Aandachtsstoornis, Dysgeusie, Slecht slapen, Parosmie, Syncopie.
Oogaandoeningen			Gezichtsstoornissen	Abnormale sensatie in het oog, Oculaire hyperemie, Fotofobie.
Evenwichtsorgaan- en oor-aandoeningen				Vertigo
Vasculaire aandoeningen			Opvlegers	Bloedingen
Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediasti- numaandoeningen				Verstopte bovenste luchtwegen, Hoest, Droge keel, Neusbloeding.

Maagdarmstelsel- aandoeningen	Misselijkheid, Buikpijn, Pijn in de bovenbuk, Ongemakkelijk gevoel in de buik, Braken	Lage buikpijn, Diarree, Droge mond, Obstipatie, Dyspepsie, Flatulentie.	Gastro-oesofageale refluxziekte, Tandpijn.
Huid- en onderhuid- aandoeningen		Acne, Huidassess, Juck.	Urticaria, Genitale pruritus.
Skeletstelsel- en bindweefsel-aandoe- ningen	Myalgie, Pijn.		Pijn in ledematen, Artralgie.
Nier- en urineweg- aandoeningen			Urinewegaandoeningen, Chromaturie, Nierstenen, Nierpijn, Pijn in de blaas.
Voorplantingsstelsel- en borstaandoeningen	Dysmenorroe, Bekkenpijn, Gevoelige borsten.	Menoragie/vaginale afscheiding, Menstruatiestoornis, Vaginale bloedingen opvlegers, Pemenstueel syndroom.	Geruptureerde ovariumcyste, Vulvovaginale pijn, Menstruatiepijn, Hypomenorroe.
Algemene aandoen- ingen en reacties op de toedieningsplaats	Moeheid	Pijn, Prikkelbaarheid, Koude rillingen, Malaise, Koorts.	Thoracisch ongemak, Ontsteking, Dorst.

Bij de meeste vrouwen (74,6%) in de fase III-onderzoeken trad de volgende menstruatie op de verwachte tijd op of binnen ± 7 dagen, terwijl de menstruatie bij 6,8% meer dan 7 dagen eerder dan verwacht begon en bij 18,5% meer dan 7 dagen na het verwachte begin. Deze vertraging was bij 4% van de vrouwen meer dan 20 dagen. Een gering aantal vrouwen (8,7%) meldde intermenstrueel bloedverlies, dat gemiddeld 2,4 dagen duurde. In de meeste gevallen (88,2%) werd dit bloedverlies als licht beschreven. Van de vrouwen die in het fase III-onderzoek ellaOne kregen, meldde slechts (0,4%) zwaar intermenstrueel bloedverlies. 82 vrouwen werden vaker dan één keer in het fase III-onderzoek opgenomen. Deze vrouwen kregen dan ook meer dan één dosis ellaOne (73 vrouwen werden tweemaal in het onderzoek opgenomen, 9 vrouwen driemaal). Bij deze proefpersonen waren er geen veiligheidsverschillen wat de incidentie en ernst van bijwerkingen, verandering van de duur of het volume van de menstruatie en de incidentie van intermenstrueel bloedverlies betreft.

HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

Laboratoire HRA Pharma - 15, rue Béanger - F-75003 Parijs - Frankrijk

NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN

EU/1/09/522/001

DATUM VAN EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING/HERNIEUWING VAN DE VERGUNNING 15/05/2009

DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST

23/07/2010



Een gids voor heel België

Waar de wijn is

Kortgeleden konden we al even de verschijning van de originele, Franstalige editie vermelden. Nu is er gelukkig ook de Nederlandse. Alles over wijnimporteurs, wijnschrijvers, wijnbars en restaurants die veel aandacht aan hun wijnkaart geven.

René Sépul viel ons het eerst op met een dergelijke gids van Brussel. Inmiddels is hij met zijn vrouw Cici Olsson – die voor de onconventionele, vrolijke foto's verantwoordelijk is – door het hele land gaan trekken. Ze spraken met veel mensen en aten aan veel tafels. Werkelijk iedereen die iets betekent in de Belgische wijnwereld, komt hier aan bod. En vanwege de prettige schrijfstijl van Sépul lees je het boek anders dan een gids: je zoekt niet even iets op, maar je blijft doorlezen. Mits je in wijn geïnteresseerd bent natuurlijk.

Per glas

Mits je wilt weten welke restaurants in je omgeving een meer dan banaal wijnaanbod hebben, bij welke wijnhandelaar je voor welk soort wijnen terecht kunt en of er misschien een echte wijnbar in de buurt is. Want dat is voor de wijnliefhebbers toch wel het



mooiste wat er is: een etablissement waar het accent op de wijn ligt en waar je veel soorten per glas kunt proeven, met slechts als begeleiding of tegen de dringendste honger een paar kleine hapjes. Helaas is dit soort gelegenheden nog steeds te zeldzaam in ons land en overleven ze alleen in onze grote steden een beetje.

Wijnliefhebbers komen in dit boek ook aan het woord. Zo werd zowaar Léopold Lippens, de welvarende burgemeester van Knokke, geïnterviewd. Het zal u niet verbazen dat hij vooral op oude rode bordeaux mikt. 'Praat me niet van witte wijn, ik weet niet waar dat op lijkt!' We hopen maar voor hem dat het slechts een boutade is. Gastronomische recensenten worden eveneens gepresenteerd, zoals Willem Asaert die voor De Morgen schrijft en Bruno Vanspauwen die we van De Standaard kennen. Ize-grim Herwig Van Hove ontbreekt evenmin.

Op het gebied van de wijnimporteurs overlapt dit boek uiteraard enigszins het hier onlangs besproken 'De 50 beste wijnhandels in Vlaanderen' van Filip Salmon, maar wat een plezier heb je dan weer van al die lemma's over wijnvriendelijke restaurants! Want in restaurants beleef je immers uitersten: van de (veel voorkomende)



hebzuchtige chef die je ignobele wijntjes voor vijfmaal de inkoop-prijs voorzet tot sympathieke eethuizen waar ze je allerlei moois laten kennen of alleen maar een stopgeld van bijvoorbeeld tien euro vragen voor flessen die je meebrengt of in de bijbehorende wijnhandel hebt uitgekozen. Gelukkig

wordt ook de winkel Rob in Brussel genoemd met de ons inziens meest aantrekkelijke en werkelijk immense wijnkelder.

Gerard Van Swieten

René Sépul / Cici Olsson, *België, Wijn*, Sh-Op Editions, 224 blz., 24 euro.

Ook tweede roman van Aifric Campbell overtuigt

Voor geleden schade één adres

Na haar overtuigende eersteling *De logica van het moorden*, pakt de Ierse schrijfster Aifric Campbell nu uit met een tweede roman. Ook *De schade-expert* is heel fraai geconstrueerd en stilistisch overtuigend.

In *De logica van het moorden* bewees deze schrijfster al een flinke dosis originaliteit te bezitten. Ze voerde daarin op een sterk gedocumenteerde manier een bizarre psychoanalytische op die aan het einde van het verhaal werd ontmaskerd als een pathologisch jaloerse persoonlijkheid, een man bovendien die de gewelddadige moord op zijn broer op zijn geweten had.

Beroepen

Campbell putte voor het personage uit haar debuut deels uit haar eigen leven, want ooit liet ze zich omscholen tot psychotherapeut. En ook *De schade-expert* zou wel eens geïnspireerd kunnen zijn op het beroepsle-

ven van de schrijfster. Zelf werkte ze immers dertien jaar bij een grote financiële instelling in Londen, terwijl haar hoofdpersoon bij een verzekeringsfirma in de Britse hoofdstad werkt. Caroline of 'Caro' is er 'schade-expert', iemand die moet inschatten hoe groot het 'financierbare' verlies is dat mensen lijden. Ze heeft er de juiste persoonlijkheid voor: 'Geconfronteerd met groot verlies blijf ik onverstoort en verberg mijn emotie achter een masker van professionaliteit.' Privé heeft Caro het wel even moeilijker met haar eigen verliezen.

Labiël

Het hele boek draait rond de kindertijd van Caro, een tijd van onaf-

scheidelijke vriendschap met buurjongen Cormac en buurmeisje Estelle. Daar kwam plots een einde aan toen Estelle op 15-jarige leeftijd omkwam tijdens een brutaal incident dat de schrijfster het hele boek lang in geheimzinnigheid hult. Terwijl Cormac dat gebeuren heeft verwerkt en een beroemde popster is geworden, blijft de dood van Estelle Caro achtervolgen. Elke week trekt ze naar het kerkhof, waar ze uren op een bank zit en allerlei prullaria achterlaat voor haar vroegere vriendinnetje. Hoewel dat vreemd en saai klinkt, weet Campbell dat bizarre gegeven wel spannend te brengen. Overigens, Estelle was



bepaald geen lieverdje. Gaandeweg onthult de schrijfster het onvoorspelbare, eigenlijk zeer labiele karakter van dit meisje, waarmee ze aangeeft dat haar

in wezen haast wel iets moest overkomen.

Kerkhof

Tot de meest originele elementen in deze roman behoren de taferelen op het kerkhof. Want tegenover Caro, eveneens op een bankje, zit elke week een oude man, met wie ze na lange tijd – tegen haar zin – in gesprek raakt. Hij vormt een soort katalysator voor het vertellen van haar verhaal. Omdat de schrijfster de gebeurtenissen uit het verleden slechts mondjesmaat prijsgeeft, weet ze een immense spanning op te bouwen, die je als lezer steeds dieper het boek in trekt. Een cynisch en koud boek, maar nergens banaal, in tegendeel.

Sofie Messeman

Aifric Campbell, *De schade-expert*, De Geus, 287 p., 22.50 euro.

MEDI
DRUGDATA

Ontdek de troeven van onze producten op
www.medibridge.be, bel naar 02 600 40 45
of stuur een mail naar
medibridge@be.cmpmedica.com

M
MEDI
BRIDGE

'Een op de drie gezinnen is te arm voor dure medische zorg'

In het Europees Jaar tegen Armoede en Sociale Uitsluiting is het passend even stil te staan bij de situatie in Vlaanderen. Armoede in Vlaanderen, is dat wel te rijmen? Vlaanderen is binnen Europa een economische topregio met grote welvaart en een zeer hoge levensverwachting. Maar met de veranderende economie en de toenemende vergrijzing sluipt de armoede binnen. Het gaat niet om zichtbare armoede, zoals in sommige landen in Azië en Afrika. Het gaat om verdoken en verborgen armoede die moeilijk herkenbaar en op te sporen is omdat het een synoniem is van schaamte.



Ook in Vlaanderen sluipt de armoede binnen.

Dit zijn de alarmsignalen: het Kankerfonds telt dit jaar de helft meer aanvragen voor tussenkomst, Zorgnet Vlaanderen meldt 400 miljoen euro onbetaalde ziekenhuisfacturen, Domus Medica spreekt van 10% onbetaalde honoraria voor de huisarts, een aantal dat oploopt tot meer dan 20% in probleemgebieden. Het OCMW meldt bovendien een sterke toename van het schuldbeheer.

Het afgelopen decennium is de armoede in België licht gestegen. In 2007 blijkt dat 15% van de Belgen in armoede leeft, waarbij het armoederisico veel hoger is in Wallonië en Brussel (12% Vlaanderen, 18% Wallonië en 23% Brussel).

De CM stelde naar aanleiding van een onderzoek bij 6.000 leden vast dat een op de acht gezinnen in financiële moeilijkheden verkeert. Bij chronische zieken loopt dat aantal op tot een derde. Maar de bejaarden zijn de grootste risicogroep: bijna de helft heeft financiële zorgen over hun gezondheidszorg.

Uitsluiting

De gezondheidsenquête 2008, een bevraging bij 11.000 Belgen die is toegespitst op gezondheid en samenleving, toont aan dat in vergelijking

met 1997 onze nationale gezondheidssituatie een lichte achteruitgang vertoont. Het investeren met meer middelen levert niet langer een significante gezondheidswinst op. De betere gezondheidssituatie in 1997 van het Vlaamse gewest in vergelijking met de andere gewesten is nu verdwenen. De enquête toont ook aan dat de kloof tussen lager en hoger opgeleiden onverminderd is gebleven, met zelfs een toename op het vlak van geestelijke gezondheidszorg en voedingsstatus. Van de huishoudens gaf 14 procent toe (1997: 9%) de afgelopen 12 maanden betaalproblemen te hebben gehad met medische zorg. Opgesplitst per gewest loopt het in Brussel op tot 26% en in Vlaanderen tot 11%.

Het inpassen van dure medische zorg in het huishoudbudget zorgt bij een op de drie gezinnen voor grote moeilijkheden, wat een aanmerkelijke stijging is tegenover 2004. Het rapport besluit dat de gezondheidszorg, die traditioneel voor iedereen toegankelijk is, op het terrein toch mensen uitsluit.

Ook *Test-Gezondheid* komt tot dezelfde bevindingen. Een onderzoek in januari toonde aan dat één-oudergezinnen kampen met de

meeste financiële problemen. Bijna 40% van de ondervraagden gaf geldproblemen op als reden om een behandeling te stoppen, uit te stellen of ervan af te zien. Oog- en tandheelkunde behoren tot de meest uitgestelde behandelingen. *Test-Gezondheid* vermeldt evenwel niet het aantal ondervraagden en verschuilt zich opnieuw achter een 'convenience sample' dat in het verleden al zeer ruim geïnterpreteerd werd in andere studies.

Voor een land dat zich beroemt op het beste gezondheidsstelsel ter wereld, leunt de werkelijkheid veel meer aan bij het vaak als onmenselijk bestempelde systeem in de Verenigde Staten.

Budgetbeheer

De sociale uitgaven om de actieve welvaartsstaat te ondersteunen, zoals kinderopvang en tijdskrediet, zijn bedoeld om een betere combinatie tussen werk en gezinsleven te creëren. Toch komen ze vooral de hogere inkomens ten goede en brengen ze dus geen oplossing voor de armoede. Een mogelijkheid is om het aantal rechthebbenden in de sociale zekerheid die er niet thuis horen, te verkleinen. Bedoeling zou dan zijn om op die manier de beschik-

bare middelen te herverdelen onder hen die het écht nodig hebben, bijvoorbeeld door een verhoging van de minima en het betaalbaar wonen voor de laagste inkomens.

Naast herverdeling moet de werkzaamheid verhogen. In de meeste landen verdringt een hoge werkzaamheidsgraad efficiënt de armoede. Werk is dan ook de eerste dam tegen armoede. Ons land telt te weinig werkenden en te veel uitkeringsgerechtigden met uiteraard een verhoogd armoederisico. Maar de activering van leefloners heeft grenzen. Investeren in onderwijs en opleiding blijven noodzakelijk.

De armoede sluipt ook binnen bij de middenklasse door de stijgende werkloosheid en het toenemend aantal mensen die een beroep doen op schuldbemiddeling. Meer dan 350.000 kredietnemers staan geregistreerd als wanbetalers bij de kredietcentrale van de Nationale Bank en meer dan 80.000 gezinnen zijn aangewezen op budgetbeheer en schuldbemiddeling, een stijging van 13%. Samen vertegenwoordigen ze meer dan twee miljard euro en 7% van de bevolking.

Kloof

De verlaging van het remgeld, de maximumfactuur, het verplichte minimumpercentage aan generieken, het omniostatuuat en de zorgverzekering zijn maatregelen bedoeld om onze gezondheidszorg toegankelijker te maken. Toch hebben ze niet verhinderd dat vandaag een op de drie gezinnen gezondheidszorgen uitstellen. Al deze maatregelen zorgen bij chronische zieken voor een daling van slechts 12% in de maandelijkse medische uitgaven. Met geld alleen wordt de ongelijke kans op ziek worden en op de toegang tot de gezondheidszorg niet opgelost. Bovendien neemt het negatief effect op armoede nog toe wanneer een basisdienst, zoals gezondheidszorg, overgelaten wordt aan de vrije markt.

De sociale gezondheidskloof bestaande uit een groep van laag opgeleiden, alleenstaanden en één-oudergezinnen bepaalt deze financiële toegankelijkheid. Het beleid moet voldoende rekening houden met deze variabiliteit in huishoudens en de eraan verbonden gezondheidsrisico's. Het gezondheidsbeleid moet ingebed worden in alle aspecten van het leven om zo deze sociale kloof te verkleinen en de financiële toegang te vergroten.

Het omniostatuuat zorgt ervoor dat lage inkomens goedkope curatieve zorg genieten. Omdat het aanvragen en verkrijgen van dit statuut te inge-

wikkeld is, genieten maar een kwart van de 850.000 rechthebbenden ervan. Andere maatregelen voor de armen zijn zo ingewikkeld dat zelfs het OCMW er niet wijs uit geraakt. Het moet technisch mogelijk zijn om het omniostatuuat automatisch toe te kennen ondanks de soms snel wisselende gezinssamenstelling en inkomens.

Versterking eerste lijn

Het Europese gezondheidsrapport van de WGO meldt bij de gezondheidsdeterminanten dat armoede, werkloosheid, arbeidsomstandigheden, migratie, woonomgeving en opleiding verantwoordelijk zijn voor een groeiende sociale ongelijkheid op het vlak van ziekte en gezondheid. Het rapport adviseert een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg waarbij de codewoorden zijn: toegankelijkheid en integratie van curatieve en preventieve zorg. De belangrijkste uitdagingen voor de volgende jaren zijn de evaluatie van de gezondheidszorg, de kwaliteit ervan en de financiële bescherming van de bevolking.

Nu bekommert het beleid zich vooral over de gevolgen van de ongelijkheid in de gezondheidszorg, waar het omniostatuuat een perfect voorbeeld van is, maar niet over de oorzaken namelijk de gezondheidstoestand. Het beleid moet zich richten op de oorzaken van de sociale ongelijkheid in gezondheid.

Wat zijn mogelijke oplossingen:

1. Gezondheidsinformatie en promotie moet aangepast worden aan het opleidingsniveau;
2. Versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg;
3. Met zorgbehoeftemetingen kan men meer specifiek middelen aanreiken aan minder begoeden;
4. De impact van het remgeld tegenover het inkomen is verhoudingsgewijs groter bij minderbedeelden;
5. Vermindering van de socio-economische verschillen zoals opleiding, werk, en huisvesting.

Jan Dockx,
Voorzitter Vlaams
Geneeskundigenverbond,
Secretaris Verbond Vlaams-
medisch Wetenschappelijke
Verenigingen

• Armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen, zaterdag 23 oktober, Vlaams Parlement
• Inlichtingen:
Ergo De Waellaan 3 bus 14, 2100 Deurne, van maandag tot donderdag in de voormiddag
Tel: 03/322.28.50; Fax: 03/322.45.14;
e-post: info@vgv.be
website: <http://www.vgv.be>

Nobelprijs geneeskunde voor ivf-pionier Robert Edwards

'Standpunt van Vaticaan is immoreel'

De kritiek van het Vaticaan op de toekenning van de Nobelprijs geneeskunde aan Robert Edwards valt op zijn zachtst uitgedrukt niet in goede aarde. Totaal ongepast, wereldvreemd en ontzettend slecht getimed, is de teneur.

Afgelopen maandag raakte bekend dat de Nobelprijs voor geneeskunde dit jaar wordt toegekend aan Robert Edwards. De 85-jarige Britse celbioloog ontwikkelde samen met de intussen overleden gynaecoloog Patrick Steptoe de in-vitrofertilisatie. Sinds de geboorte van Louise Brown in 1978 kwamen wereldwijd al meer dan vier miljoen proefbuisbaby's ter wereld. Nochtans geloofde niemand destijds in de techniek die Edwards, verbonden aan de universiteit van Cambridge, had ontwikkeld. De *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* weigerde zelfs om de resultaten van de eerste eicelpick-up te publiceren, om ethische redenen.

Maar intussen is er veel veranderd. In België kwam de eerste ivf-baby in 1983 ter wereld. In 2009 kwamen 1.429 van de 67.534 (2,1%) Vlaamse zwangerschappen tot stand na hormonale stimulatie, 1.303 (1,9%) na ivf en 931 (1,4%) na intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi).

Edwards kreeg na de bekendmaking van het nieuws over de Nobelprijs meteen heel wat lof toegezwaaid. "Eigenlijk verdiende Edwards die prijs al veel vroeger", zegt Prof. Paul Devroey (UZ Brussel). "Hij is een erg dynamisch man, bezeten door de wetenschap. Al in de jaren '80 wist hij dat stamcelonderzoek

immens belangrijk zou worden. Hij was een visionair, had een groot plan en wilde dat absoluut realiseren." Ook collega André Van Steirteghem vindt de keuze voor Edwards volkomen terecht. Beide Brusselse vruchtbaarheidsexperts bedachten 20 jaar na de eerste ivf-baby de intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), die onvruchtbaarheid bij mannen omzeilt. Ruim de helft van de vruchtbaarheidsbehandelingen wereldwijd gebeurt nu via icsi.

Stuitend

Bisschop Ignacio Carrasco de Paula, voorzitter van de Pauselijke Academie voor het Leven, was er als de kippen bij om de toekenning van de prijs te veroordelen. Volgens het Vaticaan is Edwards verantwoordelijk voor de vermarkting van eicellen en voor het bestaan van miljoenen embryo's in reageerbuizen, waarvan er veel vernietigd worden. De paus bestempelde ivf ook al eerder als immoreel.

De kritiek uit Rome valt op zijn zachtst uitgedrukt niet in goede aarde. Gynaecologe Marleen Temmerman diende het Vaticaan in een opiniestuk in *De Morgen* van replek. "Net nu het Vaticaan maatschappelijk spitsroeden loopt door de wereldwijde pedofilieschandalen, meent de Heilige Stoel opnieuw de eigen aartscon-

servatieve standpunten rond seksualiteit en voortplanting te moeten ventileren", schrijft de sp.a-senator. Ze vindt het ontstellend dat de kerk zo lichtzinnig blijft oordelen over ingewikkelde ethische dossiers. "Het is stuitend dat het Vaticaan ongegeneerd de pro life-kaart blijft trekken, net nu vele pedofiele katholieke priesters, paters en bisschoppen de levens van zoveel mensen verwoestten", gaat ze verder. "Ik nodig de voorzitter van die Pauselijke Academie voor het Leven trouwens graag uit naar de fertilitetskliniek van het UZ Gent. Dan kan hij na een gesprek met wanhopige vruchtbare ouders in behandeling ook mee naar het lab om te constateren dat het eigen is aan de wettelijk vastgelegde ivf-techniek dat niet alle embryo's verder ontwikkelen tot baby's. Het is nogal melodramatisch te stellen dat de niet ingebrachte cellen 'sterven'. Dat is niet alleen zo bij fertilitetsbehandelingen, maar ook bij natuurlijke bevruchtingen."

Temmerman heeft het nu wel gehad met de immorele standpunten van Rome, stelt ze. Sinds het ontstaan van de fertilitets technieken zijn in Vlaanderen al meer dan 25.000 kinderen geboren. Waar haalt het Vaticaan het recht, het lef en de autoriteit vandaan om het geluk van al deze koppels en hun kinderen onderuit te halen, vraagt ze zich af.



"Eigenlijk verdiende Robert Edwards de Nobelprijs Geneeskunde al veel vroeger", zegt Prof. Paul Devroey.

Complexiteit miskend

Professor kerkelijk recht en CD&V-senator Rik Torfs ziet in de afkeurende houding van het Vaticaan nogmaals een bewijs dat 'seks en Rome' geen vanzelfsprekend huwelijk is. Had Louise Brown niet mogen leven, vraagt hij zich af. "Brown had er eigenlijk nooit mogen zijn. Ze leeft ten onrechte. Vreselijk dat Vaticaanse specialisten in tijden van seksueel misbruik niets beters te verzinnen hebben", schrijft hij in een opiniestuk in *De Standaard*.

Het kerkelijke instituut negeert de complexiteit van het leven door naar de natuurlijke band tussen seks en vruchtbaarheid te verwijzen. "Stoorzenders zoals ivf of voorbehoedmiddelen passen daar niet in. Wil iemand kinderen en werkt de natuur niet mee? Dan is er adoptie. (...) Maar is het allemaal wel zo een-

voudig? Moet het menselijke verlangen zich aanpassen aan de natuur als er andere mogelijkheden zijn? Wie daarop ja zegt, verwerpt ivf en verliest daardoor de kans om genuanceerd over reële vragen zoals het lot van embryo's en de vermarkting van de menselijke reproductie mee te spreken. Wie de complexiteit van het menselijke verlangen miskent, verliest het recht om er in detail over te discussiëren."

Eenzelfde teneur is te horen bij rector Marc Waer van de KU Leuven. Hij vindt de reactie van het Vaticaan te kort door de bocht, zei hij op *Radio 1*. De universiteit is zich momenteel overigens hard aan het bezinnen over de invulling van het woordje 'katholiek' in haar naam, vertelde de rector nog.

Veerle Caerels

Nobelprijs enkel voor levenden

Het reglement van de Nobelprijs stipuleert het expliciet: alleen wie nog in leven is, kan de bekroning krijgen. Wellicht een wijze beslissing, want hoe kan je anders vermijden dat de Nobelprijs voor geneeskunde wordt toegekend aan Charles Darwin, Louis Pasteur of zelfs Galenus? En die voor literatuur aan pakweg Joost van den Vondel of Pieter Corneliszoon Hooft? Toch kan je zeggen dat de bekroning van Robert Edwards in dat

opzicht een probleem stelt. Niet dat de man de prijs niet zou verdienen, want hij is als het ware de 'vader' van meer dan vier miljoen kinderen over de hele wereld. Maar al het werk dat op 25 juli 1978 leidde tot de geboorte van Louise Brown, gebeurde door een team van vorsers geleid door de tandem Edwards en gynaecoloog Patrick Steptoe. En die laatste is al sinds 1988 overleden...

Het risico bestaat dus dat zijn naam voorgoed verloren gaat, enkel en alleen omdat hij in 2010 - drie decennia na de eerste proefbuisbaby - niet meer in leven was. Ivf zal voor het brede publiek daardoor wellicht gezien worden als het werk van Robert Edwards, zonder meer. En dat zou echt wel jammer zijn.

M.E.

DAFALGAN®

Wie wint de schatten van de Gers?

Samen met 1.100 collega's hebt u massaal deelgenomen aan onze zomerwedstrijd. De Gers heeft dan ook verschillende prijzen voor u in petto. Kijk snel of u tot de gelukkige winnaars behoort. We geven u ook nog de antwoorden op de vragen.

Eerste prijs



Dr. Bart Stroobants (Tienen) wint een verblijf van een week voor twee personen in Bastidou, een zeer aangenaam hotel in een kleine vallei in hartje Gascony (niet geldig in juli en augustus en op feestdagen). Het hotel heeft een zwembad, sauna, jacuzzi en u kunt er genieten van de regionale keuken.

Dr. Jean Gérard (Namen) wint een culinair workshopweekend voor twee personen in een oud postgebouw, omgebouwd tot chambre d'hôtes. Tijdens de workshop zal u drie à vier recepten realiseren (voorgerecht, hoofdgerecht, groenteschotel en dessert). Gedurende twee uur leert u uw avondmaal bereiden en krijgt u tips en tricks. Daarna kunt u genieten van uw eigen creaties.

Tweede prijs



Dr. Charlotte Vandendriessche (Roeselare) wint een najaarsweekend voor twee personen in het kader van de 700ste verjaardag van Armagnac.

Derde prijs



En dat is nog niet alles!

• Winnen een softwarepakket **Dragon Naturally Speaking Professional**, de oplossing voor professionelen die met deze spraaktechnologie hun werklust willen verminderen. Documenten, e-mails en formulieren worden drie keer sneller afgehandeld (waarde per pakket: 799 euro): Xavier Lhoest (Liège); Catherine Draguet (Dionle-Mont); Marianne Houthuys (Tienen); Marc Tambuyzer (Itegem).

• Winnen een **Antidote RX**, een softwarepakket dat twaalf woordenboeken en elf taalkundige gidsen verenigt (waarde per pakket 199 euro): Philippe Soille (Wavre); A. Thielemans (Wambeek); Paul Gasmanne (Charleroi); Jeff Vanheede (Brugge St Kruis); Sybille De Schaetzen (Chastre).

• Winnen een exemplaar van het fraaie boek **Midi-Pyrénées, region of Passions**, ons aangeboden door het CRT Midi-Pyrénées: Myriam Vaerenberg (Edegem); Dirk de Muynck (Koersel); J. Vercruyse (Diest); M. Wouter De Vooght (St Truiden); Anemie Janssen (Olmen); Francis Goovaerts (Mechelen); Ann De Jaeger (Aalst); Kurt Anseeuw (Mechelen); Mireille Kolenberg (Koksijde); Ingrid Vissenberg (Wijnegem).

• Winnen een exemplaar van de **Découvertes Gallimard-gids over de regio Midi-Pyrénées**, ons aangeboden door het CRT

Midi-Pyrénées: Anne-Chantal Smeets-Froment (Ottignies); Richard Vandael (Othée); Anne Ruelle (Theux); Christian Delaunoy (Nivelles); Antonio De Matteis (Carnières); François Tihon (Brussel); Marc Kumps (Gesves); Jacques Delenne (Froidchapelle); A. Angheben (Brussel); Myriam Vande Weyer (Braine-l'Alleud).

• Winnen een exemplaar van het album **Cheese van Stromae**: Marianne Dramaix (Brussel); Christophe Sepulchre (Léglise); Jacqueline Quiriny (Liège); Stavroula Sourtzis (Brussel); Pierre Vanrobays (Neufchâteau); Philippe De Ryck (Essene); Pascal D'Haene (Zwevegem); Paul Lauwers (Tervuren); Frans Fermon (Aalst); Lutgart Van Malderen (Antwerpen).

• Winnen een fles **Floc de Gascony**: Frans Dewaele (Tienen); Florence Mascheleyn (Profondeville); Dominique Notte (Gembloux); Valentin Degryse (Waregem); Abel Naert (Beauraing); Griet Callens (Waregem); Vincent Fronville (Profondeville); Anne-Lynn Vantomme (Vilvoorde); Roland Pieters (Dendermonde); Christiaan Van Haecht (Roeselare); Giuseppe Azzarello (Brussel); Anne Onkelinx (Liège).

• Winnen een fles **Côtes de Gascony**: Luc Timmerman (Oedelem); Michel Van Fleteren (Schoten); Sigrid Impens (Wondelgem);

Griet Delbeke (Heusden); Alain-Claude Feye (Rochefort); Martine Redant (Andenne); Dr F. Lafortune (Herent); Marion Neyrinck (Hove); Jozef Van De Roy (Steenhuize); Claire Moons (Castillon); Gérard Lebrun (Brussel); Christian Letot (Hornu).

• Winnen een fles **Armagnac**: Hélène Loncin (Brussel); Philippe Hendryckx (Brugge); Vinciane Hachez (Nivelles); Patricia Becker (Rhode Saint-Genèse); Dirk Van Liefvering (Zottegem); Rik Schockaert (St Maria Oudenhove); Jens Crokaert (Oudenaarde); Jacques Dulieu (Namur); Goedelieve Taelman (Bousval); Ludovicus Kinschots (St Niklaas); Marcel Marchau (Assebroek); Lieven Mortelmans (Antwerpen).

• Winnen een **keukenschort**: Sabien Driessens (Zoersel); Luc Hendrix (Bilzen); Carine Van den Bossche (Evergem); Raphaël Cougé (Geraardsbergen); Jan Leener (Lennik); Michel Dierick (St Denijs-Westrem); Robert Hove (Ninove); Koenraad Dierickx (Gent); Oscar Ponsar (Braine-l'Alleud); Belinde Perin (Spy).

• Winnen een **T-shirt in de kleuren van de Gers**: Paul-Christian de Longueville (Morialmé); Bénédicte Defoin (Forrières); Claude Verheyden (Brussel); Annick François (Brussel); Marianne Lecomte (Liège); G. Vanderstappen (Lier); Laurent

Bairy (Yvoir); Pierre Verbruggen (Brussel); Victor Carton (Tournai); Jacques Buchet (Muno); Michel Cosse (Wanfercée-Baulet); André Neyns (Ganshoren); E. Vanvooren (Maldegem); Marleen Thys (Steenokkerzeel); Katrien Bols (Hove); Hans Struyven (Tienen); Lieven Schautteet (Roeselare); W.M. Thomassen (Lanaken); Sabine Prinsen (Deurne); Alain Bernard (Grez Doiceau).

• Winnen een **fijnproeversmand**: Jacques Wurzbürger (Brussel); René Van Landeghem (Kalmthout); Luc De Keyser (Hoeogaarden).

• Winnen een **vergulde broche in de vorm van een Occitaans kruis**, ons aangeboden door het CRT Midi-Pyrénées: Catherine Gil-

leman (Couvin); Bernadette Robaux (St-Servais); André Monoyer (Ottignies); Sophie Symann (Brussel); Fabian Bechet (Arlon); Alphonse Denoël (Liège); Thérèse Dubois (Herchies); Stéphane De Maeght (Nivelles); André Westenbohm (St-Vith); Stijn Vandenbergh (Scheldewindeke); Gerda Mathieu (Edegem); Staf Geens (Lier); Benedikte Carpentier (Heusden Zolder); Herman Verschueren (Antwerpen); Ria Bieseman (Opwijk); Griet Swennen (Hasselt); Frank Peeters (Halle-Zoersel); Philippe Vanhove (Oud-Heverlee); Leo Verhaest (Gent); Vera Rijckers (Tienen).

Bedankt voor uw talrijke deelname!



Comité Départemental du Tourisme du Gers
3 Boulevard Roquelaure - 32002 Auch Cedex
www.tourisme-gers.com - 0033-5 62 05 95 95



EPREX®

Janssen-Cilag NV

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson