

gezond idee

Staarbehandeling steeds beter

Je zal het
maar hebben
**Een zeldzame
ziekte**

Waarom vaccineren?

Omdat er geen goede
redenen tégen zijn

Meer
gezonde
ideeën op
[gezondidee.
mumc.nl](http://gezondidee.mumc.nl)

OVERGANG

Hebben mannen daar ook
last van?

Maarten de Jong (33),
Anaplastoloog

‘Ik maak aangezichtsprothesen ofwel epitheses. Een neus, een oor of oog met omliggend weefsel. De prothesen zijn gemaakt van siliconen. Ze zijn zacht, iets massiever dan het echte orgaan. Ze worden vastgekleefd op implantaten die in het onderliggende bot geplaatst zijn. Ik werk vooral met oncologiepatiënten. In het beste geval maak ik een afdruk van hun neus, oor of oog voordat het orgaan verwijderd wordt. Het zijn meestal oudere mensen. Ik probeer rustig, vriendelijk en begripvol uit te leggen wat ik voor hen kan doen. Is het moeilijk? Ja, ik zie mensen die zich in een afschuwelijke situatie bevinden. Maar ik heb daar vrede mee, anders kun je dit werk niet doen. En ik zie hoe mijn werk mensen echt helpt.’ **Zie ook pagina 40.**



Inhoud



Colofon

Gezond Idee is een uitgave van het Maastricht UMC+. Het blad verschijnt dit jaar drie keer. De volgende uitgave verschijnt in juni 2018.

Uitgever Maastricht UMC+

Hoofdredacteur Liz Tans

Editorial consultant Hanneke Savenije

Eindredacteur Ellen Kennes

Inhoudelijk adviseur Dick Nagelhout

Art director Yke Bartels

Oplage 245.000

Teksten Liddle Austin / Jules Coenegracht /
/ Willy Janssen / Ellen Kennes / Femke Kools /
Maria Rovers / Margo van Vlierden / Hanneke
Savenije

Fotografie ANP / FotoBergie81 / Loraine Bo-
dewes / Appie Derks / Getty Images / Johannes
Timmermans / Max Verreijt

Illustraties Yke Bartels / Paul Faassen

Drukwerk Schrijen-Lippertz / Roto Smeets Groep

Redactie Gezond Idee

Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht

T 043 387 44 58

E gezondidee.communicatie@mumc.nl

W mumc.nl / gezondidee.mumc.nl

Advertenties Randal Esser Sales & Media,

T 045 750 95 50 / 06 50 29 88 07

E mail@randalesser.nl, W randalesser.nl.

Bezorging Gezond Idee wordt bezorgd in Zuid-
Limburg op alle adressen zonder een sticker
op de brievenbus. Geen sticker en toch geen
magazine ontvangen? Bel dan met

T 06 53 22 72 65 of mail naar E baribv@ziggo.nl.

De informatie in deze uitgave is compact en daardoor vaak niet volledig. Indien u meer informatie over een onderwerp wenst, kunt u deze vinden op de diverse websites die worden vermeld. De aangeboden informatie is uitdrukkelijk niet bedoeld om zelf diagnoses te stellen of tot zelfmedicatie over te gaan. Indien u aan de hand van informatie uit deze publicatie meent dat u iets mankeert, adviseren wij u altijd contact op te nemen met uw huisarts of behandelend specialist.

ISSN 2213-1531 © Copyright 2018 Maastricht UMC+
Het overnemen van teksten is toegestaan, mits met bronvermelding.

Gezond leven

4 Penopauze

Vrouwen hebben de menopause, maar ook mannen kunnen rond hun 50^e last krijgen van klachten. Ze hebben minder zin in seks, zijn prikkelbaar en snel moe, en hebben soms zelfs opvliegers. Wat is er aan de hand met mannen in deze levensfase? Is het de 'penopauze'? En valt er wat aan de klachten te doen?

28 Ons hart

Zonder hart geen leven. Maar hoe werkt deze motor van ons lichaam eigenlijk?

32 Wel of niet vaccineren?

Ons Rijksvaccinatieprogramma heeft vele ernstige infectieziekten uit ons leven gebannen, maar toch is er een groeiend groepje ouders die hun kinderen niet laten inenten. Terwijl er eigenlijk geen reden tegen is.

De beste zorg

12 Innovatieve staarbehandelingen

Bijna iedereen krijgt ooit in zijn leven staar, meestal na je 70^e. Daarom is het goed nieuws dat intensieve samenwerking tussen wetenschappers en oogartsen tot steeds betere behandelmethodes leidt.

18 Een dag bij MAASTRO CLINIC

Dit instituut is gespecialiseerd in innovatieve radiotherapie van vooral diverse soorten kanker. Steeds effectiever en steeds meer gericht op elke individuele patiënt.

24 Zeldzame ziekten

Zeldzame aandoeningen zijn zeldzaam, maar patiënten met zeldzame ziekten zijn dat bepaald niet. Zo'n 1 miljoen mensen in Nederland heeft er mee te maken. Daarom zijn er speciale expertisecentra ingericht. Ook in Maastricht.

Wetenschap

39 Mijn ontdekking

Dr. Arina ten Cate ontdekte dat de tijd die iemand steunkousen moet dragen na een trombosebeen aanzienlijk kan worden verkort. Is dat dragen dan zo erg? Ja, want je hebt er meestal hulp bij nodig om ze aan en uit te krijgen. En korter dragen levert een enorme besparing op!

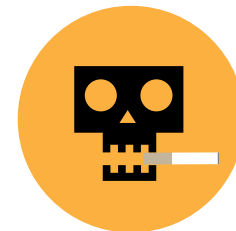
+ Meer

02 Dit doe ik

16 Wat is dat nou?

10, 22 Kort

40 Beter



P 29

Minder risico op hart- en vaatziekten door te stoppen met roken.

Midlife crisis

Vrouwen hebben de menopauze, maar ook bij mannen kan zo rond hun 50^e alles op zijn kop komen te staan. Minder zin in seks, prikkelbaar, snel moe en soms zelfs opvliegers. En dan wil hij ook nog ineens een motorfiets of een andere baan. Of, erger, een jonge vriendin. Wat is er dan aan de hand? Een 'penopauze'? Een *midlife crisis*? En hoe kom je als man deze levensfase door?

Nee, hè,
hij ook?

Vrouwen kunnen er weleens wat lacherig over doen: denk aan grapjes over 'de tweede leg', het plotseling gekoesterde baardje en de voorbijrazende mamils (middle-aged-men-in-lycra) op racefietsen. Mannen lijken als ze de middelbare leeftijd bereiken soms net als vrouwen in de overgang behoorlijk de kluts kwijt te raken. Ze krijgen last van lichamelijke kwaaltjes, ze zijn in de war en willen plotseling hun hele leven omgooien. Wat is er aan de hand met deze mannen? Is er wellicht sprake van een 'penopauze'?

Hoewel zo'n 20 procent van de mannen tussen de 45 en 55 jaar last krijgt van echte lichamelijke klachten is 'penopauze' geen goede benaming voor deze periode in een mannenleven. Wat hen overkomt, is niet echt te vergelijken met de vrouwelijke overgang. Bij vrouwen draait het om een afname van het vrouwelijk geslachtshormoon, oestrogeen. Dat zakt van hoog naar zeer laag. Bij mannen treedt zo'n heel sterke afname van het mannelijk geslachtshormoon, testosteron, bij het ouder worden niet op. Gebeurt dit wel, dan is dat meestal door een ziekte waardoor het lichaam veel te weinig testosteron aanmaakt.

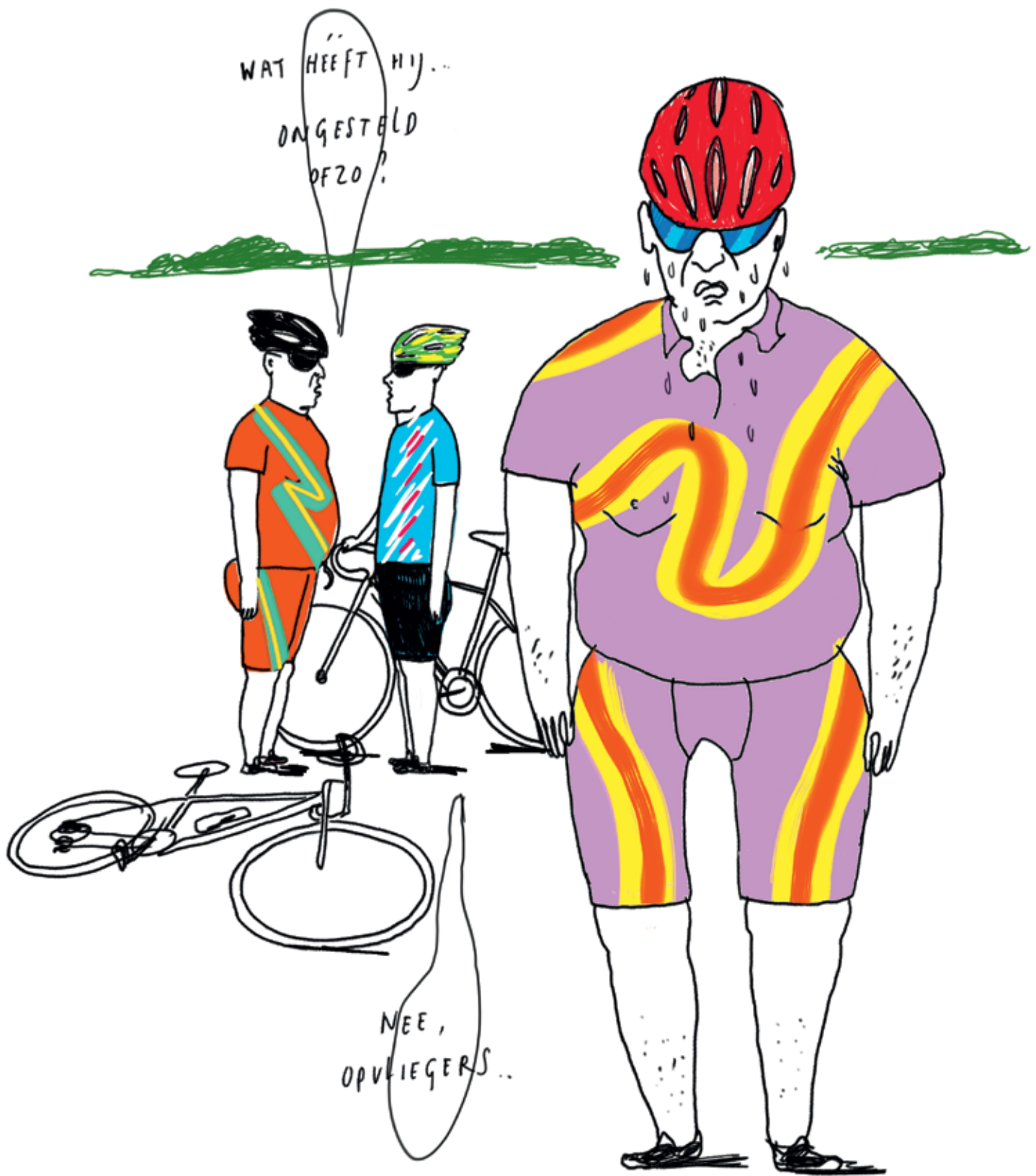
Deze klachten kun je als man krijgen

1. Verminderde vitaliteit, lusteloosheid
2. Afname van libido of lustgevoelens
3. Erectieproblemen
4. Vermindering van spierkracht
5. Meer buikvet
6. Depressieklachten
7. Stemningswisselingen
8. Slaapstoornissen
9. Bloedarmoede
10. Botontkalking
11. Vermindering van de lichaamsbehandling
12. Opvliegers

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen is verder dat de daling van het geslachtshormoon bij mannen heel geleidelijk en haast onopgemerkt verloopt gedurende tientallen jaren – vaak al vanaf hun twintigste levensjaar. Bij vrouwen gebeurt dat in korte tijd, binnen een paar jaar. Bovendien neemt bij alle vrouwen het oestrogeengehalte sterk af, terwijl een aanzienlijk deel van de mannen rond hun tachtigste nog een testosterongehalte heeft dat lijkt op dat van een jonge vent. Mannen kunnen daardoor tot op hoge leeftijd nog kinderen verwekken, terwijl vrouwen na de overgang per definitie onvruchtbaar zijn. En het iets lagere testosterongehalte bij mannen is waarschijnlijk een teken van normale veroudering en leidt niet tot klachten.

Klachten

Allemaal onzin dus, dat die mannen ineens in een *midlife crisis* terecht komen? Nee! De klachten die mannen in deze levensfase hebben, zijn echt. Ze voelen zich bijvoorbeeld futloos, zijn snel geïrriteerd, hebben last van stemningswisselingen, worden dikker, hebben minder zin in seks en meer moeite de erectie vol te houden tijdens het vrijen, sukkelen



Midlife crisis

's avonds op de bank in slaap en hebben zelfs soms last van opvliegers. Maar de klachten worden meestal veroorzaakt door het normale verouderingsproces. Net zoals bij vrouwen hebben die lichamelijke klachten bij mannen vaak ook een psychische component omdat ze anders tegen hun leven gaan aankijken. Tussen de 45 en 55 jaar gebeurt er veel in een mannenleven: kinderen worden groot en gaan uit huis, ze moeten hun relatie opnieuw vormgeven (of gaan scheiden), ze zijn uitgekeken op hun baan (of raken die kwijt). De vraag of ze hun leven nog één keer een andere wending moeten geven, dringt zich prangend op. Is dit alles, vragen zij zich af? Mannen in deze *midlife*-levensfase worstelen met gevoelens van onrust, stress en/of depressie. Klachten die vaak niet als zodanig erkend worden, maar die een sterk nadelige invloed op de kwaliteit van leven hebben. En dat hoeft helemaal niet zo te zijn, want er is vaak wat aan te doen. Een afspraak met de huisarts is daarvoor een goede eerste stap. Die kan de klachten in perspectief plaatsen en, indien nodig, doorverwijzen naar een medisch specialist zoals een uroloog, seksuoloog, endocrinoloog (hormoonspecialist) of psycholoog.



Wat is testosteron?

Testosteron is het belangrijkste mannelijk geslachtshormoon. Het maakt tijdens de zwangerschap van de aanvankelijk geslachtsloze foetus een jongetje; tijdens de puberteit zorgt het ervoor dat de penis, de zaadballen en de prostaat van de jongen groeien, zijn stem daalt en hij een mannelijke lichaamsvorm en beharing ontwikkelt. Vanaf gemiddeld het twintigste levensjaar neemt het testosterongehalte van een volwassen man heel geleidelijk af. Dit leidt zelden tot klachten. Tenzij de bloedspiegel zeer laag wordt. In dat geval is er meestal sprake van een onderliggende ziekte.

Is extra testosteron de oplossing?

Bij sommige mannen kan het testosterongehalte meer dalen dan bij andere mannen. Als zo'n man dan klachten heeft, zou je denken dat de oplossing voor de hand ligt: extra testosteron. Maar veel van die klachten zijn niet specifiek voor een testosterontekort en kunnen ook een andere oorzaak hebben, zoals het normale verouderingsproces of een medische aandoening. Veel mannen met deze klachten en symptomen hebben een normaal testosterongehalte en andersom kunnen mannen met een laag testosterongehalte geen klachten hebben. Dat maakt het moeilijk om precies te beoordelen wat er aan de hand is. **Endocrinoloog prof. dr. Nicolaas Schaper:** 'Bij een klein percentage van de mannen – ik schat circa één à twee op de honderd – daalt het testosterongehalte veel sterker dan je mag verwachten. En soms worden bij mannen de klachten in korte tijd een stuk heviger. Dan kan

er meer aan de hand zijn. Bij deze mannen onderzoeken we eerst wat de achterliggende oorzaak is. Het kan bijvoorbeeld ook een medische aandoening zijn die het testosterontekort veroorzaakt. Is dat niet het geval, dan kun je bij een heel laag testosterongehalte in combinatie met typische klachten overwegen om extra testosteron te geven. Maar dan monitoren we heel zorgvuldig of dat de klachten vermindert – wat bij de meeste mannen maar beperkt het geval is. En we kijken of die verbetering opweegt tegen de mogelijke risico's van extra testosteron geven: een verhoogd risico op prostaatkanker, slaapapneu, aderverkalking, te dik bloed en krimpen van de testikels. Artsen moeten vanwege die risico's heel terughoudend zijn bij het voorschrijven van testosteron. Koop in ieder geval nooit op eigen houtje testosterontabletten, -spuiten of -gel!'



Prof. dr. Nicolaas Schaper, hoofd afdeling Endocrinologie bij het Maastricht UMC+:

‘Een gezondere levensstijl kan klachten verminderen’

Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de penopauze. Inderdaad krijgen heel wat mannen rond hun 50^e last van bepaalde klachten, zoals minder zin in seks, depressieve gevoelens, moeheid, spierverlies. Tegelijkertijd is ook bij de meeste mannen het testosterongehalte iets lager. Maar wetenschappelijk is niet aangetoond dat de klachten een gevolg zijn van het verminderde testosteron. Door het normale verouderingsproces kunnen allerlei lichaamsfuncties wat achteruitgaan. Dat hoort helaas bij het ouder worden. Bij vrouwen in de overgang daarentegen zijn klachten zoals opvliegers, slechter slapen en moeheid heel duidelijk het directe gevolg van de sterke daling van het geslachtshormoon oestrogeen. Wellicht hebben mannen gewoon minder testosteron nodig op latere leeftijd en neemt daarom het testosterongehalte geleidelijk af. Dat laatste weten we overigens nog niet precies. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt in ieder geval wel duidelijk dat het toedienen van extra testosteron maar bij weinig mannen effect heeft op erectiestoornissen of futloosheid. En als er al een effect is, is dat meestal erg klein. Terwijl er ook serieuze risico's kleven aan het toedienen van extra testosteron. Online is veel informatie te vinden over hoe je door aanpassingen in je voeding en leefstijl je testosterongehalte zou kunnen verhogen. Er is echter nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van leefstijl en voeding op het testosterongehalte. Maar omdat de mannelijke ‘overgangsklachten’ maar heel zelden het gevolg zijn van een testosterontekort, moet dat ook niet het doel zijn. Wat we wél weten, is dat een gezondere leefstijl de klachten die bij het ouder worden horen positief kan beïnvloeden: afvallen als je overgewicht hebt, gezonder eten, regelmatig en meer bewegen, niet roken, oppassen met alcohol, geestelijk en sociaal actief blijven. Daardoor kan depressie verminderen, ben je minder moe, voel je je fitter, verbetert je zelfbeeld, krijg je weer meer zin in seks et cetera.’





HORMOON-WEETJES

1. Het hormoon testosteron wordt bij mannen voor 90 procent aangemaakt in de testikels en voor 10 procent in de bijnieren
2. Vrouwen hebben ook testosteron, zij het veel minder dan mannen. Bij vrouwen wordt het in kleine hoeveelheden aangemaakt in hun eileiders en bijnieren.
3. Andersom hebben mannen een heel kleine hoeveelheid oestrogeen in hun bloed.
4. Bij volwassen mannen is testosteron mede verantwoordelijk voor het libido. Het beïnvloedt de kwaliteit van de erectie, de werking van de prostaat en de aanmaak van sperma. Verder is testosteron belangrijk voor de huid, de botten, de spieren en de hersenen. Het regelt de vetopslag, bevordert de werking van het geheugen, het concentratievermogen en het ruimtelijk inzicht.

Lees meer over hormonen op endocrinologie.mumc.nl en gezondidee.mumc.nl.

Wanneer moet je naar de huisarts?

De klachten die mannen in deze levensfase hebben, horen bij het ouder worden, maar soms kan er meer aan de hand zijn en moet je hulp zoeken. Een goede vuistregel daarbij: ga bij een plotselinge vermindering van je libido (zin in seks) en kwaliteit van de ochtenderectie, én bij algehele futloosheid naar de huisarts. Een bezoek aan de huisarts kan duidelijkheid verschaffen door middel van bloedonderzoek en daarnaast zal de huisarts, als dat nodig is, ook een lichamelijk onderzoek doen. Hierbij wordt onder meer gelet op het gewicht van de man, de omvang van zijn taille en zijn bloeddruk. Ook wordt gekeken naar het volume van de spierontwikkeling, lichaamsbeharing en testikels. Wanneer nodig wordt er doorverwezen naar een uroloog, seksuoloog, endocrinoloog of psycholoog.



Prof. dr. Gommert van Koeveringe, hoofd afdeling Urologie aan het Maastricht UMC+:

'Erectiestoornissen hebben bijna altijd deels een psychische oorzaak'

Tussen hun 45^e en hun 55^e bevinden mannen zich in een kwetsbare periode. De levensfaseproblematiek speelt dan op: zijn de keuzen die ik in het verleden heb gemaakt wel de juiste? Als ik nog iets anders wil, moet ik het nu doen anders kan het niet meer! De een kan daar prima mee omgaan, de ander heeft er meer problemen mee. Dat laatste uit zich regelmatig ook in lichamelijke klachten. Zo hebben erectiestoornissen haast altijd gedeeltelijk een psychische oorzaak. Je lichaam functioneert niet meer zoals dat van een twintigjarige. Maar dat het een of twee keer niet is gelukt, wil nog niet zeggen dat het nooit meer lukt, behalve als je gaat denken dat het zo is. Hoe ouder een man wordt, hoe meer stimulatie er doorgaans nodig is om hetzelfde effect te krijgen. Dat moet je weten.

Mijn ervaring is dat het heel belangrijk is om uit te leggen waar de klachten vandaan kunnen komen. Mensen op een goede manier voorlichten bespaart onnodig medisch ingrijpen, maar kost wel veel tijd. Mannen nemen dit soort informatie eerder aan van een uroloog dan van een seksuoloog. Dat is namelijk vaak een jonge, vrouwelijke psychologe aan wie mannen zich in deze levensfase in het algemeen moeilijk bloot durven te geven. Daarom is het voor ons urologen nuttig om tijd in voorlichting te steken, soms samen met een seksuoloog of psycholoog.'

Lees meer over erectieproblemen op mumc.nl, urologie.mumc.nl en gezondidee.mumc.nl. Ook op seksualiteit.nl vind je veel nuttige informatie.

EN DE PSYCHISCHE KANT?

Het is natuurlijk een cliché, maar wel een beeld dat door iedereen wordt herkend: mannen met een *midlife crisis* hebben de neiging hun somberte te bestrijden door er vandoor te gaan, al dan niet met een veel jongere vriendin, in een leren jasje en/of op een motor. Het is nu of nooit! Dat kan iets opleveren, maar een depressie kun je er niet mee onderdrukken. Volgens Jed Diamond, psychotherapeut en schrijver van de internationale bestseller *De mannelijke menopauze* gaat de *midlife crisis* bij mannen vaak gepaard met irritatie en woede. 'De een wil een deur inslaan, een ander trekt zich terug', zegt hij. 'Ze denken dat hun problemen verdwijnen als ze een nieuw leven beginnen. Maar als ze twee jaar verder zijn, haalt de stress waarvoor ze waren gevluht hen weer in.' Een depressie niet onderkennen kan ernstige gevolgen hebben. Zoek dus psychische hulp of als het om je partner gaat: probeer hem zover te krijgen dat hij dat doet.

En ja, dat ook nog: plasproblemen

Ook die dienen zich aan bij mannen van deze leeftijd. Heel vervelend en ook iets om in de gaten te houden. Er wordt vaak gedacht dat plasproblemen een eerste indicatie van prostaatkanker zijn. Gelukkig is dat op deze leeftijd vrijwel nooit het geval. Maar bezoek in ieder geval de huisarts bij moeite met plassen, nadruppelen, het gevoel dat de blaas na het plassen niet leeg is of plassen met een onderbroken straal.

Kort

Help, waar vind ik een toilet?

In Nederland is een schrijnend tekort aan publiek toegankelijke toiletten. Dat is voor iedereen vervelend, maar vooral voor vrouwen, die moeilijk in een 'mannenkrul' kunnen plassen. Maar voor buikpatiënten en mensen met incontinentie is het echt problematisch. Het is voor hen zelfs geregeld reden om dan maar niet eropuit te gaan en thuis te blijven. De Maag Lever Darm Stichting en patiëntenverenigingen pleiten ervoor dat in steden om de 500 meter een openbaar toilet beschikbaar is.

Meer informatie op

waarkaniknaardewc.nl.

Daar vind je ook een petitie voor meer openbare toiletten.



Viva volkoren!

Volkoren is net zo belangrijk voor je gezondheid als groente en fruit. Tweemaal per dag volkoren eten leidt tot een lager sterfterisico, kleiner risico op diabetes type 2, hart- en vaatziekten en obesitas, en mogelijk ook dikke-darm-kanker. Het moet dan wel om écht volkoren gaan, dus alle stoffen die in de oorspronkelijke graanbron zitten (vezels, voedingsstoffen), moeten in dezelfde verhouding in het levensmiddel zitten. Volgens voedingshoogleraar prof. dr. Fred Brouns van de Universiteit Maastricht wordt de consument echter misleid omdat de term 'volkoren' al te gemakkelijk op producten wordt geplakt die nauwelijks volkoren bevatten. Dit moet beter worden gecontroleerd.

Lees op mumc.nl meer, zoek naar 'volkoren'.



'Het beste voor je huid is niet te veel wassen en zo min mogelijk smeren, tenzij je de zon in gaat.'

Prof. dr. Peter Steijlen,
dermatoloog

Meer op
gezondidee.mumc.nl
onder 'gezonde huid'.

Luisterend oor voor jongeren in hartje Maastricht

Sinds kort heeft Maastricht een eigen HEADSPACE-centrum, waar jongeren van 12 tot en met 25 jaar anoniem en gratis terecht kunnen als ze willen praten over problemen of als ze klachten of vragen hebben. Mogelijke onderwerpen zijn geld, relaties, seksualiteit, eenzaamheid, ruzie met de ouders, maar ook psychische problemen die dieper zitten.

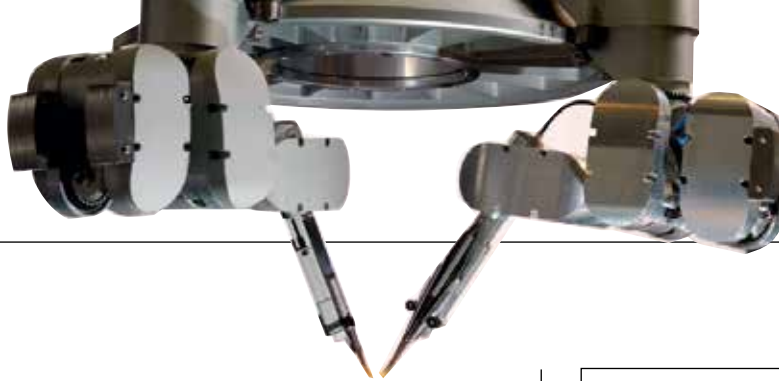
HEADSPACE is een succesvol Australisch concept voor preventie en opvang, dat inmiddels door meerdere landen is overgenomen. Het centrum in Maastricht, dat @ease (spreek uit: at ease) heet, wordt gedragen door diverse partners, waaronder Mondriaan (instelling voor geestelijke gezondheidszorg), Virenze (instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), Universiteit Maastricht en het Maastricht UMC+.

Lees verder op mumc.nl, zoekterm 'headspace'.





1X elk uur even pauzeren is een investering in beter presteren en effectiever werken. Meer op gezondidee.mumc.nl onder 'ontstressen'.



Wereldprimeur: precisie-operatie met robothanden

Afgelopen najaar hebben chirurgen van het Maastricht UMC+ met succes een operatie uitgevoerd met behulp van robothanden, waarbij in de arm van een patiënt vaatjes van 0,3 tot 0,8 millimeter aan elkaar zijn gehecht. De patiënt leed aan lymfoedeem, een chronische ziekte die vaak optreedt na behandeling van kanker, waarbij vocht zich ophoopt en zwellingen veroorzaakt. Met de robothanden zijn extreme precisiewerkjes mogelijk als het laten aansluiten van lymfevaatjes aan bloedvaatjes, waardoor het overvloedige vocht kan worden afgevoerd. Slechts enkele chirurgen kunnen een dergelijke operatie met de eigen hand uitvoeren. Dankzij robothanden zijn microchirurgische ingrepen door meer chirurgen uitvoerbaar.

Meer over deze spectaculaire operatietechniek op mumc.nl, zoek naar 'robothanden'. Kijk ook naar de video op MUMCTV.

Verband sociaal isolement en diabetes type 2

Het sociale netwerk van mensen met diabetes type 2 (suikerziekte) is aanzienlijk kleiner dan het netwerk van mensen zonder de ziekte. Dit is een belangrijke uitkomst van De Maastricht Studie, een grootschalig onderzoek onder duizenden mensen in de regio Maastricht/Heuvel-land naar de oorzaken en gevolgen van diabetes type 2 en andere chronische ziekten. Of het nu gaat om preventie of behandeling: mensen uit een sociaal isolement halen is dus de boodschap!

Lees meer over 'diabetes en isolement' op mumc.nl.



MijnBreincoach-app tegen dementie

Uit recent onderzoek blijkt dat bij 1 op de 3 mensen dementie mogelijk voorkomen kan worden. Daarbij speelt een gezonde leefstijl een belangrijke rol. Onder meer roken, hoge bloeddruk en diabetes hebben een ongunstig effect op de hersengezondheid. Terwijl gezonde voeding, voldoende bewegen en het leren van nieuwe vaardigheden juist goed zijn. Onderzoekers van het Alzheimer Centrum Limburg van het Maastricht UMC+ hebben op basis van twaalf van dergelijke risicofactoren een model ontwikkeld om te kunnen bepalen waar iemand de meeste ruimte voor verbetering heeft: de LIBRA-index (Lifestyle for BRAin Health). Via de door het Alzheimer Centrum Limburg ontwikkelde MijnBreincoach-app kan iedereen zijn of haar hersengezondheid nagaan en dagelijks advies ontvangen over wat men kan doen om de hersenen langer gezond te houden.

De app is te downloaden in de Apple-store en Google-play of op mijnbreincoach.eu. Lees meer op wezijnzelfhetmedicijn.nl, mumc.nl en op alzheimercentrumlimburg.nl, zoek naar 'MijnBreincoach'.

AGENDA VOORJAAR 2018

Ontmoetingsplek Longpunt

Longpunt brengt longpatiënten, hun familie en zorgverleners bij elkaar om ervaringen, zorgen en informatie te delen. Een keer per maand is er een bijeenkomst, met elke keer een ander thema.

Meer informatie en aanmelding via limburg.longfonds.nl of T 06 41 7 49 25.



Reuma-Café Maastricht

Een reumatische aandoening? Graag lotgenoten ontmoeten? Kom dan naar het maandelijkse Reuma-Café in Coffee Club Pellikaan. (Ervarings)deskundigen spreken over ziekte-gerelateerde en algemene thema's. Ook partners, familieleden, mantelzorgers en andere geïnteresseerden zijn van harte welkom.

Op de Facebook-pagina van Reuma-Café Maastricht is alle informatie te vinden.

Grote sprongen voorwaarts

Binnen een week na zijn oogoperatie was Maurice Franssen alweer gewoon achter zijn computerscherm aan het werk. Dankzij de steeds betere behandeling van staar in de oogkliniek van het Maastricht UMC+, waar voortdurend wordt geïnnoveerd. In nauwe samenwerking met onderzoekers van binnen en buiten Nederland, en met het bedrijfsleven.



Maurice Franssen (47) uit Boekel (NB):

‘Een staaroperatie maakt een wereld van verschil’

Jaarlijks worden in Nederland 180.000 patiënten aan staar geopereerd. Staar, ofwel cataract, is een vertroebeling van de ooglens waardoor het zicht minder scherp wordt. Vaak begint het met wazig zien, kleuren die minder helder worden, dubbel zien als je met één oog kijkt en 's nachts zie je extra slecht. Staar komt soms voor bij jongere patiënten en is dan vaak erfelijk bepaald. Ook stofwisselingsziekten (zoals diabetes), oogziekten, oogverwondingen en langdurig medicijngebruik kunnen staar veroorzaken. Maar meestal ontstaat staar door veroudering van de ooglens: nagenoeg iedereen krijgt in de loop der jaren, meestal rond je 70^e, een minder heldere lens. Het verschilt per persoon hoe snel de klachten verergeren. Bij de één duurt het jaren, terwijl bij de ander binnen enkele maanden het gezichtsvermogen merkbaar achteruit gaat. Door voortgaande vergrijzing zal het aantal mensen met oogandoeningen (zoals staar, maculadegeneratie en glaucoom) de komende jaren flink groeien.

De enige behandeling van staar is vooralsnog een operatie, maar het aantal behandelmogelijkheden neemt snel toe. Binnen de Universiteitskliniek voor Oogheelkunde, die behoort tot de grootste afdelingen van het Maastricht UMC+, werken oogartsen en onderzoekers nauw samen om patiënten de beste staarbehandelingen te kunnen geven die tegenwoordig beschikbaar zijn. Wereldwijd delen de Maastrichtse onderzoekers hun kennis en ervaring zodat er grote sprongen voorwaarts kunnen worden gemaakt in de behandeling van staar. Door strategische samenwerking met bedrijven kunnen de oogartsen van de Universiteitskliniek voor Oogheelkunde vaak als eerste gebruikmaken van geavanceerde diagnostische en therapeutische technologie die zorgt voor minder complicaties en bijwerkingen. Zo worden er innovatieve hulpmiddelen voor geleidelijke medicijnafgifte onderzocht en smart technology-systemen en robotica ingezet. Dat verbetert allemaal de patiëntveiligheid en de doeltreffendheid van de behandeling.

Ik werk bij een software-bedrijf en dan is het van groot belang dat ik heel goed kan lezen op mijn beeldscherm. Dat ging altijd prima met mijn contactlenzen. Totdat ik bijna twee jaar geleden problemen kreeg met het vinden van de juiste sterkte van mijn lenzen. Ze corrigeerden niet meer goed. Ik hield onscherp zicht. De oogarts in het ziekenhuis van Oss adviseerde mijn contactlenzen te verwisselen voor een bril en het nog eens een jaartje aan te zien. Scherpstellen op mijn beeldscherm bleef echter ook met die bril lastig. Toen ik vorig jaar bij de oogarts terugkwam voor controle, kreeg ik de diagnose: staar. Mijn rechteroog was nog prima, maar links zag ik nog maar voor 55 procent. Dat was schrikken. Ik dacht altijd dat staar alleen bij oudere mensen voorkwam. Omdat een oog toch iets is waarin ik niet zomaar wilde laten snijden, besloot ik voor onderzoek en overleg naar het Maastricht UMC+ te gaan. Prof. dr. Nuijts gaf me het vertrouwen dat het goed zou komen en voerde in juli de staaroperatie uit. Ik was vooraf best wel nerveus, maar gelukkig vertelden

de verschillende medewerkers voortdurend wat ze gingen doen, dus ik durfde me er wel aan over te geven. Behalve soms wat vervelende druk op je oog voel je weinig van de operatie. Je doorloopt in korte tijd verschillende ruimtes voor het verwijderen van je oude ooglens en het plaatsen van de nieuwe. Prof. dr. Nuijts vertelde me dat ik als eerste in Europa een lens van een nieuw soort kunststof kreeg met een ongekende optische helderheid. Na het plaatsen was het resultaat direct merkbaar. Twee dagen na de operatie ging ik weer aan het werk. Ik liet toen gelijk een tijdelijk brillenglas met lagere sterkte aanmeten, zodat ik weer kon autorijden. Een maand later kreeg ik mijn definitieve brillenglas. Mijn zicht was van 55 procent naar maar liefst 140 procent gegaan! Inmiddels heeft mijn rechteroog door beginnende staar nog 95 procent zicht. Ik ga de tweede staaroperatie echt geen jaar uitstellen of wachten tot het zicht ook nog maar de helft is. Mijn staaroperatie was een ingreep van een kwartier, maar maakt een wereld van verschil als je acht uur per dag naar je beeldscherm moet turen.’





Oogarts dr. Nienke Visser:

‘Onze nieuwe lasertechnieken maken de resultaten steeds beter’

Postdoctoraal onderzoeker dr. Marlies Gijs:

‘Eén staafje vervangt 30 dagen lang druppelen’

‘Om infecties en het ontstaan van vocht op het netvlies te voorkomen, moeten mensen na een staaroperatie nu nog dertig dagen lang, meerdere keren per dag, verschillende oogdruppels gebruiken. Zeker voor veel oudere patiënten kan het zichzelf toedienen van de oogdruppels best lastig zijn. Een mogelijke oplossing is om de medicatie in een minuscule hol staafje te stoppen. Dat staafje leggen we aan het einde van de staaroperatie onder in het ooglid van de patiënt. Gedurende dertig dagen komen de medicijnen beetje bij beetje vrij in het oogvocht. Daarna hoeft alleen het lege staafje verwijderd te worden. We zijn nu zo ver met het onderzoek dat we de techniek met de staafjes bij vrijwilligers kunnen testen. Ondertussen werken we nog aan de juiste samenstelling van de bolletjes met medicijnen waarmee de staafjes gevuld moeten worden. Vanuit de Universiteit Maastricht werk ik voor dit onderzoek samen met de Universiteit Eindhoven en andere partners binnen Chemelot InSciTe [onderzoeks- en kennisinstituut voor biobased en biomedische materialen]. Zo ontwikkelen we nog meer innovatieve technieken en materialen om patiënten met staar in de toekomst nog beter te kunnen helpen.’



‘Een staaroperatie wordt uitgevoerd via drie kleine sneetjes in het oog. Het grootste sneetje is 2,2 mm. De troebele lens wordt verbrokken en de nieuwe lens wordt via het grootste sneetje in het lenszakje geplaatst waar ze zich vervolgens ontvouwt. In de oogkliniek van het Maastricht UMC+ gebruiken we tegenwoordig ook een laser die een mooie ronde opening in het lenszakje kan maken van precies de juiste grootte, zodat de nieuwe lens mooi in het midden blijft zitten. Deze laser gebruiken we inmiddels drie jaar met name voor patiënten die een specifieke kunstlens krijgen, zoals een multifocale lens. De laser wordt daarnaast ook gebruikt om tijdens de staaroperatie de oude lens met een soort gasbelletjes in stukken te breken om deze vervolgens te kunnen opzuigen. Momenteel onderzoeken we een nieuw type kunstlens die nog preciezer op de juiste plek in het oog geplaatst kan worden. Ook werken we aan nieuwe technieken om voorafgaand aan en tijdens de operatie nauwkeuriger te kunnen meten wat de sterkte van de lens moet worden. Voor bijvoorbeeld mensen met een hoge mate van bij- of verziendheid of mensen die afwijkende oogvormen hebben door een eerdere laserbehandeling is dat een belangrijke vooruitgang.’





Oogarts in opleiding drs. Laura Wielders:

‘We weten nu beter wat de beste nabehandeling is’

Voor de nabehandeling van patiënten die aan staar zijn geopereerd, bestaan twee soorten oogdruppels: de zogenaamde steroïden en NSAID's. Deze worden wereldwijd voorgeschreven om na de operatie de vorming van macula-oedeem te voorkomen. Macula-oedeem is een ophoping van vocht in het netvlies, waardoor patiënten last krijgen van een wazig zicht en soms ook beeldvervalsing. Tot nu toe was binnen de oogheelkunde echter niet duidelijk wat de meest ideale nabehandeling was: die met steroïden, NSAID's of een combinatie hiervan. Daarom hebben we vanuit het Maastricht UMC+ een onderzoek opgezet, in samenwerking met twaalf Europese ziekenhuizen. Hieruit bleek dat de combinatiebehandeling met steroïden en NSAID's de beste resultaten met de minste risico's gaf. Terwijl bij behandelingen met alleen steroïden het risico op macula-oedeem 5 procent bedraagt, is dat voor de combinatiebehandeling nog maar 1,5 procent. In sommige gevallen hebben patiënten overigens een groter risico op macula-oedeem na een staaroperatie, bijvoorbeeld patiënten met diabetes. Dan is het verstandig om tijdens de operatie extra medicatie toe te dienen. Dat is dus goed om te weten voor de 180.000 patiënten die elk jaar in Nederland aan staar worden geopereerd. En ook in de rest van de wereld weten oogartsen nu wat de beste nabehandeling is.

Oogarts prof. dr. Rudy Nuijts:

‘In overleg met de patiënt kiezen we zijn lens’

Bij patiënten met staar is het gesprek voorafgaand aan de behandeling erg belangrijk. Met de kunstlens kunnen we soms de vorm van het oog corrigeren of kiezen voor een lens op sterkte of een multifocale lens. Dus technisch kunnen we heel veel, maar elke keuze heeft voor- en nadelen. Uit het persoonlijke gesprek van oogarts en patiënt moet blijken welke technische keuze het beste is bij elke individuele patiënt. Het technische aspect van het vervangen van een ooglens door een kunstlens is voor onze goed getrainde artsen meestal geen probleem. Oogartsen in Nederland worden uitstekend opgeleid met een gedegen training in staaroperaties. Dit staat vaak in schril contrast tot opleidingen in het buitenland waar oogartsen hun patiënten met staar nog vaak tevergeefs proberen te helpen met brillenglazen. Een van onze specialisten werkt momenteel binnen een gerenommeerd instituut in Israël mee aan een onderzoek om vanuit stamcellen van de patiënt zelf de vervangende ooglens voor de patiënt te ontwikkelen. Op dat gebied maken we momenteel grote sprongen voorwaarts.



Hoe gaat dat, een staaroperatie?

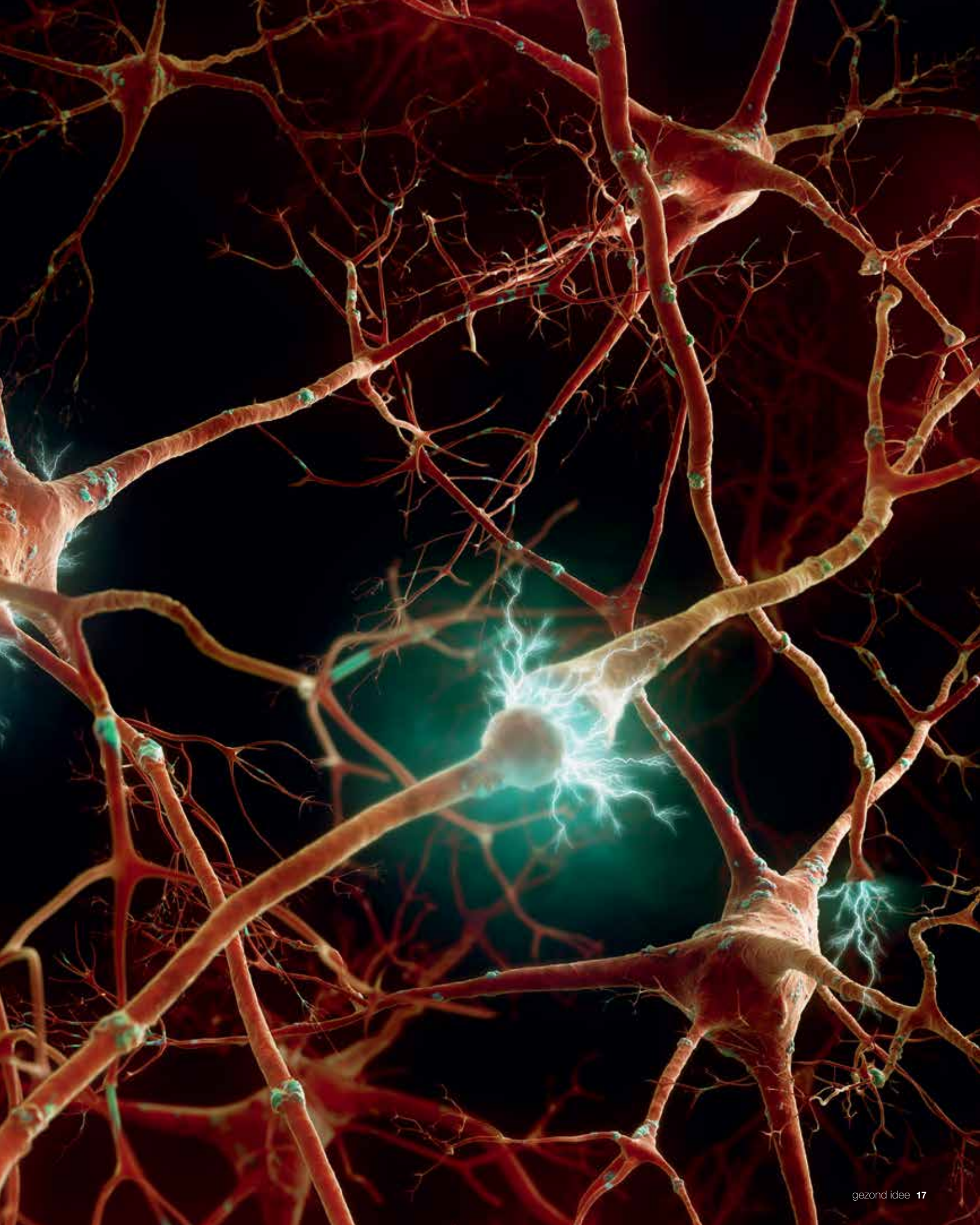
Tijdens een staaroperatie wordt de vertroebelde ooglens van de patiënt verbrokkeld en verwijderd via enkele minuscule sneetjes in het oog. Vervolgens wordt een nieuwe kunstlens geplaatst. Deze vrijwel pijnloze ingreep vindt jaarlijks 2.400 keer plaats in dagbehandeling in de oogklinieken van het Maastricht UMC+ in Maastricht, Heerlen, Kerkrade, Brunssum, Weert en het Belgische St. Truiden. Alle oogartsen op deze locaties behoren tot de stafdienst Oogheelkunde van het Maastricht UMC+. De risico's van deze ingreep zijn zeer klein. Met jaarlijks 180.000 staaroperaties is het de meest uitgevoerde operatie in Nederland.

Meer informatie op mumc.nl, zoek naar 'oogheelkunde' en 'staar'.

Wat is dat nou?

Kortsluiting in de meterkast, daar lijkt het op, dit vuurwerk in de hersenen. Wat je ziet, zijn netwerken van grijze cellen – daar hebben we er miljarden van – die continue boodschappen met elkaar uitwisselen door middel van elektrische impulsjes. Maar hier gaat het even mis: plotseling en ongecontroleerd ontladen zich grote groepen hersencellen. En dat zorgt voor een epileptische aanval. Het hangt ervan af in welke netwerken de boel kortsluit, maar zo'n aanval uit zich dan in bijvoorbeeld vallen, schokken, vreemde bewegingen maken, iets vreemds ruiken, even afwezig zijn of zelfs helemaal buiten bewustzijn raken. Een nare aandoening. Waarom de een epilepsie krijgt en de ander niet, werd de afgelopen 25 jaar onderzocht bij bijna 10.000 geopereerde patiënten, in een gezamenlijk project van 36 Europese centra, waaronder het Academisch Centrum voor Epileptologie (ACE), een samenwerkingsverband van het Maastricht UMC+ en Kempenhaeghe (expertisecentrum voor onder meer epilepsie). Daarom weten we nu dat bijna 80 procent van de gevallen is terug te voeren op laaggradige tumoren, aanlegstoornissen van de hersenschors en sclerose (oftewel verharding) van de hippocampus in de hersenen. Opvallend: ruim driekwart van de onderzochte patiënten kreeg de epilepsie al in hun kindertijd, terwijl de meesten van hen pas als volwassene werden geopereerd. Ondanks dat bekend is dat de kans op genezing na een operatie groot is en aanvallen een grote impact hebben op de cognitieve en psychosociale ontwikkeling. Bovendien hebben medicijnen om de ziekte onder controle te houden soms vervelende en mogelijk gevaarlijke bijwerkingen. Naar de werkzaamheid en op termijn mogelijk ook de bijwerkingen is het ACE nu een onderzoek gestart, in de hoop de effecten van epilepsiemedicijnen beter te kunnen voorspellen. Daarvoor wordt een soort mini-brein gekweekt van bloedcellen van een patiënt, die zich omzetten in stamcellen, die op hun beurt uitgroeien tot zenuwcellen. Het neuronale netwerk dat zo ontstaat, het mini-brein dus, draagt alle unieke kenmerken van de patiënt in zich. Op dit mini-brein kan dan in de toekomst hopelijk heel specifiek worden getest welke medicatie voor een patiënt tot het beste resultaat leidt met de minste bijwerkingen. Toch nog goed nieuws dus.

Het onderzoek wordt mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Epilepsiefonds. Op mumc.nl en kempenhaeghe.nl meer over epilepsie. Zoek op 'epilepsie' en 'mini-brein'.



Een dag bij **MAASTRO CLINIC**

Radiotherapie (bestraling) wordt samen met chemo- en hormoontherapie en chirurgische ingrepen ingezet in de strijd tegen kanker. Het vooraanstaand instituut MAASTRO CLINIC is gespecialiseerd in innovatieve radiotherapie van diverse soorten kanker en enkele andere aandoeningen.



MAASTRO CLINIC werkt met artsen en onderzoekers voortdurend aan de best mogelijke behandeling van iedere individuele patiënt. Om kankercellen te vernietigen, kan gebruik worden gemaakt van kortstondige, extreem sterke röntgenstraling.

Ook beschikt MAASTRO CLINIC sinds 2017 over de apparatuur om bepaalde tumoren via holle naalden rechtstreeks in de tumor te bestralen. De bestraling kan ook inwendig plaatsvinden, over een langere termijn, door het inbrengen van radioactieve korreltjes rechtstreeks in of bij de tumor in het lichaam. MAASTRO CLINIC werkt nauw samen met de specialisten van het naastgelegen Maastricht UMC+. Maar ook door samenwerking met internationale partners worden grote stappen gezet. Met vestigingen in Maastricht en Venlo werkt MAASTRO CLINIC er hard aan om nieuwe therapieën zo snel mogelijk beschikbaar te maken voor deze regio. Bovendien worden hier de medisch specialisten van de toekomst opgeleid. Alles wat MAASTRO CLINIC doet, is er op gericht patiënten een zo groot mogelijke kans op overleving, genezing en kwaliteit van leven te bieden.



De eerste patiënten melden zich bij de receptie van MAASTRO CLINIC.



Radiotherapeut-oncoloog dr. Ludy Lutgens bespreekt met radiotherapeutisch laborant Dénis Eyssen en klinisch fysicus Mirko Unipan de inwendige bestraling van de prostaat van meneer Spee.



► 8.50 UUR

Meneer Spee wordt door twee radiotherapeutisch laboranten naar de brachybunker gebracht. Dit is een betonnen bestrahlingsruimte waar op een veilige manier gewerkt wordt met radioactief materiaal.

Nieuw: Protonentherapie

Vanaf dit jaar is er een nieuwe vorm van bestraling beschikbaar in Nederland: protonentherapie. Daarbij worden bepaalde tumoren bestraald met positief geladen kerndeeltjes. Zo wordt minder gezond weefsel aangetast door de bestraling en zijn er minder bijwerkingen. Momenteel werkt MAASTRO CLINIC samen met het Maastricht UMC+ aan de oprichting van het Zuid-Oost Nederland Protonen Therapie Centrum (ZON-PTC). De opening is in 2019.

Meer weten? Kijk op: zonptc.nl.



► 09.15 UUR

Anesthesisten brengen meneer Spee onder narcose. Voor de bewaking van zijn lichaamsfuncties wordt hij aangesloten op monitoren. Ook bedekken ze hem met dekens, zodat hij warm blijft tijdens de procedure.



► 10.00 UUR

Radiotherapeut-oncoloog dr. Ludy Lutgens en klinisch fysicus Mirko Unipan bepalen aan de hand van echobeelden waar in de tumor de naalden voor de bestraling precies geplaatst moeten worden. Dit is uiterst precies werk waarmee ze samen geruime tijd geconcentreerd bezig zijn.



► 11.10 UUR

Radiotherapeutisch laborant Denis Eyssen sluit met slangetjes de naalden een voor een aan op de apparatuur. Dan wordt de prostaat van meneer Spee een half uur lang bestraald.



► 11.10 UUR

Ondertussen krijgen meneer Korsten en zijn echtgenote van technicus medische hulpmiddelen Jurjen Puls uitleg over het masker dat hij voor meneer Korsten gaat maken. Het masker moet ervoor zorgen dat het hoofd stabiel ligt tijdens de bestraling. Na verwarming wordt het masker in vorm gebracht zodat het precies aansluit aan het hoofd van de patiënt. Zo kan later heel nauwkeurig de tumor in het hoofd van meneer Korsten enkele keren worden bestraald (zie grote foto op pagina 18).



► 12.35 UUR

Bij de CT-scanner zetten radiotherapeutisch laboranten Marlies Arts (l.) en Evelien Backx met een stift markeringen op het masker van meneer Korsten, als vaste referentiepunten voor de apparatuur. Zo kan altijd de juiste plek gescand en bestraald worden. Vervolgens maken ze CT-beelden van de tumor als voorbereiding op de bestraling.



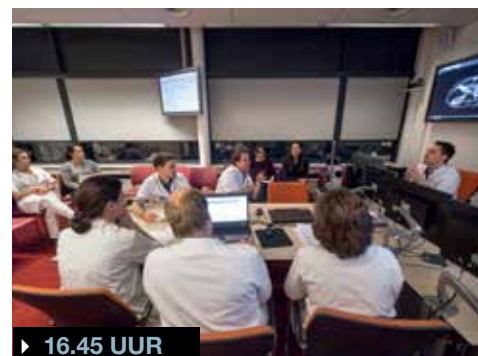
► 14.00 UUR

Meneer Van Wingerden is op advies van zijn uroloog in Rotterdam naar MAASTRO CLINIC gekomen voor een second opinion over de behandeling van zijn prostaatkanker. Radiotherapeut-oncoloog Ben Vanneste bespreekt met hem de voor- en nadelen van de behandeling.



► 14.30 UUR

Laborante Janneke Bovendeerd zet alles klaar voor de uitwendige bestraling van een patiënt. Het zijn kortdurende bestralingen, dus elke tien minuten kan in deze ruimte een patiënt worden behandeld.



► 16.45 UUR

In het multidisciplinair overleg bespreken urologen, pathologen, radiologen, nucleair geneeskundigen, oncologen, radiotherapeuten en oncologieverpleegkundigen wekelijks alle patiënten met urologische oncologische aandoeningen.

High Dose Rate brachytherapie

Sinds februari 2017 kunnen bepaalde patiënten met prostaatkanker bij MAASTRO CLINIC worden behandeld met een nieuwe techniek, de High Dose Rate (HDR) brachytherapie. Deze inwendige vorm van bestraling wordt gecombineerd met uitwendige bestraling

en soms ook met hormoontherapie. Bij de HDR brachytherapie worden een aantal holle naalden in de tumor gebracht en aangesloten op computergestuurde apparatuur die met uiterste precisie een sterk radioactieve kern door de naalden laat bewegen. Zo wordt de optimale dosis straling per naald rechtstreeks

op de juiste plaatsen in de tumor afgegeven. Voordeel: de stralingsdosis in de tumor is hoger en in het gebied rondom de tumor lager.

Meer weten? Kijk op: maastro.nl.

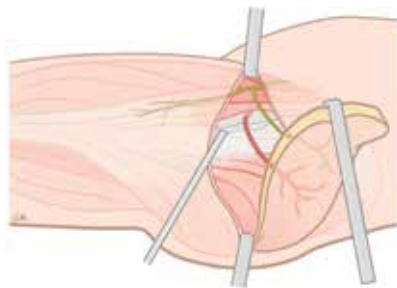
Kort

Borstreconstructie met weefsel uit bovenbeen

Sinds 2012 hebben plastisch chirurgen van het Maastricht UMC+ al honderd borstreconstructies uitgevoerd met eigen weefsel uit het bovenbeen. Deze in Maastricht ontwikkelde techniek blijkt succesvol en effectief. Het is een goed alternatief voor vrouwen die bijvoorbeeld een te platte buik hebben voor een reconstructie met buikweefsel. Vrouwen kunnen nu kiezen voor maatwerk en dat is alleen maar normaal, vindt plastisch chirurg dr. Stefania Tuinder van het Maastricht UMC+. 'We kijken naar de unieke kenmerken van de patiënt, luisteren naar haar wensen en kiezen in overleg voor een behandeling. Indien mogelijk proberen we ook de zenuw te behouden, zodat het gevoel in de borst op termijn gedeeltelijk terugkeert. Te allen tijde proberen we de levenskwaliteit zo groot als mogelijk te maken.'

Meer weten? Zoek op mumc.nl

naar 'borstreconstructie uit bovenbeen'.



MijnIBDcoach bij chronische darmziekten

Patiënten met een chronische darmaandoening, zoals de ziekte van Crohn, kunnen gebruikmaken van de IBDcoach. Dit is een e-health-toepassing, dus een digitale tool, die hen begeleidt en informeert, en hun data verwerkt. Ook vergemakkelijkt de IBDcoach het contact met de behandelaar en kan deze de patiënt op afstand volgen. Uit onderzoek bij bijna duizend patiënten in verschillende Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat de IBDcoach zorgt voor een halvering van het aantal ziekenhuisopnamen, minder polibezoeken en een betere therapietrouw. 'De tool levert dus een waardevolle bijdrage aan de zorg voor patiënten met een chronische darmaandoening', zegt maag-, darm-, leverarts dr. Marieke Pierik van het Maastricht UMC+, dat het onderzoek leidde. 'Dit soort e-health-toepassingen zijn uitermate geschikt om het primaire zorgproces efficiënter in te richten, zonder het belang en de behoeften van de patiënt uit het oog te verliezen.'

Lees verder op mumc.nl, zoek naar 'e-health-toepassing darmziekten'.



IJzerstapelingsziekte: minder aderlatingen nodig

Als je lichaam te veel ijzer opneemt, kan dit leiden tot ernstige orgaanschade. Die overdreven ijzeropname vindt plaats als je lijdt aan hemochromatose: de ijzerstapelingsziekte. De oorzaak is een genetische afwijking die bij 1 op de 300 mensen voorkomt. Om het ijzergehalte te verlagen is aderlating, het afstaan van een halve liter bloed, de meest toegepaste therapie. Dat is geen pretje vanwege bijwerkingen als moeheid en flauwvallen. Onderzoekers van het Maastricht UMC+ hebben ontdekt dat een medicijn dat wordt gebruikt bij refluxklachten, zure oprispingen en maagzweren, ervoor kan zorgen dat aderlating nog maar één keer per jaar nodig is in plaats van vijf keer zoals nu standaard is.

Meer info op mumc.nl, zoekterm 'minder aderlatingen'.

Op een computertoetsenbord vind je gemiddeld **400** méér bacteriën dan op een toiletbril. Meer op gezondidee.mumc.nl > 'hygiëne'.



Omgaan met stress voor patiënten en mantelzorgers

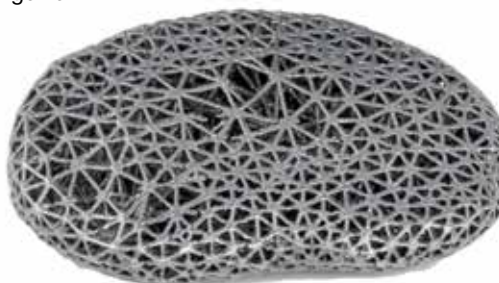
Langdurige stress door ziekte of als gevolg van mantelzorg kan leiden tot ernstige lichamelijke en geestelijke klachten. Daarom is het belangrijk om alert te blijven voor signalen als hartkloppingen, weinig weerstand of snel geïrriteerd zijn. Voor praktische oorzaken van stress vind je wellicht een oplossing met hulp van familie of in overleg met de werkgever. Emotionele stressfactoren, zoals piekeren over iemand die ziek is, zijn vaak lastiger weg te nemen. Erover praten kan verlichting brengen, bijvoorbeeld met een medisch maatschappelijk werker. Die kan je helpen om anders naar jezelf en jouw manier van denken te kijken, of om een bepaalde situatie te accepteren, wat rust kan brengen. Vraag een behandelend arts om een doorverwijzing.

Meer tips rond 'omgaan met stress' vind je op gezondidee.mumc.nl.

Slimme botimplantaten

Inwoners van Noordwest-Europa hebben een verhoogd risico op botontkalking en de regio loopt in Europa dan ook voorop wat betreft het aantal botbreuken, met een aanzienlijke economische en maatschappelijke last tot gevolg. Daarom is onder de naam BONE en onder leiding van de Universiteit Maastricht een grensoverschrijdend samenwerkingsproject gestart dat zich focust op de ontwikkeling van slimme botimplantaten. Binnen de zogenoemde regeneratieve geneeskunde wordt daar door wetenschappers al langer aan gewerkt.

Het slimme zit onder meer in het feit dat de implantaten het lichaam ondersteunen bij het opnieuw aanmaken van gezond botweefsel. Zo moeten terugkerende operaties, voortdurende medicatie of het gebruik van donorweefsel bij complexe botbreuken overbodig worden. En dat zorgt weer voor een sneller herstel en minder zorgkosten.



Meer over 'project bone' op mumc.nl.



'Buikgriep voorkomen? Houd je aan het klassieke trio: rust, reinheid en regelmaat.'

Prof. dr. Ad Masclee, MDL-arts. Meer op gezondidee.mumc.nl > 'buikgriep'.

AGENDA VOORJAAR 2018

Alles over artrose

Nog vier keer in 2018, op 4 april, 6 juni, 5 september en 21 november, zijn er voorlichtingsavonden over artrose, georganiseerd door de afdeling Orthopedie van het Maastricht UMC+ en Fy'net, een samenwerkingsverband van fysiotherapiepraktijken. Telkens van 18.00 tot 20.00 uur in de Flendrigzaal in het Maastricht UMC+. Voor patiënten, partners, familieleden en andere belangstellenden.

Meer informatie en aanmelden via T 043 – 387 56 69.



Word student in de gezondheid

Bij de Gezondheidsuniversiteit kunnen mensen op een leuke manier meer leren over de werking van het lichaam in ziekte en gezondheid. Het is een initiatief van geneeskundestudenten in samenwerking met het Maastricht UMC+, bedoeld om meer gezondheidsbewustzijn te verspreiden. Twee maal per jaar zijn er collegereeksen van vijf avonden. De eerstvolgende reeks begint op 16 mei. Het thema is dit keer 'De eeuwige mens'. Kijk voor meer informatie op de website!

Zie gezondheidsuniversiteit.nl.

Een
zeldzame
ziekte,
je zal het
maar
hebben...

Zeldzame ziekten zijn zeldzaam, patiënten met zeldzame ziekten zijn dat bepaald niet. In Nederland lijdt 6 tot 8 procent van de bevolking aan een zeldzame aandoening. Dat is één miljoen mensen! Als een aandoening niet vaak voorkomt, is het vaak moeilijk te ontdekken wat er precies aan de hand is. Daarom beschikt Nederland sinds enkele jaren over speciale expertisecentra voor zeldzame ziekten. Daarvan bevinden zich er 22 in het Maastricht UMC+.

Zeldzame aandoeningen zijn vaak onbekende aandoeningen. Patiënten met een zeldzame ziekte weten dat maar al te goed: het duurt vaak jaren voordat je als patiënt met een zeldzame ziekte de juiste diagnose en behandeling krijgt. Als er al kennis is over de specifieke zeldzame aandoening waar je aan lijdt, dan is die kennis meestal zo verspreid, dat het vinden van de juiste arts of instelling heel erg moeilijk is. Maar het zijn wel vaak ziekten die levensbedreigend zijn of die blijvende invaliditeit tot gevolg hebben, en daarom is het belangrijk om de kennis die er wel over deze aandoeningen is, zo goed mogelijk te bundelen en uit te wisselen. Alleen met gecombineerde inspanningen kunnen deze patiënten goed worden behandeld. Daarom lanceerde toenmalig minister Schippers van VWS in 2013 het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten, wat in 2015 leidde tot het instellen van expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Zodat kennis en vaardigheden geconcentreerd worden, beter onderzoek kan worden gedaan en patiëntenbelangen beter tot hun recht komen. Ook het Maastricht UMC+ heeft een aantal expertisecentra toegewezen gekregen, passend bij het onderzoek en de expertise die al aanwezig waren, op het gebied van met name neurowetenschappen, oncologie, hart en vaatziekten, en longziekten.

Erkenning van expertisecentra

'Als een ziekte weinig voorkomt, zijn er maar weinig specialisten die daar diepgaande kennis over hebben. Specifieke symptomen worden daardoor onvoldoende herkend', stelt **prof. dr. Connie Stumpel**, klinisch geneticus en coördinator van de expertisecentra in het Maastricht UMC+. Ook leidt zij het Maastricht-

Wat is zeldzaam?

Een ziekte wordt zeldzaam genoemd als deze bij minder dan **1 op 2.000 mensen** voorkomt.

Naar schatting zijn er zo'n **5.000 tot 8.000** zeldzame aandoeningen

Zo'n **80 procent** is erfelijk bepaald.

Het risico om een zeldzame ziekte te krijgen is gemiddeld **1 op 17**. In sommige families komen zeldzame aandoeningen echter vaker voor.

In Nederland lijden zo'n **1 miljoen** mensen aan een zeldzame aandoening.



se expertisecentrum voor Zeldzame Ontwikkelingsstoornissen. 'In de expertisecentra worden kennis, kunde en vaardigheden samengebracht, zodat patiënten met zeldzame aandoeningen een gespecialiseerde behandeling krijgen. Ook vindt gericht onderzoek plaats naar het ontstaan en de behandeling van de ziekte. Patiënten en zorgverleners kunnen er terecht voor diagnose, behandeling, advies en begeleiding.' In Nederland zijn nu ruim 300 expertisecentra erkend. Prof. dr. Connie Stumpel: 'Om als umc die erkenning als expertisecentrum te krijgen, moet aan allerlei eisen op het gebied van patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, kwaliteit en continuïteit van zorg worden voldaan. Die eisen worden op Europees niveau opgesteld. Ook patiëntenorganisaties hebben een belangrijke stem in de erkenning. De inbreng van patiënten heeft een enorme meerwaarde, want uiteindelijk gaat het natuurlijk om goede patiëntenzorg. Het Maastricht UMC+ heeft inmiddels 22 nationaal erkende expertisecentra. Daarnaast loopt de aanvraagprocedure voor nog enkele centra waarvan de beoordeling waarschijnlijk dit voorjaar volgt.'

Over de grenzen heen

Om in nog breder verband te bundelen, worden er op Europees niveau ook netwerken gebouwd. In Europa hebben 27 tot 36 miljoen mensen een zeldzame ziekte. 'Daarom is het zinvol kennis te delen over nationale grenzen heen', aldus prof. dr. Connie Stumpel. 'Dat gebeurt in zogenaamde "Europese referentienetwerken" of ERN's. Dit zijn virtuele netwerken waarin specialisten op het gebied van zeldzame ziekten samenwerken en expertise en kennis delen. Een patiënt in Limburg kan zo profiteren van kennis uit

bijvoorbeeld Italië of Frankrijk en vice versa. In 2017 zijn 24 van deze Europese netwerken erkend en gestart. Meer dan 900 erkende expertisecentra van 300 ziekenhuizen uit 26 landen werken erin samen, óók het Maastricht UMC+.'

Ook dichterbij huis, in de Euregio Maas-Rijn, wordt door het Maastricht UMC+ samengewerkt op het gebied van zeldzame ziekten. 'Dat gebeurt in het EMRaDi-project (Euregio Meuse-Rhine Rare Diseases). In dit project bundelen ziekenfondsen, de universitaire ziekenhuizen in Luik, Aken en Maastricht, en patiëntenorganisaties hun krachten op het gebied van acht zeldzame ziekten, waaronder Duchenne spierdystrofie en de ziekte van Huntington. EMRaDi heeft als doel diagnose en

behandeling te verbeteren, maar vooral de kwaliteit van leven van patiënten te verhogen. Onder meer door patiënten beter inzicht te geven in het regionale aanbod van diensten op het gebied van zeldzame ziekten.

Meer info over EMRaDi op: emradi.eu. Meer informatie over de ERN's op: <https://webgate.ec.europa.eu/ern/>. De volledige lijst met Nederlandse expertisecentra is te vinden op de site van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU): nfu.nl, zoekterm 'zeldzame aandoeningen'.

Een patiënt in Limburg kan dankzij Europese netwerken van expertisecentra profiteren van kennis uit Italië of Frankrijk en vice versa

De expertisecentra voor Cardiogenetica, Zeldzame tumoren en Neuromusculaire aandoeningen zijn enkele voorbeelden van de 22 expertisecentra zeldzame ziekten van het Maastricht UMC+.

**Expertisecentrum
Cardiogenetica
Dr. Ingrid Krapels,
klinisch geneticus bij het
Maastricht UMC+**



Het expertisecentrum Cardiogenetica richt zich op patiënten met (verdenking op) erfelijke hartaandoeningen. Het gaat hierbij vaak om (combinaties van) hartafwijkingen, waarvoor een geoevend oog en veel specifieke ervaring nodig is. Als expertisecentrum streven we ernaar de erfelijke aanleg voor deze aandoeningen boven tafel te krijgen. Als hartproblemen vaker dan normaal in de familie voorkomen, dan kan er sprake zijn van een erfelijke oorzaak. Echter, ook als de hartproblemen slechts bij één persoon in de familie voorkomen, kan dat het geval zijn. Als we inderdaad een erfelijke aanleg voor een hartaandoening vaststellen, krijgen de patiënten een familiebrief mee, met het verzoek deze uit te delen aan directe familieleden. Zo kunnen familieleden die een hoog risico hebben, tijdig worden geïdentificeerd en, indien mogelijk, preventief worden behandeld. Plotselinge dood is een van de risico's van erfelijke hartaandoeningen. Het is dus zeer de moeite waard om er aandacht aan te besteden.

Onderzoek is een belangrijke pijler van ons expertisecentrum. Een van de onderzoekspijlers richt zich op dilaterende myopathie, een hartaandoening waarbij het hart minder pompt. In dit onderzoek proberen we nieuwe genetische oorzaken te achterhalen. Uiteindelijk hopen we hierdoor meer duidelijkheid te krijgen over het ontstaan van deze aandoening en het proces dat ermee gepaard gaat. Dat leidt tot betere diagnose en behandeling. Een ander belangrijk expertisegebied vormen de erfelijke hartritmestoornissen. We zien veel patiënten die voor erfelijkheidsonderzoek worden doorverwezen vanwege vermoede of vastgestelde ritmestoornissen of vanwege het familiair voorkomen van plotse hartdood. Bij een aanzienlijk deel van hen wordt een genetische afwijking vastgesteld. Hopelijk kunnen we op basis van nieuwe kennis in de toekomst medicijnen ontwikkelen of wellicht zelfs therapieën om het betrokken gene te repareren.'

Meer op mumc.nl > 'cardiogenetica'.



**Expertisecentrum
Zeldzame tumoren
Drs. Judith de Vos-Geelen,
medisch oncoloog bij het
Maastricht UMC+**

Zeldzame tumoren is een heel ruim begrip. Maastricht heeft de erkenning gekregen voor onder meer zeldzame levertumoren. Winst voor de patiënt is dat alle kennis en expertise hier is gebundeld. En omdat we hier de meeste patiënten met zeldzame levertumoren zien, vergroten we onze kennis en expertise op dat gebied steeds verder. Niet alleen op medisch gebied, maar bijvoorbeeld ook over hoe we de ondersteunende zorg nog beter kunnen maken. We doen zelf veel studies, waardoor we onze patiënten alternatieve behandelopties kunnen bieden, zoals immunotherapie, die een afweerreactie tegen kankercellen stimuleert. Ontwikkelingen en studies elders volgen we op de voet. Zo kunnen we de lat steeds een stukje hoger leggen. Vooral bij zeldzame tumoren is niet alles zwart-wit en moeten keuzes nog zorgvuldiger dan gewoonlijk gewogen worden. Hoe zeldzamer de tumor hoe meer *feeling* je met bepaalde behandelingen moet hebben om een goed besluit te kunnen nemen. We vinden het daarom essentieel om de patiënt mee te nemen in de gedachtegang van het multidisciplinaire behandelteam. Zodat we vervolgens ook samen met de patiënt tot een bepaalde behandeling kunnen besluiten. Als de diagnose en behandeling eenmaal duidelijk zijn, kan de patiënt vaak terug naar zijn/haar oncoloog van het verwijzende ziekenhuis. Dat is het voordeel van ons ziekenhuis; we willen niet alles in eigen hand houden, maar werken samen met ziekenhuizen in de regio (binnen het Oncologisch Netwerk Zuidoost-Nederland, OncoZON). Dat werkt heel prettig voor de patiënt.

Meer op mumc.nl > 'levertumoren'.



**Expertisecentrum
Neuromusculaire aandoeningen
Prof. dr. Karin Faber, neuroloog
bij het Maastricht UMC+**

Neuromusculaire aandoeningen zijn spier- en zenuw-ziekten. Een voorbeeld van een zeldzame spierziekte is myotone dystrofie, die 1 op de 8.000 mensen treft. De expertise over deze ziekte is gebundeld in Maastricht en Nijmegen in het gezamenlijke, landelijke expertisecentrum Myotone dystrofie. Myotone dystrofie is een erfelijke spier-ziekte. Kenmerken zijn het onvermogen om spieren te ontspannen (myotonie) en een langzaam toenemende spierzwakte (dystrofie). Patiënten zijn vaak futloos, hebben meer slaap nodig en kinderen hebben leer- en gedragsproblemen. Het is een complexe ziekte omdat ook veel organen klachten kunnen geven: hersenen, hart, longen, maagdarmsstelsel en ogen. Bij de behandeling zijn dan ook veel disciplines betrokken. Naast allerlei medisch specialisten maken bijvoorbeeld ook ergo- en fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers deel uit van het multidisciplinaire team. Goede zorg, wetenschappelijk onderzoek, voorlichting en onderwijs zijn de speerpunten van het expertisecentrum. Onze ambitie voor de toekomst is de patiëntenzorg zo te organiseren dat zorg dichtbij de patiënt kan worden geregeld, maar wel met de juiste ondersteuning en aansturing vanuit het landelijke expertisecentrum. Daarvoor is verdere ontwikkeling van e-Health-tools

nodig, die patiënten goed kunnen ondersteunen. Qua wetenschappelijk onderzoek richten we ons specifiek op het verbeteren van de behandelingen en het verlichten en voorkomen van klachten, denk bijvoorbeeld aan hart- of ademhalingsproblemen. Voor de lange termijn hoop ik dat we op een gegeven moment in staat zijn de fout in het betrokken gen te repareren waardoor we de ziekte kunnen vertragen of zelfs tot stilstand kunnen brengen. Het expertisecentrum onderhoudt nauwe banden met de patiëntenvereniging Spierziekten Nederland. Op hun verzoek starten we dit jaar, met subsidie van het Prinses Beatrix Spierfonds, een onderzoek naar voeding en stofwisseling in relatie tot de ziekte.

Meer op neurologie.mumc.nl en op spierziekten.nl.

Kijk op mumc.nl, zoekterm 'expertisecentra', voor een overzicht van de Nederlandse expertisecentra die bij het Maastricht UMC+ zijn ondergebracht. Op mumc.nl vind je ook meer informatie over OncoZON, het Oncologisch Netwerk Zuidoost-Nederland.

Ons hart

Onophoudelijk pompt ons hart het bloed door ons lichaam. Afvalstoffen worden afgevoerd en organen en weefsels worden voorzien van nieuwe voedingsstoffen en zuurstof. Zonder hart geen leven. Hoe werkt deze motor van het lichaam?

BLOED RONDPOMPEN

- 1 Het hart is een holle spier met vier holtes: twee boezems boven en twee kamers onder. De boezems vormen het reservoir, ze vangen het bloed op uit het lichaam en de longen. De rechterkamer pompt het bloed naar de longen om koolzuur af te geven en zuurstof op te nemen. De linkerkamer pompt onder een enorme kracht het bloed het hele lichaam rond.

IN EN UIT

- 2 Vier hartkleppen zorgen ervoor dat het bloed maar één richting op kan stromen.



DUIZENDEN KILOMETERS

3 **Slagaders** vervoeren zuurstof en voedingsstoffen van het hart naar de rest van het lichaam. Ze hebben een dikke, elastische wand waarmee ze de druk die op de vaatwand staat, goed kunnen opvangen.

4 **Aders** vervoeren bloed met afvalstoffen en koolzuur naar het hart. Aders staan minder onder druk dan slagaders en hebben daarom een dunnere wand.

Haarvaten zijn kleine bloedvaatjes die rond de organen liggen. Ze geven zuurstof en voedingsstoffen aan de organen en voeren de afvalstoffen af.

Met dit uitgebreide stelsel van bloedvaten wordt elk deel van het lichaam van bloed voorzien. Alle bloedvaten in een menselijk lichaam samen zijn duizenden kilometers lang.

HARTSLAG

Ons hart trekt samen en ontspant. Ritmisch en krachtig. Bij elke hartslag stroomt bloed in of uit het hart. Als we in rust zijn 60 tot 100 keer per minuut, maar bij inspanning of emotie wordt dat 160 tot 180 keer. Elke minuut pompt ons hart zo vier tot vijf liter bloed door ons lichaam. Per dag is dat ongeveer 7.000 liter – een tankwagen vol.

Wat kan er misgaan met het hart?

Hart- en vaatziekten behoren in Nederland tot de belangrijkste doodsoorzaken, zowel bij mannen als bij vrouwen. Eén op de drie Nederlanders sterft als gevolg van een hart- of vaatziekte. Grofweg kun je hart- en vaatziekten opdelen in vier categorieën.

- 1 **Aangeboren afwijkingen**, zoals hartklepafwijkingen en hartritme stoornissen;
- 2 Aandoeningen door **vernaauwing** of **blokking** van de bloedvaten, zoals angina pectoris, hartinfarct, beroerte, trombose en etalagebenen;
- 3 **Infectie** of **ontsteking** van het hart, zoals endocarditis;
- 4 Overige aandoeningen die niet in de eerdere categorieën vallen, zoals later ontstane **hartritme stoornissen**, **hartfalen** en **aneurysma**.

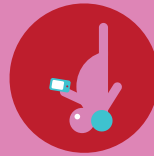
Meer op hartenvaatcentrum.mumc.nl.

Hou je hart gezond! Een ongezonde leefstijl vergroot het risico op hart- en vaatziekten. Dat risico kun je zelf verlagen.



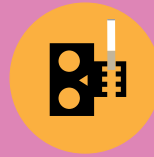
Eet gezond:

weinig zout, minder vlees, meer volkorenproducten, elke dag een handje ongezuurd noten en veel groenten en fruit.



Beweeg:

elke dag een half uur matige tot redelijke inspanning. Het hoeft niet achter elkaar door, drie keer 10 minuten mag ook. En het hoeft niet per se een



Stop met roken:

sport te zijn: fietsen naar het werk, huishoudelijke klusjes en tuinieren tellen ook mee. na één jaar stoppen met roken is het risico op een



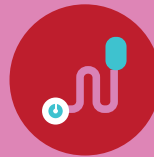
Blijf op gewicht:

een gezond gewicht verlaagt het risico op aandoeningen als diabetes, een hoog cholesterolniveau



Drink minder alcohol:

overmatig drankgebruik is niet goed voor je lichaam en ook



Hou je lichaam in de gaten:

laat als je ouder bent de dokter regelmatig je bloeddruk en cholesterolniveau checken.

Beschermfactor

Feitelijk kent iedere reis risico's, daar moet je niet te lang bij stil te staan. Vooral omdat je gaat voor je plezier.

Neem een deskundige, leuke en betrouwbare (preventieve) reispartner in de arm die je kan voorzien van nuttige informatie en zorgt voor de juiste beschermende maatregelen.

Ease is de ideale partner als het gaat om reizen. Kies voor zekerheid en maak van Ease je vertrekpunt waar je ook heen gaat.

**Vertrek
punt+**

Ease
Travel Clinic & Health Support



fact

Wist je dat Nederlanders vaak hagelslag en pindakaas missen wanneer ze in een hotel in een ander land ontbijten?

ease-travelclinic.nl

VOORLICHTING VACCINATIES & REISPRODUCTEN
VOOR PARTICULIEREN EN BEDRIJVEN

IN DE TIJD DAT
HET U KOST OM
DEZE ZIN TE LEZEN
**ZIJN ZES
MENSENLEVEN
VERBETERD**

Elk jaar helpt Medtronic wereldwijd miljoenen mensen door pijn te verlichten, gezondheid te verbeteren en levens te verlengen. Dat betekent dat elke seconde twee mensen de positieve gevolgen ervaren van onze medische technologieën en therapieën.

Omdat elke seconde telt.

Meer weten? Bezoek www.medtronic.nl

Medtronic
Further Together

LOOP, FIETS OF WANDEL VOOR KANKER- ONDERZOEK IN LIMBURG

Zaterdag 2 juni 2018
Eijsden-Margraten

Five4Five is een initiatief van Kankeronderzoeksfonds Limburg Business Vrienden

www.five4five.nl



Het nieuwe Campagne - persoonlijke, kleinschalige en beleavingsgerichte zorg...

Aan de buitenkant ziet het nieuwe Campagne er al indrukwekkend uit, maar het meest bijzondere en vernieuwende zal aan de binnenkant te zien én te beleven zijn. Campagne - één van de Mosae locaties - heeft op eigen terrein een volledig nieuwe vleugel gebouwd. In maart 2018 verhuizen de bewoners naar deze nieuwe vleugel.

Het gebouw is speciaal gebouwd voor mensen met dementie. Het ontwerp van het gebouw is de fundering van de kleinschalige en persoonlijke begeleiding en zorg voor deze groep ouderen. Het draait allemaal om een huiselijke sfeer en geborgenheid. Zoals het leven thuis!

Kijk voor meer informatie over wonen, werken en zorg op www.mosaezorggroep.nl



www.mosaezorggroep.nl



foto © Focus 22 - Jean Pierre Geusens





Dankzij de inenting die we als kind krijgen, zijn bepaalde ernstige infectieziekten – zoals pokken, polio en difterie – helemaal verbannen uit onze samenleving. Toch groeit het aantal mensen dat twijfelt aan de noodzaak van vaccineren of er zelfs voor kiest hun kinderen maar helemaal niet te laten vaccineren. Een zorgelijke ontwikkeling, vinden veel anderen. Tijd dus om de zin van de onzin over vaccineren te scheiden.

Wie is er bang voor vaccineren?

Iedereen die kinderen heeft, kent de regelmatige oproepen van het consultatiebureau om je kind te laten inenten. Hiermee wordt het beschermd tegen een hele rij ziekten die door infecties veroorzaakt worden; van polio tot mazelen en van de bof tot tetanus. Ziekten waarmee de meeste mensen nooit in aanraking zijn gekomen, mede dankzij het succes van het in 1957 gestarte en langzaam uitgebreide Rijksvaccinatieprogramma.

Vergeleken met een eeuw geleden komen veel infectieziekten in Nederland nauwelijks nog voor. Dat is natuurlijk ook te danken aan een betere hygiëne en gezondheidszorg, en een gezonder dieet. Maar zeker is dat het Rijksvaccinatieprogramma tienduizenden ziektegevallen en honderden doden heeft weten te voorkomen. De pokken bijvoorbeeld, waarmee het Rijksvaccinatieprogramma ooit begon, zijn in Nederland helemaal uitgeroeid.

Dalende trend

Hoe meer kinderen zijn gevaccineerd, hoe minder besmettelijke virussen en bacteriën de kans krijgen zich te verspreiden. Toch ziet het RIVM (het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), dat het

Rijksvaccinatieprogramma uitvoert, de laatste jaren een langzame daling van het aantal mensen die hun kinderen "gewoon" laten vaccineren. En dat is zorgelijk. Niet-ingeënte kinderen zijn niet beschermd tegen mogelijke infecties. Bovendien vormen ze een risico voor andere kinderen en volwassenen, die bijvoorbeeld nog te jong zijn voor vaccinaties of die door een ziekte niet gevaccineerd kunnen worden [zie het kader "Groepsimmunitet" op pagina 36]. Bovendien komen de nu verdwenen ziekten terug als te weinig mensen gevaccineerd zijn. Deze groepsbescherming is heel belangrijk: door jezelf te vaccineren, help je anderen die niet beschermd zijn tegen infectieziekten.

Ver-van-ons-bed

Waarom besluiten sommige mensen dan toch hun kinderen niet te laten inenten? Voor een deel komt dat voort uit religieuze overtuigingen: strenggelovige christenen bijvoorbeeld vinden dat het niet aan de mens is om in te grijpen op het lot dat God voor hen voor ogen heeft. Tijdens de laatste polio-epidemie in Nederland, 25 jaar geleden, werden de gevolgen daarvan zichtbaar: 71 slachtoffers in de bijbelgordel. In 2013 nog was er, ook in de bijbelgordel, sprake van een mazelenuitbraak, met vele zieken waarbij enkele kinderen overleden en 180 mensen in het ziekenhuis belandden.

Een andere oorzaak voor de dalende bereidheid kinderen te laten vaccineren zit misschien juist in het succes van het Rijksvaccinatieprogramma: we zijn het zo gewoon gaan vinden dat we zonder ernstige infectieziekten opgroeien, dat we er nauwelijks nog bij stilstaan dat het vroeger anders was. Dat je toen ernstig ziek kon worden door die infecties, dat je gehandicapt kon raken of zelfs kon overlijden. Een ziekte als polio lijkt nu daardoor heel erg ver-van-ons-bed.

Desinformatie en spookverhalen

Anno 2018 zorgen desinformatie en spookverhalen op internet ook voor veel onrust over vaccinaties. Internationaal roeren "anti-vaxxers" zich volop op sites en sociale media. Zelfs de Amerikaanse president Trump twitterde vorig jaar dat vaccinaties 'not helpful' zijn en een 'autistische epidemie' veroorzaken, wat door een groot deel van zijn volgers voor waar wordt aangenomen. Toch zijn in Nederland veel van deze kritische "niet-prikkers", zo bleek uit een onderzoek van de Volkskrant, vaak hoogopgeleide mensen die zich juist sterk met gezondheid bezighouden. Maar gevoed door wantrouwen tegen de overheid, de farmaceutische industrie en instituten als het RIVM, denken ze dat vaccinaties juist ziekten en autisme veroorzaken, en dat een gezond lichaam ze niet nodig heeft. De wetenschap heeft dat allemaal ruim ontkracht, maar die informatie slaat bij deze groep niet aan.

Het RIVM ondertussen is bang dat de groep twijfelende ouders nog veel verder zal stijgen en heeft daarom de afgelopen jaren zo'n 2 miljoen euro uitgetrokken om ongeruste ouders beter voor te lichten. Gelukkig is het aantal mensen dat wél voor het vaccineren van hun kinderen kiest nog altijd 95 procent, precies de kritische grens voor groepsbescherming om ernstige infectieziekten uit ons bestaan weg te houden.



Prof. dr. Christian Hoebe, hoogleraar Infectieziektenbestrijding aan het Maastricht UMC+ en arts-epidemioloog Infectieziektebestrijding bij de GGD:

'Ook rond vaccins speelt "fake news" een rol'

Ik zeg altijd: mensen hebben recht op een eigen mening, maar niet op hun eigen feiten. Dat autisme veroorzaakt kan worden door een vaccin is echt onzin. Maar één zo'n verhaal op internet kan bijvoorbeeld via social media erg groot worden. Ook op dit gebied speelt "fake news" een rol. Vanuit de evolutie is ons brein nu eenmaal beter in het hanteren van verhalen dan van cijfers. Ook het verhaal dat er homeopathische alternatieven zijn die even goed beschermen, kent geen enkele wetenschappelijke onderbouwing. Vaccins kennen die wel.

In Nederland ben je niet verplicht je te laten vaccineren en persoonlijk denk ik ook dat verplichting averechts zou werken. We moeten mensen doen beseffen dat het gaat om het voorkomen van ernstige complicaties en dood door

infectieziekten. De angst voor bijwerkingen van vaccinatie wordt enorm gevoed op internet. Elk jaar worden in Nederland 180.000 kinderen gevaccineerd en er worden er dan altijd wel een paar ziek, net als het geval is zonder vaccinatie. Kinderen krijgen nu eenmaal soms griep of koorts. Hoe bewijs je dan dat het door het vaccin komt? Natuurlijk moeten we kritisch kijken naar eventuele bijwerkingen, maar alle bewijs wordt zorgvuldig afgewogen door de Gezondheidsraad voordat het in een nationaal programma komt. Daar moet je op vertrouwen als burger en dat vinden sommige mensen lastig. Maar het merendeel van de mensen laat zich nog steeds wél vaccineren en dat is heel belangrijk voor de bescherming van de hele bevolking.'

Wat is vaccineren precies?

Vaccins programmeren je immuunsysteem (ook wel afweersysteem genoemd) om bepaalde ziekten te herkennen en af te weren. In een vaccin zitten kleine bestanddelen van de ziekte waartegen je wordt ingeënt. Ze zijn zo minimaal dat je de echte ziekte normaal gesproken niet krijgt, maar je afweersysteem gaat er wel mee aan de slag. Het maakt antistoffen tegen de ziekteverwekker en die blijven (meestal) de rest van je leven in je bloed aanwezig. Zodra je daarna het echte virus binnenkrijgt, herkent je afweersysteem de boosdoener en maakt korte metten met het virus. Je wordt dan niet ziek. Vaccineren is dé manier om besmettelijke infectieziekten te voorkomen.



*Dr. Astrid Oude Lashof, internist
gespecialiseerd in infectieziekten bij
het Maastricht UMC+:*

'Er zijn geen goede redenen om niet te vaccineren'

En op de honderd kinderen met mazelen krijgt een ernstige ziekte, zoals een long- of hersenontsteking, waar ze schade aan overhouden. En bij een uitbraak overlijden altijd een paar mensen, meestal kinderen. Dat kunnen we voorkomen met vaccins. Mensen onderschatten het risico tegenwoordig omdat het "maar een kinderziekte is", maar dat is juist het grote drama: kinderen kunnen eraan overlijden.

Als ik wel eens in debat ben met mensen die kritisch staan tegenover vaccineren, merk je dat ze vooral naar het individuele belang kijken en hun vertrouwen baseren op het feit dat we in het Westen weinig meer met serieuze kinderziekten worden geconfronteerd en dat ze veel vaker denken aan de bijwerkingen van vaccins. Maar de wereld is één *global village* tegenwoordig, dus een infectie is sneller opgelopen dan je denkt als je niet bent ingeënt. Als ik kijk naar het individuele belang dan is juist vaccinatie dé manier om ernstige en dodelijke infecties te voorkomen.

Niemand wordt graag geprikt, maar als je daarmee een ziekenhuisopname en ernstige complicaties kunt voorkomen, zou de keus eigenlijk makkelijk moeten zijn. Er zijn geen goede redenen om jezelf of je kinderen niet te laten vaccineren.'

Hoe veilig zijn vaccinaties?

Vaccins worden net als medicijnen jarenlang getest voordat ze gebruikt mogen worden. Omdat vaccins gegeven worden aan jonge kinderen, worden ze in nog veel grotere groepen getest dan gewone medicijnen. Een vaccin komt pas in het Rijksvaccinatieprogramma na een positief advies van de Gezondheidsraad, een onafhankelijk, wetenschappelijk adviesorgaan op het gebied van gezondheid. Dat positieve advies wordt alleen gegeven als zeker is dat het vaccin veilig is en dat het voor de Nederlandse situatie nuttig is. Ook na invoering van een vaccinatie wordt goed in de gaten gehouden of er geen ernstige bijwerkingen door het vaccin kunnen ontstaan.



Zijn er ook bijwerkingen?

Een vaccin zorgt ervoor dat je afweer aan het werk wordt gezet en dat geeft soms bijwerkingen. Bijvoorbeeld lichte koorts, pijn rond de prikplek of een zwelling. Meestal gaan die na een paar uur weer over. Bij baby's zie je soms dat ze minder of juist meer slapen dan normaal. Deze klachten zijn meestal mild van aard en gaan over binnen een dag of twee. Zo niet: neem dan contact op met je huisarts.

Zeer zelden komen er ook heftigere bijwerkingen voor, zoals verkleurde benen of flauwvallen. Bijwerkingen worden wereldwijd bijgehouden en onderzocht. Als ergens ter wereld een nieuwe bijwerking wordt vastgesteld, wordt overal de bijsluitertekst van het vaccin aangepast. In Nederland gebeurt dat bijhouden door Bijwerkingencentrum Lareb. Op hun website vind je onder meer jaarberichten met een exact overzicht van de gemelde bijwerkingen in een jaar.

Kijk voor meer info op [lareb.nl](https://www.lareb.nl).

Groepsimmuniteit?

Door je te laten vaccineren bescherm je niet alleen jezelf, maar ook de bevolking om je heen tegen ernstige infectieziekten. Met name voor de zeer besmettelijke ziektes, zoals mazelen, is het belangrijk dat minstens 95 procent van de bevolking is ingeënt. Zolang deze 'vaccinatiegraad' standhoudt, spreek je van 'groepsimmunitet'. Hier zitten ingewikkelde rekensommen aan vast, maar het komt erop neer dat bijvoorbeeld voor mazelen één niet-gevaccineerd persoon achttien gevaccineerden om zich heen moet hebben om toch beschermd te zijn. Zodra dat er minder worden, groeit het risico op een mazelenuitbraak. Dat verklaart waarom er om de zoveel jaar nog zo'n uitbraak is, bijvoorbeeld in gebieden waar veel mensen zich uit religieuze overwegingen niet laten inenten.

Waartegen kun je allemaal worden ingeënt?

Twaalf infectieziekten

In Nederland krijgen kinderen vanaf hun geboorte tot hun twaalfde jaar vanuit het Rijksvaccinatieprogramma vaccinaties aangeboden, die hen voor de rest van hun leven beschermen tegen twaalf infectieziekten. Deze ziekten worden veroorzaakt door virussen die niet of nauwelijks veranderen. Op dit moment beschermt het programma tegen:

1. difterie
2. kinkhoest
3. tetanus
4. polio
5. haemophilus influenzae type b (Hib)
6. hepatitis B
7. pneumokokken
8. bof
9. mazelen
10. rodehond
11. meningokokken C
12. humaan papillomavirus (HPV)

Meer op

rijksvaccinatieprogramma.nl.

Extra inentingen bij risicogroepen

Soms kom je, ook na je kindertijd, in aanmerking voor een bepaalde vaccinatie omdat je tot een risicogroep behoort. Zo worden ouderen, mensen met diabetes of bijvoorbeeld een longziekte jaarlijks opgeroepen voor een griep prik. Dat gebeurt elk jaar weer, omdat het griepvirus muteert – het oppervlak van het virus verandert continu. Dat komt onder meer doordat griep ook bij dieren voorkomt, in tegenstelling tot infectieziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma. Daarom moet het griepvaccin steeds worden aangepast. Ook worden volwassenen wel ingeënt tegen hepatitis B, als ze bijvoorbeeld bij de politie of in de gezondheidszorg werken en zo een verhoogd risico lopen om besmet te raken.

Inentingen als je op reis gaat

In sommige (verre) buitenlandse landen komen nog infectieziekten voor die we hier niet meer kennen. Als je deze landen bezoekt, wordt dan ook aangeraden om je te laten inenten tegen deze ziektes. Soms is dat zelfs verplicht. Het gaat dan om ziektes als:

1. difterie, tetanus, polio (DTP)
2. hepatitis A
3. gele koorts
4. buiktyfus
5. meningokokken ACWY

Kijk op de website van de GGD voor meer informatie:
ggdreisvaccinaties.nl. En kijk ook eens op ease-travelclinic.nl voor informatie over reisvaccinaties.

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ● Logopedie | ● Lasering |
| ● Ergotherapie | ● Oogzorg |
| ● Fysiotherapie | ● Mamacare |
| ● Podotherapie | ● Steunkousen |
| ● Medisch pedicure | ● Coaching bij afvallen |
| ● Kinderfysiotherapie | ● Bewegen en sport 60+ |
| ● Mensendiecktherapie | ● Orthopedische schoenen |
| ● Voetbedden / orthesen | ● Orthopedische hulpmiddelen |



www.medipoint-parkstad.nl



Ook jouw praktijk?
huren-medipoint.nl



- hartrevalidatie
- hersenletsel
- taalproblemen
- kinderrevalidatie
- sport & bewegen
- amputatie
- arbeidsre-integratie
- oorsuizen
- speciaal onderwijs
- chronische pijn
- woontrainen
- revalidatie na kanker
- dwarslaesie
- handbiken
- wetenschappelijk onderzoek
- gehoorproblemen
- dyslexie
- innovatie
- intensieve kindzorg
- beroerte
- en meer...



adelante

haal het beste uit jezelf

**“DE PEUTERGROEP IS EEN MUST
VOOR SOPHIE”** *Ouders Sophie Poell*

Lees meer op www.adelante-zorggroep.nl

Wie: dr. Arina ten Cate

Is: trombosearts en -onderzoeker

Leeft met: echtgenoot. En heeft twee kinderen en twee kleinkinderen

Wil nog graag: 'Ik ben heel tevreden, er is een goede balans tussen werk en privé en de combinatie onderzoek en patiëntenzorg is wat mij betreft ideaal. Er zijn nog veel onopgeloste vragen ten aanzien van trombose, ik zou graag een bijdrage leveren aan de oplossing.'

Inspiratiebron: 'Kan ik hier mijn man zeggen? We hebben elkaar als student ontmoet, we zitten een beetje in hetzelfde vak. Hij inspireert me.'

Korter steunkousen dragen is prettig en bespaart miljoenen

Bij de helft van de patiënten die steunkousen dragen om complicaties na een trombosebeen te voorkomen, kan de draagtijd met anderhalf jaar worden verkort: van twee jaar naar zes maanden. Zo wijst onderzoek uit van dr. Arina ten Cate. Dat is niet alleen bijzonder prettig voor de patiënten, maar levert jaarlijks bovendien een enorme besparing op.

Is het nou zo erg dat iemand steunkousen moet dragen? Hoe bespaar je in vredesnaam tien miljoen euro per jaar op steunkousen? Ik begrijp de vragen. Heb je wel eens een steunkous aangetrokken? Dat is niet eenvoudig. Mensen krijgen pijnlijke plekken aan hun handen van het sjoeren. Aan en uit, elke dag, twee jaar lang. Mijn onderzoek komt voort uit de dagelijkse praktijk van de zorg. Ik zag dat tachtig procent van de patiënten na een tijd geen klachten meer had. Ook aan het been was weinig meer te zien. Waarom dan toch twee jaar lang steunkousen dragen? Patiënten vragen altijd aan mij: "hoe lang moet ik die kousen nog aan?" Ze zijn heel blij als ze horen dat het niet meer hoeft. Het is een stigma, met die kousen aan ziet iedereen dat je wat hebt. En ze zitten niet fijn, het is warm. Met lekker weer wil je liever met blote benen in een jurkje of korte broek naar de stad. Als je de steunkousen zelf niet aan kunt trekken, verlies je een deel van je zelfstandigheid. Dat is niet prettig, een mens wil niet afhankelijk zijn van anderen. Elk jaar komen er in Nederland 25.000 mensen bij die steunkousen moeten dragen na een trombosebeen. Met een set kousen van 100 euro doe je een jaar. Dat is dus 2,5 miljoen euro per jaar. Van die 25.000 mensen heeft een behoorlijk percentage hulp van de thuiszorg nodig om de kousen aan en uit te trekken. Daarvoor moet dus twee keer per dag iemand langskomen – twee jaar lang. Zo kom je aan die tien miljoen euro besparing. Dat geld kan goed gebruikt worden voor zinnigere zorg.'

Meer op mumc.nl, zoekterm 'miljoenenbesparing steunkousen'.

Mijn ontdekking



Beter

Drie jaar geleden ging mevrouw Joke Heijmann met een pigmentvlek op haar neus naar de huisarts. Die stuurde haar door naar de dermatoloog. Het bleek een melanoom (huidkanker) te zijn en ze kreeg het slechte nieuws te horen: we moeten uw neus verwijderen. In het Maastricht UMC+ werd na de operatie een nieuwe neus voor haar gemaakt.



‘Als je te horen krijgt dat je neus eraf moet, is dat vreselijk. De eerste drie maanden na de operatie, toen ik nog geen nieuwe neus had, ben ik het huis niet uit geweest. Ik durfde mezelf ook niet in de spiegel te bekijken. Met een zelf geïmproviseerde neus ben ik toen uiteindelijk toch de deur uitgegaan. Pas na een half jaar kreeg ik mijn prothese, waar ik meer dan tevreden over was en nog steeds ben. Nu denk ik: er zijn ergere dingen. Ik kan weer goed ademen én zelfs beter

ruiken! Mijn neus snuiten kan niet, ik moet hem schoonmaken met wattenstaafjes. Mijn prothese is gemaakt van siliconen, bij warm weer transpireert dat enorm. Maar hij ziet er geweldig uit! Niemand gelooft dat ik een protheseneus heb. Zelfs goede kennissen zien het niet. Ik zou bijna zeggen: ik kan het iedereen, in een vergelijkbare situatie, aanbevelen. Ach ja, je moet blijven lachen, treuren heeft geen zin. Om de anderhalf jaar krijg ik een nieuwe neus. Carnaval is er niets bij!’