

AZ

OUDENAARDE

HUISARTSENMAGAZINE
MAGAZINE NR. 17 EDITIE 2025



3

Voorwoord

4

Wetenschap

- De gevaarlijke driehoek tussen vermageringsoperaties, levergezondheid en alcoholconsumptie
- Leversteatose: een stil gevaar in uw wachtkamer
- Obesitas en HFpEF: een onderschatte vorm van hartfalen
- “We reduceren obesitas nog te vaak als een gebrek aan wilskracht”

16

Aankomende events

- Prevent! – AZ Oudenaarde zet preventief in op een gezonde levensstijl
- Tournée Médicale, donderdag 20 november

18

Welkom, nieuwe arts!

- Dr. Louis Onghena
- Dr. Ünal Gülseren
- Dr. Isha Delaleeuwe
- Dr. Virginie Preuss
- Dr. Ellen Allaert
- Dr. Kaat Wykstandt

Colofon

Verantwoordelijke uitgever
AZ Oudenaarde
Minderbroedersstraat 3
9700 Oudenaarde
Tel: 055 33 61 11

Met dank aan: dr. Katrien Lecluyse, dr. Louis Onghena, dr. Philippe Vanbiervliet, dr. Vida Firsovaite, Ine Paeme en Hélène Heugebaert.

Redactie: dienst Communicatie AZ Oudenaarde / **Ontwerp:** Revista — www.revista-media.be

Alle rechten voorbehouden. De inhoud van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



BESTE COLLEGA'S,

Als hoofdarts ben ik bijzonder trots op hoe ons ziekenhuis zich blijft ontwikkelen tot een centrum van innovatie en hoogwaardige zorg. We investeren niet alleen in technologische vooruitgang, ook subspecialistische en multidisciplinaire samenwerking krijgt volop aandacht. De patiënt staat hierbij steeds centraal. Dit vertaalt zich in een brede expertise: van acute zorg tot chronische aandoeningen, van preventie tot hooggespecialiseerde behandelingen.

Onze maatschappelijke rol nemen we daarbij ter harte. Onder de noemer Prevent! organiseren we diverse initiatieven die gezondheid promoten, ook buiten de muren van het ziekenhuis. Zo organiseerden we een infomoment rond dementie, gekoppeld aan een cupcakeverkoop op de markt, in samenwerking met de leerlingen van het Bernardustechnicum. In oktober zetten we het thema veerkracht in de kijker, en in november plannen we een publieksdag rond gezonde voeding, in het kader van Werelddiabetesdag. Ook voor 2026 staan nieuwe projecten gepland. Preventie blijft immers een gedeelde verantwoordelijkheid.

Ons team blijft groeien en evolueren. We mochten recent twee nieuwe collega's verwelkomen: spoedarts dr. Ünal Gülseren en leverchirurg dr. Louis Onghena. Tegelijk nemen we afscheid van reumatoloog dr. Ruth Reyhler, die jarenlang een gevestigde waarde was binnen en buiten ons ziekenhuis. Begin volgend jaar vervoegen een pediater, een gynaecoloog, een nieuwe reumatoloog en een gastro-enteroloog ons team. In dit magazine stellen we onze nieuwe collega's graag aan u voor.

Als regionaal ziekenhuis willen we ook in de toekomst blijven investeren in een multidisciplinaire aanpak en specialistische expertise. Zo bouwen we verder aan onder meer een osteoporosekliniek, een IMID-team voor chronische inflammatoire aandoeningen en een bekkenbodembekliniek en is menopauzeconsulente An Callewaert recent opgestart.

In dit nummer staat tot slot een actueel en relevant thema centraal: de medische gevolgen van overgewicht en obesitas. Een uitdaging waarmee u als huisarts steeds vaker wordt geconfronteerd. U vindt onder andere bijdragen over leversteatose, obesitaschirurgie en hartfalen bij obesitas. Onze nieuwe leverchirurg, dr. Onghena, deelt ook zijn inzichten over de driehoek alcohol, obesitas en leverlijden. We hopen dat deze artikels u inspireren en bijdragen tot een nauwere samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Bedankt voor uw blijvende vertrouwen in ons ziekenhuis.
We wensen u veel inspiratie en leesplezier.

Met collegiale groet,
Dr. Katrien Lecluyse
hoofdarts

DE GEVAARLIJKE DRIEHOEK TUSSEN VERMAGERINGSOPERATIES, LEVERGEZONDHEID EN ALCOHOLCONSUMPTIE



Door
dr. Louis Onghena
arts-specialist in
de algemene en
hepatobiliaire
heelkunde

Dat overgewicht een pandemie is, weten we ondertussen allemaal. Zwaarlijvigheid gaat gepaard met een breed scala aan klachten en gevolgen voor de gezondheid. Het gevecht tegen overgewicht gaat van diëten, tot sporten en in hardnekkige gevallen een operatie. Vandaag bieden vermageringsoperaties de meest langdurige en gunstige effecten op het vlak van gewichtsverlies en bijwerkingen van zwaarlijvigheid.

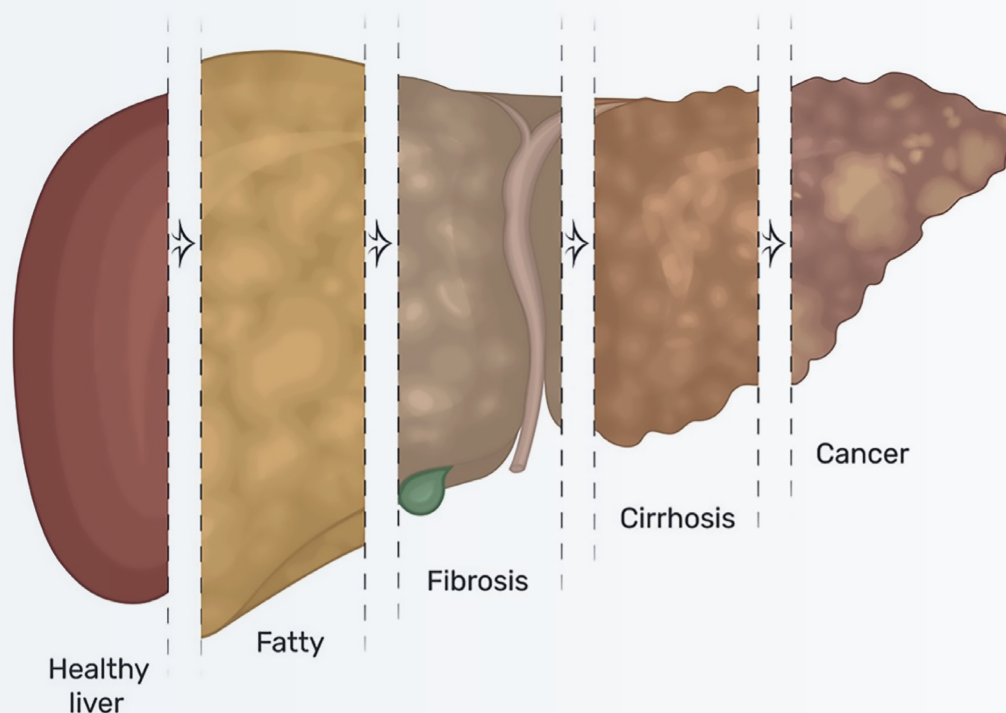
EEN GEZONDE LEVER, EEN GEZOND LIJF

De lever van een volwassen mens weegt ruim anderhalve kilo en is een van de grootste organen van het menselijk lichaam. Het is een uit de kluiten gewassen klier, die ook wel eens de afvalverwerker van het lichaam wordt genoemd. De talloze functies van de lever omvatten onder andere het afbreken van medicatie en alcohol, wat het bloed zuivert. Soms wordt de lever echter ziek. Dit uit zich in vervetting en verlittekening van het orgaan en kan worden veroorzaakt door alcoholgebruik, overgewicht, infecties en erfelijke aandoeningen.

Het ziekteproces van de lever verloopt gradueel, en is omkeerbaar tot het stadium van fibrose. Hierna ontstaat cirrose, onomkeerbare verlittekening, wat de risico's op

het ontwikkelen van leverkanker sterk verhoogt.

Overgewicht haalde enkele jaren geleden alcohol in als de meest voorkomende oorzaak van leververvetting. Europa telt het hoogste aantal alcoholverslaafde individuen, met de laagste abstinencijfers wereldwijd. Alcoholgebruik is een risicofactor voor een veelvuldigheid aan ziekten. Alcoholconsumptie zorgt ervoor dat onze darmwand gemakkelijker goede en slechte stoffen doorlaat, die op hun beurt opgenomen worden in de bloedcirculatie en gezuiverd worden door de lever. Het maakt onze darmen lui en kwetsbaarder voor bacteriën. Ook overgewicht draagt bij tot de kwetsbaarheid van de darmen voor bacteriën. Door de combinatie van beide kan de lever dubbel geraakt worden.



VERMAGERINGSOPERATIES, DE REDDINGSBOEI?

De laatste 30 jaar werden vermageringsoperaties steeds populairder. Ze hebben hun effecten ook bewezen en zijn – voorlopig nog – de meest langdurig bewezen behandeling voor aangehouden gewichtsverlies. De ingrepen zorgen voor een algeheel gunstig effect op het lichaam en de gezondheid. Naast gewichtsverlies vermindert ook het algeheel risico voor hart-en vaatziekten, het ontwikkelen van kanker, en een brede waaier aan mentale gezondheidsproblemen.

Om in aanmerking te komen voor een vermageringsoperatie moet het BMI van de patiënt ofwel de grens van 40 overschrijden, ofwel is het BMI gelijk of hoger dan 35, in combinatie met hoge bloeddruk (ondanks behandeling met 3 soorten medicatie), diabetes mellitus type 2, slaapapneu of onvoldoende gewichtsverlies of gewichtstoename van een voorafgaande bariatrische ingreep.

Een gekend voorbeeld van deze ingrepen is een 'gastric bypass': een procedure waarbij de maag verkleind wordt, gecombineerd met een omleiding van de dunne darm, zodat er minder voedingsstoffen opgenomen worden. Deze ingreep zorgt voor een fysieke beperking van de hoeveelheid voedsel die ingenomen kan worden, alsook een hormonale shift die het eetpatroon beïnvloedt.

DE LEVER EN DE VERMAGERINGSOPERATIE: EEN TWEESNIJDEND ZWAARD

Bij de vele voordelen van vermageringsoperaties hoort ook het verbeteren en zelfs verdwijnen van leververvetting van patiënten. Bij een minderheid van de patiënten treedt echter het omgekeerde op en kan de lever net zieker worden. Dit verklaren we omdat de omleiding die aangelegd werd op dunne darm-niveau de balans in de foute richting duwt. Dit kan wanneer de lengte van de omgeleide darm ervoor zorgt dat de balans van bacteriën compleet zoek raakt.

Gewone maag

Deze groep patiënten ontwikkelt een ontsteking van de lever die soms onomkeerbaar is en een transplantatie van de lever noodzakelijk maakt. We kunnen dit proces enkel stoppen door de vermageringsoperatie om te keren.

Wanneer mensen met een vermageringsoperatie alcohol drinken, wordt dit op een andere manier opgenomen en verwerkt. Enerzijds zal alcohol altijd genuttigd kunnen worden, het kan probleemloos in grote hoeveelheden worden opgenomen via de verkleinde maag. Anderzijds is het systeem van opname via de lever ook anders, gezien de dunne darm-omleiding. Dit mechanisme zorgt ervoor dat het effect op het lichaam van één glas wijn bij deze patiënten vergele-

Gastric bypass

ken kan worden met vier glazen wijn bij mensen zonder vermageringsoperatie in de voorgeschiedenis. Omdat de signalen die aan onze hersenen gegeven worden ook veranderen, kan het verslavende effect van alcoholconsumptie gevaarlijk hoog zijn. Zowel de 'gut-liver'- als de 'gut-brain'-communicatie zijn fors bijgestuurd.

Daarom is het belangrijk voor deze patiënten om zich voortdurend te blijven informeren over hun gezondheid en bezoeken bij de huisarts en chirurg niet over te slaan. Op deze manier kunnen problemen vroeg gedetecteerd worden. Naast alle voordelen van maagverkleiningen is het belangrijk om te weten dat ook kleine hoeveelheden alcohol desastreuze gevolgen kunnen hebben.

LEVERSTEATOSE: EEN STIL GEVAAR IN UW WACHTKAMER



Door
dr. **Philippe Vanbiervliet**,
gastro-enteroloog

Dat metabole stoornissen en overgewicht aanleiding kunnen geven tot tal van cardiovasculaire stoornissen, is al decennia gekend. Dat dit ook leidt tot levercirrose en hepatocellulair carcinoma is een inzicht dat pas de laatste jaren ingang gevonden heeft.

Tot in 2020 werd leversteatose kaderend in metabole afwijkingen als *NASH* (niet-alcoholische steatohepatitis) omschreven. Problematisch aan deze naamgeving was onder andere de negatieve omschrijving, omdat nog weinig gekend was over de onderliggende pathogenese. Intussen weten we dat patiënten met *NASH* bijna allemaal aan metabole dysfunctie lijden, en de aandoening werd omgedoopt naar *MASH* (Metabolic dysfunction-Associated Steatohepatitis) en *MASLD* (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease). Wanneer er bij patiënten met een metabool syndroom ook sprake is van overmatig alcoholgebruik, wordt de term *MetALD* gebruikt (Metabolic dysfunction-associated Alcoholic Liver Disease).

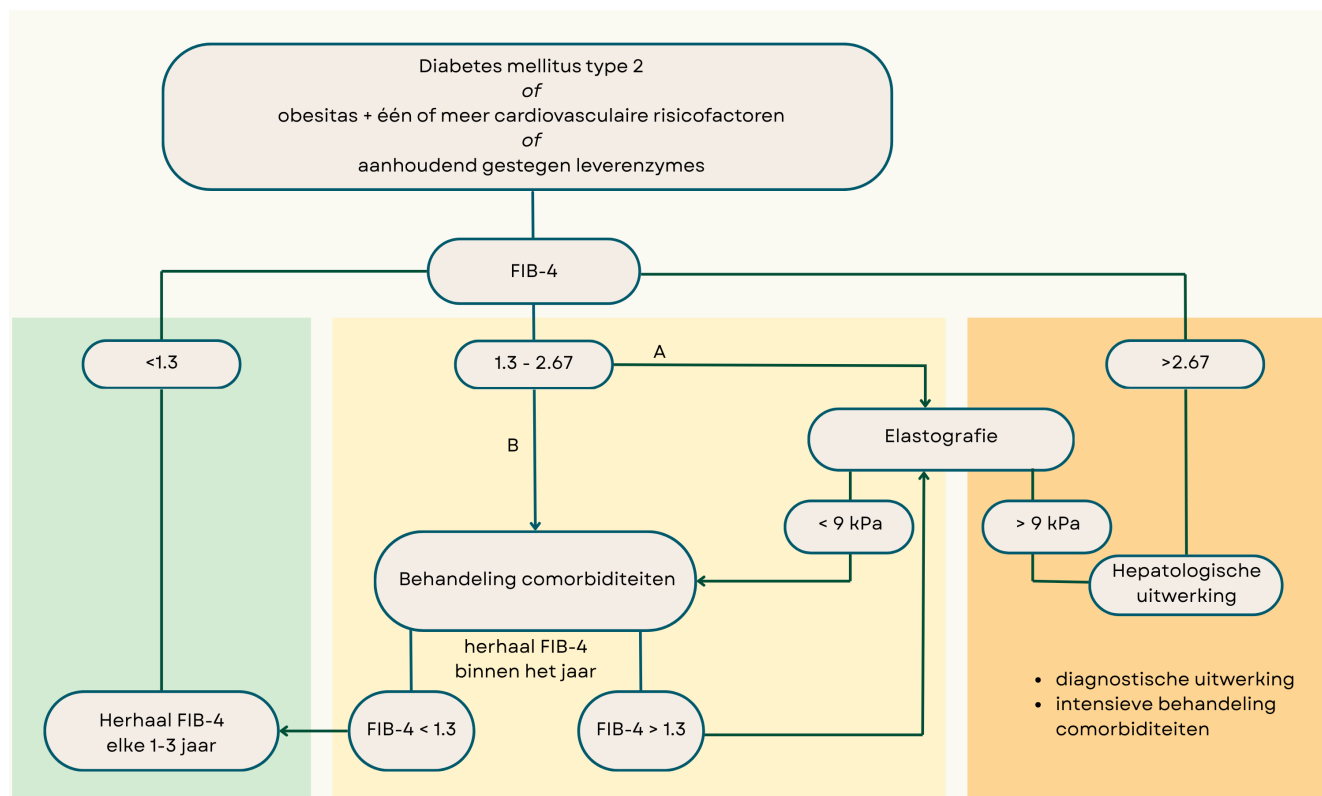
Met de komst van innovatieve diagnostiek en veelbelovende farmacotherapeutische

middelen die het onderliggende probleem aanpakken, is er vandaag de dag een groot potentieel om de lange termijneffecten van deze complexe en ernstige leverziekte aan te pakken, met ook effecten op behandeling van niet-levergerelateerde ziektes.

MASLD is wereldwijd de meest frequente leverziekte, met een prevalentie van bijna 40% van de volwassen bevolking. Hoewel de evolutie naar cirrose en *HCC* eerder uitzonderlijk is, gaat het gezien de omvang van de 'epidemie' uiteindelijk toch om een groot aantal patiënten. Bij specifieke groepen is de prevalentie nog hoger: bij patiënten met type 2 diabetes bijvoorbeeld wordt 65% van de populatie getroffen.

MASLD treft niet alleen de lever: er is overtuigend bewijs dat niet alleen cardio-metabole ziekten toenemen, maar ook chronisch nierlijden en extrahepatische kankers worden in toenemende mate aangetroffen. De aanwezigheid van *MASLD* wordt ook beschouwd als een onafhankelijke risicofactor voor het ontwikkelen van een (niet) fataal cardiovasculair event zoals VKF en hartfalen, en dit risico wordt groter naarmate de leverziekte meer gevorderd is.

Het ultieme kenmerk van *MASLD* is de combinatie van leversteatose en de aanwezigheid van minstens 1 van de 5 typische kenmerken van het metabool syndroom (BMI, hypertensie, verhoogde nuchtere glycemie, verhoogde triglyceriden en



verlaagd HDL). Andere oorzaken van leversteatose zoals overmatige alcoholconsumptie of gebruik van bepaalde medicatie zijn afwezig. Er is een correlatie tussen de hoeveelheid en ernst van de metabole stoornissen en de ernst van de leverziekte.

De evolutie van MASLD is vooral gedreven door obesitas en de hieraan geassocieerde insulineresistentie. Bijkomende factoren zoals consumptie van alcohol en van fructose kunnen hiertoe bijdragen. Het volgen van een mediterraan dieet anderzijds heeft dan weer een protectief effect. Accumulatie van vet in de lever geeft hepatocellulaire beschadiging en inflammatie, wat op termijn tot vorming van littekenweefsel leidt (fibrose). De ernst van de fibrose (F0 tot F4) loopt parallel met het toenemende risico op levergerelateerde morbiditeit en mortaliteit;

regressie van de fibrose is mogelijk en doet het risico opnieuw dalen.

LEVENSTIJLAANPASSINGEN

Gezien de hoge prevalentie van MASLD in de algemene populatie is er nood aan een screeningsinstrument om patiënten te identificeren met het grootste risico op lange termijn ernstige hepatologische complicaties. Patiënten die een hoger risico lopen, hebben doorgaans diabetes mellitus type 2, meerdere metabole risicofactoren of gestoorde leverenzymes. De screening is gebaseerd op de Fibrosis-4 index (FIB-4): een niet-invasieve merker, gebaseerd op de meting van 4 biochemische parameters, ontwikkeld om de aanwezigheid van gevorderde fibrose in te schatten. De score differentieert tussen patiënten met laag risico (score <1,30), gemiddeld risico (tussen 1,30 en 2,67) en hoog risico (>2,67) (Zie diagram). Patiënten

met laag risico kunnen verder opgevolgd worden door de huisarts. Bij hoog risico dient de patiënt doorverwezen te worden naar de hepatoloog voor verdere uitwerking en opvolging. Patiënten met intermediair risico dienen eveneens verder uitgewerkt te worden door de hepatoloog, met bijkomende testen zoals elastografie of biopsie.

Patiënten met intermediair of hoog risico dienen intensief behandeld te worden voor comorbiditeit zoals diabetes mellitus type 2; ook gewichtsverlies door middel van levensstijlaanpassing en farmacologische of chirurgische interventies dienen overwogen te worden.

Levensstijlaanpassingen, waarbij gewichtsverlies wordt nagestreefd d.m.v. een hypocalorisch dieet in combinatie met fysieke activiteit, vormen de hoeksteen van de behandeling van MASLD. Gewichtsverlies van minstens 5% leidt tot reductie van de steatose. Voor vermindering van de fibrose dient minstens 10% gewichtsverlies te worden nagestreefd. Gewichtsvermindering is echter niet altijd mogelijk. Zeker op langere termijn komen dieetaanpassingen te kort om tot voldoende vermagering te komen. Farmacologische interventies (zie het kaderstuk) kunnen interessant en soms ook onvermijdelijk zijn om succes te boeken voor een langere periode.

FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

- Semaglutide (Ozempic) is een GLP1-agonist die al 20 jaar gebruikt wordt voor glycemiecontrole bij patiënten met diabetes type 2. Behandeling met een dosis van 2.4 mg per week leidt tot verminderde steatose en ook tot reductie van fibrose. Hoewel dit veelbelovend is, wordt het gebruik ervan in België belemmerd door de terugbetalingscriteria.
- Tirzepatide (Mounjaro), een ander incretine-analoog dat naast een GLP1-agonist ook een GIP-agonist is. Het heeft, naast betere metabole controle, ook een gunstig effect op zowel fibrose als steatose.
- Andere producten met incretine-activiteit (waaronder met duale GLP-1 en glucagon-receptor-agonisme) leveren gelijkaardige resultaten. Het lijkt er dus op dat incretine-gebaseerde therapieën aantrekkelijke en veelbelovende mogelijkheden bieden voor de behandeling met MASLD, met eveneens een effect op cardiovasculaire en renale outcome door verbetering van de metabole controle. Gewichtsverlies is ook een quasi constante bij gebruik van deze therapieën.
- Naast incretine-analogen zitten nog andere producten in de pipeline: de thyroid hormoon receptor beta-agonist resmetirom heeft goedkeuring gekregen van de FDA, maar wacht op de Europese goedkeuring. PPAR-agonisten zoals pioglitazone (Actos) en lanifibranor leiden ondanks lichte gewichtstoename wel tot verminderde steatose en fibrose. Ten slotte dient hier ook dapagliflozine (Forxiga) genoemd te worden omwille van het gunstige effect op steatose en fibrose.

OBESITAS EN HFPEF: EEN ONDERSCHATTE VORM VAN HARTFALEN



Door
dr. Vida Firsovaite,
cardioloog

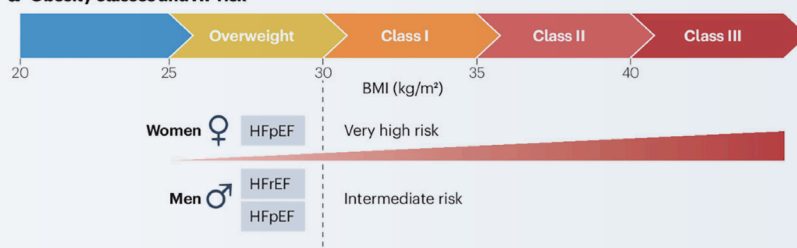
Obesitas is al lang geen louter esthetisch probleem meer. Het is een chronische aandoening met verstrekkende gevolgen voor de gezondheid, en in het bijzonder voor het cardiovasculaire systeem.

In België kampt bijna de helft van de bevolking met overgewicht, en bijna één op vijf met obesitas. Deze cijfers zijn heel verontrustend en vormen ook een dagelijkse realiteit in de huisartsenpraktijk.

Een van de vaak miskende complicaties van obesitas is hartfalen met behouden ejectiefractie, kortweg HFpEF genoemd, oftewel *Heart Failure with preserved Ejection Fraction*.

Deze vorm van hartfalen, waarbij de pompfunctie van het hart ogenschijnlijk intact blijft, is vaak moeilijk te herkennen en nog moeilijker te behandelen. Het is dan ook belangrijk dat wij dit ziektebeeld tijdig herkennen en hierop bedacht zijn als verwikkeling ten gevolge van obesitas.

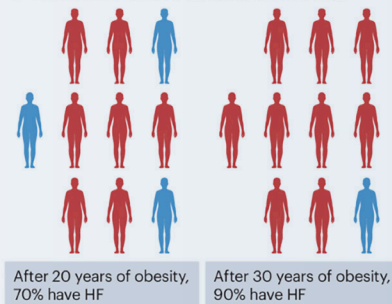
a Obesity classes and HF risk



b Global prevalence of obesity



c Duration of obesity and prevalence of HF



WAT IS HFPEF EN WAAROM IS HET ZO VERRADERLIJK?

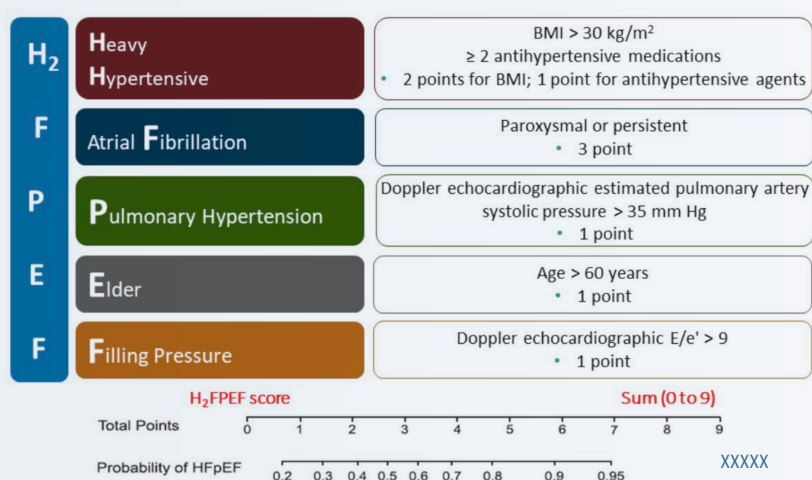
HFpEF wordt gedefinieerd als hartfalen bij een linker ventrikel ejectiefractie (LVEF) van meer dan 50%.

In tegenstelling tot de klassieke vorm van hartfalen (HFrEF) waarbij het hart duidelijk minder krachtig pompt, is HFpEF een meer subtiele aandoening. Patiënten klagen over vermoeidheid, kortademigheid bij inspanning, en soms nachtelijke dyspneu —

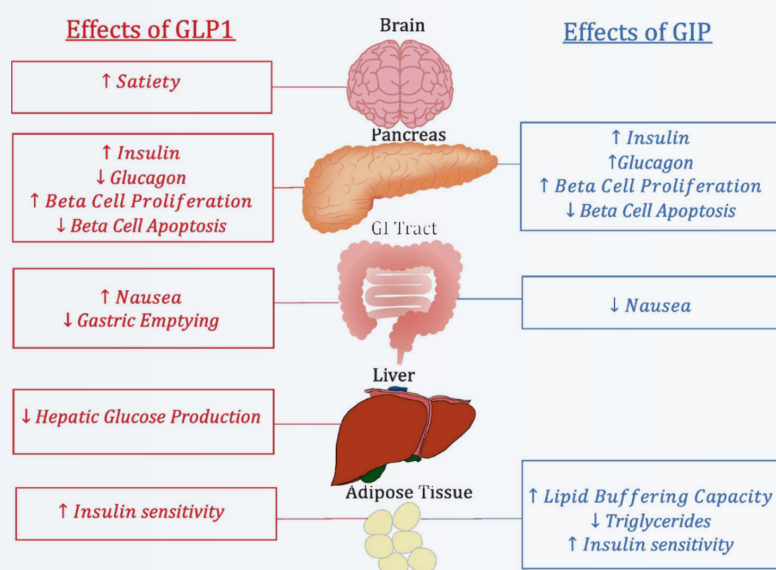
symptomen die gemakkelijk aan andere oorzaken worden toegeschreven.

Bij obese patiënten wordt de diagnose nog complexer. Niet alleen zijn de symptomen vaak atypisch, ook de klassieke biomarker NT-proBNP, die normaal verhoogd is bij hartfalen, blijkt bij deze groep vaak verlaagd. Dit fenomeen, de zogenaamde NT-proBNP-paradox, kan leiden tot onderdiagnose van hartfalen en, als gevolg hiervan, laattijdige behandeling.

H₂FPEF Scoring



Reddy YN, et al. *Circulation*. 2018;138:861-870.



DE ROL VAN VET: MEER DAN EEN KWESTIE VAN BMI

Wat HFpEF bij obese patiënten zo bijzonder maakt, is de manier waarop vetweefsel het hart beïnvloedt.

Niet alle vet is gelijk: subcutaan vet is relatief onschuldig, maar visceraal en epicardiaal vet zijn biologisch actief en schadelijk.

Visceraal vet, dat zich rond de organen ophoopt, veroorzaakt een chronische ontstekingsreactie. Epicardiaal vet, dat zich rond het hart bevindt, infiltreert het myocard, veroorzaakt pericardiale constrictie en leidt tot fibrose.

Bovendien produceren adipocyten hormonen zoals aldosteron, die bijdragen aan vochtretentie, hypertensie en ventriculaire stijfheid.

Het resultaat is een hart dat niet goed relaxeert, met verhoogde vullingsdrukken en verminderde inspanningstolerantie. En dat alles terwijl de ejectiefractie normaal blijft.

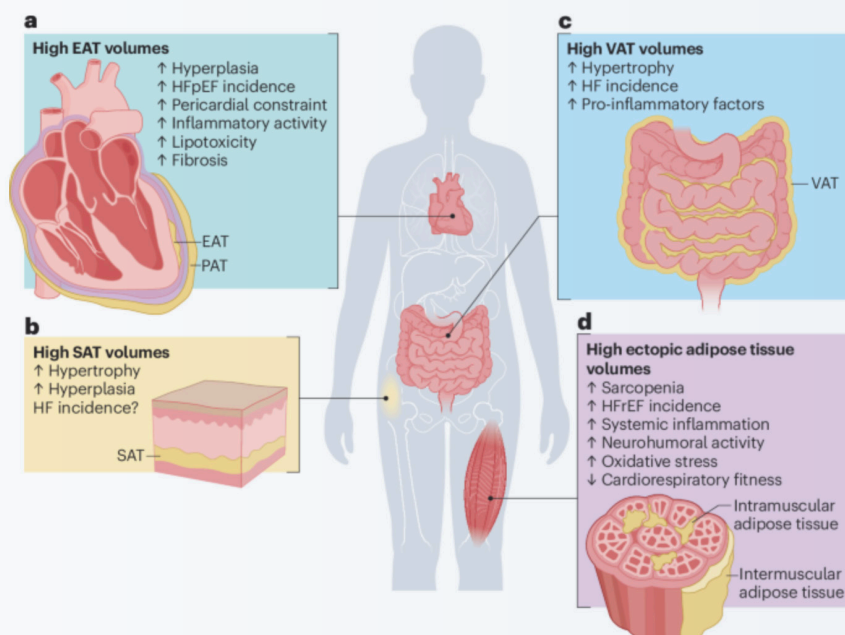
THERAPIE: NIEUWE INZICHTEN, NIEUWE HOOP

Tot voor kort was de behandeling van HFpEF beperkt tot symptoombestrijding. Maar recente studies werpen nieuw licht op therapeutische mogelijkheden, vooral bij obese patiënten.

Mineralocorticoïdreceptorantagonisten

(MRA), zoals finerenone en eplerenone, blijken bijzonder effectief bij patiënten met obesitas. Ze verminderen het risico op cardiovasculaire sterfte en HF-exacerbaties, en lijken vooral goed te werken bij mensen met een hoger BMI.

Daarnaast bieden **GLP-1-analogen**, oorspronkelijk ontwikkeld voor diabetes en gewichts-



verlies, verrassende voordelen bij HFpEF. In de STEP-HFpEF-studie leidde behandeling met semaglutide tot significante verbetering in inspanningstolerantie, levenskwaliteit en cardiale biomarkers. In de SUMMIT-trial, resulteerde de behandeling met tirzepatide in een significante daling van exacerbaties van hartfalen en cardiovasculaire sterfte als samengesteld eindpunt. Bovendien werd een reductie van pericardiaal vet vastgesteld, met een directe impact op de hartstructuur.

WAT BETEKENT DIT VOOR DE HUISARTS?

HFpEF herkennen bij obese patiënten vraagt om een verhoogde klinische alertheid, een kritische blik op de klassieke biomarkers, die dus vaak normaal zijn, en een snelle doorverwijzing naar de cardioloog bij klinisch vermoeden.

Het is belangrijk om niet alleen naar het BMI te kijken, maar ook naar de buikomtrek en vetverdeling. Een obese patiënt met inspanningsintolerantie en een laag NT-proBNP verdient verder onderzoek.

Daarnaast is het zinvol om op de hoogte te blijven van nieuwe medicatieklassen zoals GLP-1-analogen, die mogelijk ook in de eerstelijnszorg een rol gaan spelen — niet alleen voor diabetes, maar ook voor cardiovasculaire preventie.

CONCLUSIE

Als cardiologen zien wij steeds vaker patiënten met hartfalen waarbij de ejectiefractie behouden blijft, maar de klachten ernstig zijn. Opvallend vaak gaat het om mensen met obesitas. De rol van vetweefsel in het ontstaan van inflammatie en hormonale ontregeling is bewezen en heeft een grote impact op het dagelijks functioneren van de patiënten.

Huisartsen spelen een cruciale rol in de vroegtijdige detectie van dit ziektebeeld. De huisarts ziet deze patiënten als eerste en kan de klachten in hun context plaatsen en zo de eerste signalen van hartfalen herkennen. Deze klinische blik, gecombineerd met kennis van pathofysiologie van HFpEF, en een goede samenwerking met de cardiologen, kan het verschil maken in vroegtijdige detectie en behandeling van dit ziektebeeld.

Nieuwe therapieën zoals GLP-1-analogen en MRA's bieden perspectief, maar ze vragen om een gezamenlijke aanpak. Het is dan ook belangrijk om bij twijfel over inspanningsintolerantie, dyspneu of atypische klachten bij obese patiënten aan HFpEF te denken en tijdig naar de cardiologen door te verwijzen.

Met deze samenwerking tussen eerste en tweede lijn kan deze complexe pathologie beter behandeld worden, met een betere prognose en levenskwaliteit van onze patiënten tot gevolg.

“WE REDUCEREN OBESITAS NOG TE VAAK TOT EEN KWESTIE VAN GEBREK AAN WILSKRACHT”



Door
Ine Paeme,
psycholoog

Obesitas wordt vaak zichtbaar op de weegschaal, maar de zwaarste lasten zijn soms onzichtbaar. Ze drukken op het zelfbeeld, de stemming en het sociale leven.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) erkent obesitas als een chronische ziekte. Niet zo vreemd, wetende dat er zowel op lichamelijk als op mentaal vlak een grote impact is. De samenleving reduceert obesitas nog iets te vaak tot “een kwestie van gebrek aan wilskracht”, terwijl het gaat om een complexe aandoening met diepgaande psychologische oorzaken en gevolgen, die op hun beurt elkaar ook opnieuw versterken.

ETEN ALS EMOTIONEEL MEDICIJN

Een psychische factor die wij in de praktijk vaak zien, is emotie-eten. Mensen die worstelen met stress, angst, verdriet of eenzaamheid grijpen geregeld naar voedsel als een vorm van troost, als uitlaatklep, of als een manier om letterlijk iets “op te vullen”. In deze gevallen fungeert eten niet als brandstof, maar als emotionele pleister. Mensen ervaren nadien vaak schuld-

gevoelens, die op hun beurt tot negatieve emoties leiden. Op die manier komt men vast te zitten in een vicieuze cirkel van negatief affect, schuldgevoel en gewichtstoename. In sommige gevallen ontwikkelt zich een volwaardige eetstoornis zoals binge eating disorder (BED), oftewel eetbuistoornis.

Het spreekt voor zich dat zolang deze factor niet aangepakt wordt, men telkens opnieuw vervalt in oude, geautomatiseerde eetpatronen. In een psychologische begeleiding wordt actief gewerkt rond het creëren van nieuwe, adequate emotieregulatie-strategieën.

STEMMINGEN DIE WEGEN

Onderzoek toont aan dat mensen met obesitas een aanzienlijk grotere kans hebben op stemmingsstoornissen zoals depressie. Dit verband geldt in twee richtingen: depressieve gevoelens kunnen leiden tot gewichtstoename (door bijvoorbeeld emotie-eten of een gebrek aan activiteit), terwijl overgewicht het risico op depressieve klachten dan weer in de hand werkt. Hetzelfde geldt voor angststoornissen, zoals sociale angst of gegeneraliseerde angst. Veel mensen voelen zich in het openbaar beoordeeld of bekeken, waardoor schaamte de overhand krijgt en sociale situaties als een grote drempel worden ervaren. Dit kan uiteindelijk leiden tot zelfisolatie.



Binnen het obesitasteam staat Ine Paeme in voor de psychologische screening en begeleiding van patiënten voor en/of na een bariatrische ingreep en opvolging van patiënten die, los van een ingreep, willen werken aan gewichtsverlies.

GEVANGEN IN EEN NEGATIEF ZELFBEELD

Dit brengt ons bij het zelfbeeld en/of lichaamsbeeld van mensen met obesitas. Zij hebben namelijk vaker een negatief lichaamsbeeld, dat gevoed wordt door de overtuiging "niet goed genoeg, lelijk of ongezond" te zijn. Negatieve maatschappelijke opvattingen kunnen deze overtuigingen versterken. Het voortdurende gevoel van afwijzing of het idee niet aan de norm te voldoen, kan leiden tot een zeer laag zelfbeeld, gevoelens van schaamte en in sommige gevallen zelfs tot zelfhaat.

Ook hier zien we dat mensen soms verzeild geraken in een negatieve spiraal. Zodra men zichzelf de moeite niet meer waard vindt, ontstaat vaak de onderliggende overtuiging dat het toch geen zin heeft om aan zichzelf te werken. In zo'n geval ontbreekt de intrinsieke motivatie om nieuwe (eet)gewoontes aan te leren en blijft gedragsverandering uit.

DE WEG NAAR HERSTEL EN BALANS

Binnen ons ziekenhuis kunnen mensen op verschillende manieren werken aan hun overgewicht. Zo is er de mogelijkheid tot bariatrische chirurgie. Vooraf worden patiënten grondig gescreend om na te gaan of ze in aanmerking komen voor een dergelijke ingreep. Ook na de operatie is er een uitgebreide opvolging voorzien, onder andere door een psycholoog.

Daarnaast kan men ook een conservatief traject doorlopen. Er wordt dan zonder ingreep toegewerkt naar gewichtsverlies. In dit traject worden patiënten begeleid door een multidisciplinair team, dat bestaat uit een diëtist, een psycholoog en een endocrinoloog.

Het spreekt voor zich: obesitas is een complexe, multifactoriële aandoening en vraagt om een integrale aanpak.

DE ROL VAN DE PSYCHOLOOG

Tijdens de psychologische begeleiding wordt er stilgestaan bij terugkerende (eet)patronen, in stand houdende factoren en onderliggende, negatieve overtuigingen. Er wordt gewerkt rond het installeren van adequate coping-mechanismen, emotieregulatie-strategieën, nieuwe (eet)gewoontes en het ontwikkelen van een gezonde relatie met voeding. Ook een verstoord zelfbeeld en/of een negatief lichaamsbeeld kunnen een belangrijk onderdeel vormen van de therapie.

AZ OUDENAARDE ZET PREVENTIEF IN OP EEN GEZONDE LEVENSTIJL

PREvent!

Kies vandaag voor morgen

Een initiatief van

AZ OUDENAARDE
ZOR

Dit najaar werd *Prevent!* gelanceerd: een reeks pop-up evenementen waar we patiënten, bezoekers en medewerkers informeren over uiteenlopende onderwerpen. Daarbij hebben we één doel voor ogen: een gezonde levensstijl promoten en het bewustzijn rond gezondheidsrisico's vergroten.

Gezonde voeding, en meer specifiek een gezond ontbijt, vormt de basis van een gezonde levensstijl. Dit thema zetten we in de week van 10 november centraal.

- Recent staat een nieuwe en blijvende ontbijtoptie op het menu: *overnight oats*. Met deze combinatie van haveremout, yoghurt of platte kaas en vers fruit voegen we een voedzaam en gevarieerd alternatief toe aan het standaard ontbijtaanbod.
- Jongeren uit de middelbare scholen in de buurt betrekken we via actieve sessies. Tijdens een interactief spel rond de voedingsdriehoek maken zij op een speelse manier kennis met de principes van gezonde voeding.
- Voor de medewerkers van het ziekenhuis wordt een smakelijke attentie voorzien: een zakje huisgemaakte granola, bereid door de diëtisten. Met daarbij ook het recept, de voedingswaarde van het product en informatie over de juiste samenstelling en portiegrootte van een gezond ontbijt willen we hen stimuleren om de dag voedzaam te starten.
- **Tot slot trekt *Prevent!* op donderdag 13 november naar de Markt.** Aan de informatiestand krijgen voorbijgangers uitleg over de samenstelling van een gezond en evenwichtig ontbijt. Er worden ook proevertjes uitgedeeld.

Tijdens voorgaande edities van *Prevent!* lag de focus op preventie van dementie en initiatieven over mentaal welbevinden. In het voorjaar van 2026 krijgt *Prevent!* een vervolg.



Tijdens de *Prevent!*-week over dementie werden er in samenwerking met Bernardusdriesprong cupcakes gebakken, ten voordele van Stichting Alzheimer Onderzoek.

TOURNÉE MÉDICALE

DONDERDAG 20 NOVEMBER

Tournée Médicale is een bijscholingsavond voor huisartsen. Onze medisch specialisten gaan de dialoog aan over een specifiek onderwerp uit hun

vakgebied. Elke workshop wordt gegeven aan een groep van vijf artsen en duurt 20 minuten, waarna de groepjes naar de volgende sessie verhuizen.

PROGRAMMA



DR. VIDA FIRSOVAITE
HYPERLIPIDEMIE



DR. LOUIS ONGHENA
ALCOHOL, BARIATRIE EN DE
LEVER: EEN NIEUWE
BERMUDA-DRIEHOEK



DR. FILIP BOGAERT
HET MULTIDISCIPLINAIR
PIJNTEAM



DR. GRIET GHYS
MULTIDISCIPLINAIRE ZORG
VOOR DE KWETSBARE OUDERE

Praktisch

Je bent welkom voor een drankje in de cafetaria van AZ Oudenaarde, vanaf 19.30 uur. De **workshops** starten stipt om **20 uur**, het **einde** is voorzien tegen **22 uur**. **Accreditering werd aangevraagd**. Ook huisartsen in opleiding zijn welkom!

Wees er snel bij

Om de avond efficiënt te laten verlopen, is het maximum aantal deelnemers vastgelegd op 20. Om die reden is **inschrijven verplicht** via de QR-code hieronder, **vóór maandag 17 november**.



Met dank aan



AZ OUDENAARDE INVESTEERT IN DE TOEKOMST

Om onze dienstverlening verder te versterken, investeert AZ Oudenaarde in verschillende vernieuwingsprojecten. In het voorjaar starten verbouwingswerken voor de uitbreiding van de poli met zeven nieuwe consultatie-ruimtes. Daarnaast liggen er plannen klaar voor een vernieuwd onthaal dat de patiëntbeleving ten goede zal

komen. Ook op digitaal vlak zetten we stappen vooruit: we schakelen over op het elektronisch patiëntendossier NexusHealth (KWS), waarmee ook onze collega's van AZ Glorieux Ronse werken. Deze investering draagt bij aan een vlottere samenwerking en een efficiëntere zorgverlening.

WELKOM NIEUWE ARTSEN

DR. LOUIS ONGHENA



Als algemeen chirurg versterkt dr. Louis Onghena het team algemene heelkunde. Dr. Onghena is gespecialiseerd in algemene en abdominale heelkunde, en lever-, pancreas- en galwegchirurgie.

DR. ÜNAL GÜLSEREN



We verwelkomen dr. Ünal Gülseren als nieuwe spoedarts. Sinds september versterkt dr. Gülseren onze spoedafdeling.

In het voorjaar van 2026 mogen we dr. **Virginie Preuss** (pediater), dr. **Ellen Allaert** (gynaecoloog), dr. **Isha Delaleeuwe** (gastro-enteroloog) en dr. **Kaat Wykstandt** (reumatoloog) verwelkomen.



DR. VIRGINIE PREUSS



DR. ELLEN ALLAERT



DR. ISHA DELALEEUWE



DR. KAAT WYKSTANDT



DR. RUTH REYCHLER

BEDANKT VOOR DE MOOIE JAREN!

Reumatoloog dr. Ruth Reychler is begin oktober met pensioen gegaan. Dr. Reychler was jarenlang een gevestigde waarde in ons ziekenhuis. We bedanken dr. Reychler voor haar inzet en wensen haar veel geluk toe met deze nieuwe mijlpaal!

MEER INFORMATIE EN CONTACTGEGEVENS: www.azoudenaarde.be/zorgaanbod/artsen

SAMEN OP KOERS



**Volle gas vooruit,
met jou in onze ploeg!**



AZ OUDENAARDE
VZW



AZ OUDENAARDE VZW

Minderbroederstraat 3 | 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 | info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be