

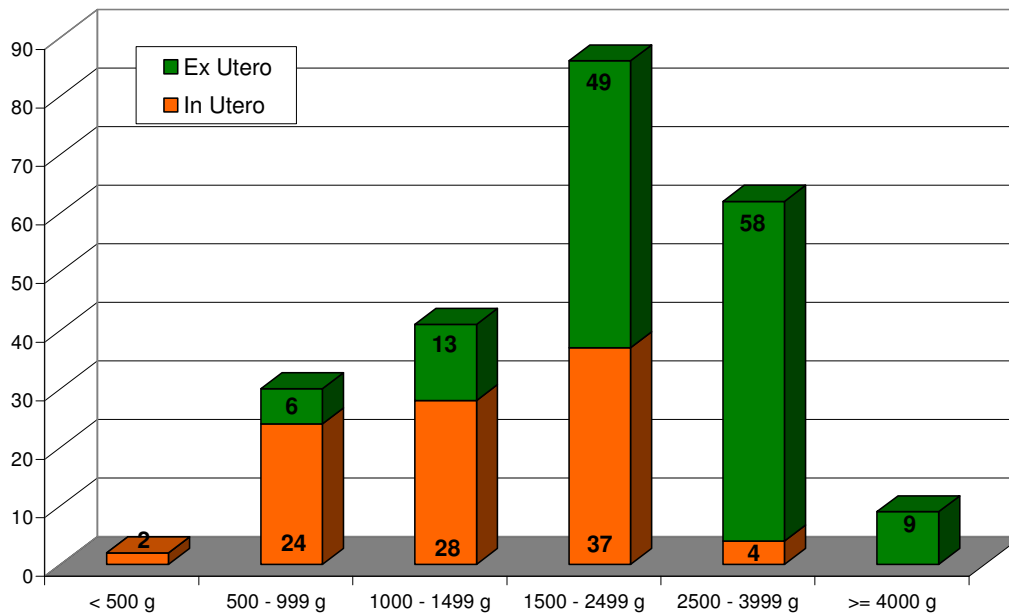
# Jaarverslag 2009

## Samenwerking

### West-Vlaanderen met

### P\* functie Brugge

Geboortegewicht Ex versus In Utero transfers



De kleinste prematuren worden tijdig, *in utero* en dus veilig getransfereerd.

## Voorwoord

Na zes jaren waarin het aantal geboortes te Vlaanderen jaarlijks licht steeg, daalt in 2009 het aantal verlossingen met 0.9 %. Dit blijkt uit de cijfers van het SPE

- Antwerpen, Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen kennen een lichte daling van 0.5 %
- West-Vlaanderen kent de grootste daling: in 2009 werden 3.4 % minder kinderen geboren in vergelijking met 2008.

Ons jaarverslag 2009 getuigt evenwel van het feit dat het aantal intensieve zorg behoevende pasgeborenen te West-Vlaanderen *toeneemt*. We zien immers de laatste 3 jaar binnen ons centrum een steeds hogere activiteit, zowel op materneel (MIC) als op neonataal (NIC) vlak. De demografische (herkomst) en klinische beschrijving van deze patiëntenpopulatie worden U samengevat in dit jaarverslag.

We durven hier mede uit concluderen dat het verwijspatroon naar onze P ster afdeling gefundeerd is op een groot vertrouwen en tevredenheid betreffende ons dagelijks multidisciplinair beleid. Hiervoor willen we U hartelijk danken.

Tegelijk kijken we uit naar de uitdagingen die ons tegemoet komen in de volgende jaren. Dit zijn er op zijn minst twee:

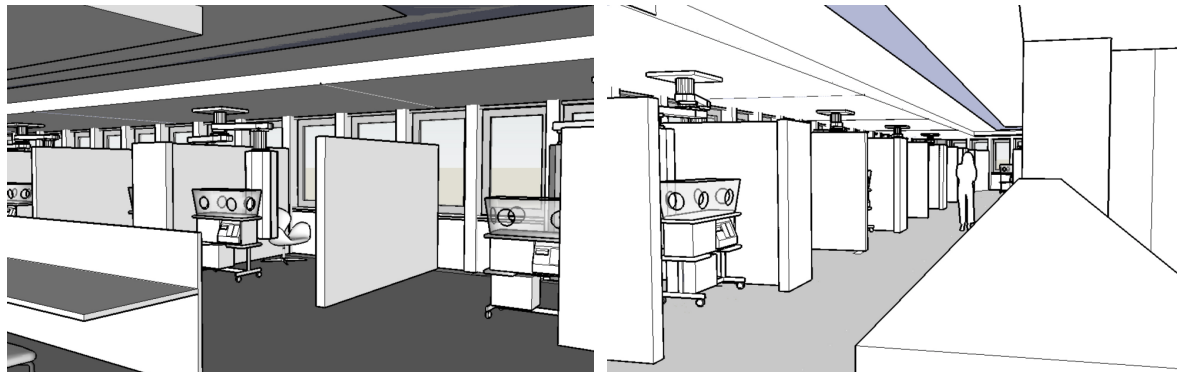
### 1. Hoe waarborgen we de **toegankelijkheid** van de zorgen op de NICU ?

Met onze 15 erkende bedden (en dus 37.5 FTE verpleegkundigen) blijft het soms moeilijk om alle verwezen patiënten goed/veilig te kunnen accommoderen, waardoor we helaas soms verwijzingen dienen te weigeren. De enige oplossing hiertoe is een wijziging in de financiering van de NICU bedden:

- Wij vragen de regering niet om méér middelen binnen Vlaanderen/Wallonië; wel vragen wij om een herverdeling van de bestaande middelen, i.e. een principe dat logisch is in tijden van schaarste.
- Dé oplossing hiertoe is elke NICU dienst te financieren volgens zijn pathologie zwaarte ("verantwoorde activiteit"). Overleg op nationaal niveau is hierover gestart.

### 2. Hoe waarborgen we de **kwaliteit** van de zorgen ?

- Een ver doorgedreven verbouwing (lees: verruiming) van de NICU dienst start dit jaar nog voor de zomer. Hiermee hopen we om onze multidisciplinaire samenwerking verder uit te bouwen en te verstevigen.
- Dit gaat samen met een aanhoudende uitbreiding en modernisatie van de technologische infrastructuur, als antwoord op diagnostische en therapeutische evoluties binnen de zorg voor de kritisch zwangere moeder en pasgeborene. Het belangrijkste voorbeeld hiertoe is het opstarten van hypothermie behandeling bij peripartale asfyxie (Criticool toestel; januari 2010), waarover we U uitvoerig berichtten in het verleden.



- Follow up van onze prematuren staat in de startblokken, in samenwerking met het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) te Gent. U ontving hierover reeds een uitvoerig schrijven. De financiering hiertoe is voorlopig slechts minimaal. Gezien het grote aantal patiënten dat voldoet aan de opvolgingscriteria is het echter dringend nodig dat er op Vlaams en nationaal niveau een financiering voorzien wordt. Gesprekken in deze richting zijn lopende (vraag naar opstarten van een Conventie), doch lopen in tijden van financiële crisis niet vlot. Nochtans dient gesteld dat extra financiering de enige manier is om de follow-up te West-Vlaanderen leefbaar te houden. In de loop van de komende jaren wensen we (via een stappenplan) te komen tot een volwaardig centrum voor neonatale follow-up te West-Vlaanderen, dat nauw samenwerkt met alle West-Vlaamse kinderartsen en reeds bestaande centra inzake begeleiding/revalidatie, ondersteund met de professionele input van bestaande COS centra (overleg COS Gent – Antennepunt te Roeselare).



DHr Goutry (parlementair quaestor) bezocht recent onze P ster afdeling, en was onder de indruk van de hoge werkdruk. Hij stelde recent enkele belangrijke parlementaire vragen, met als doel

- de financiering van de P ster te West-Vlaanderen te verbeteren, zodat hoog kwalitatieve zorgen blijvend kunnen gegarandeerd worden
- de financiering van de neonatale follow up te bekomen.

Tot slot wensen we te herhalen dat het lesgeven op verplaatsing in de verwijzende centra (basic life support, hypothermie, ...) een boeiend treffen blijft, niet in het minst voor ons. We leren op die manier alle teamleden van de verwijzende centra kennen, en zouden dit dan ook graag in de toekomst verder zetten.

Wij staan er dan ook op U oprecht te danken voor het vertrouwen in onze afdeling.

Dank zij uw verwijspatroon bouwen we verder aan een boeiend perinataal netwerk binnen onze provincie.



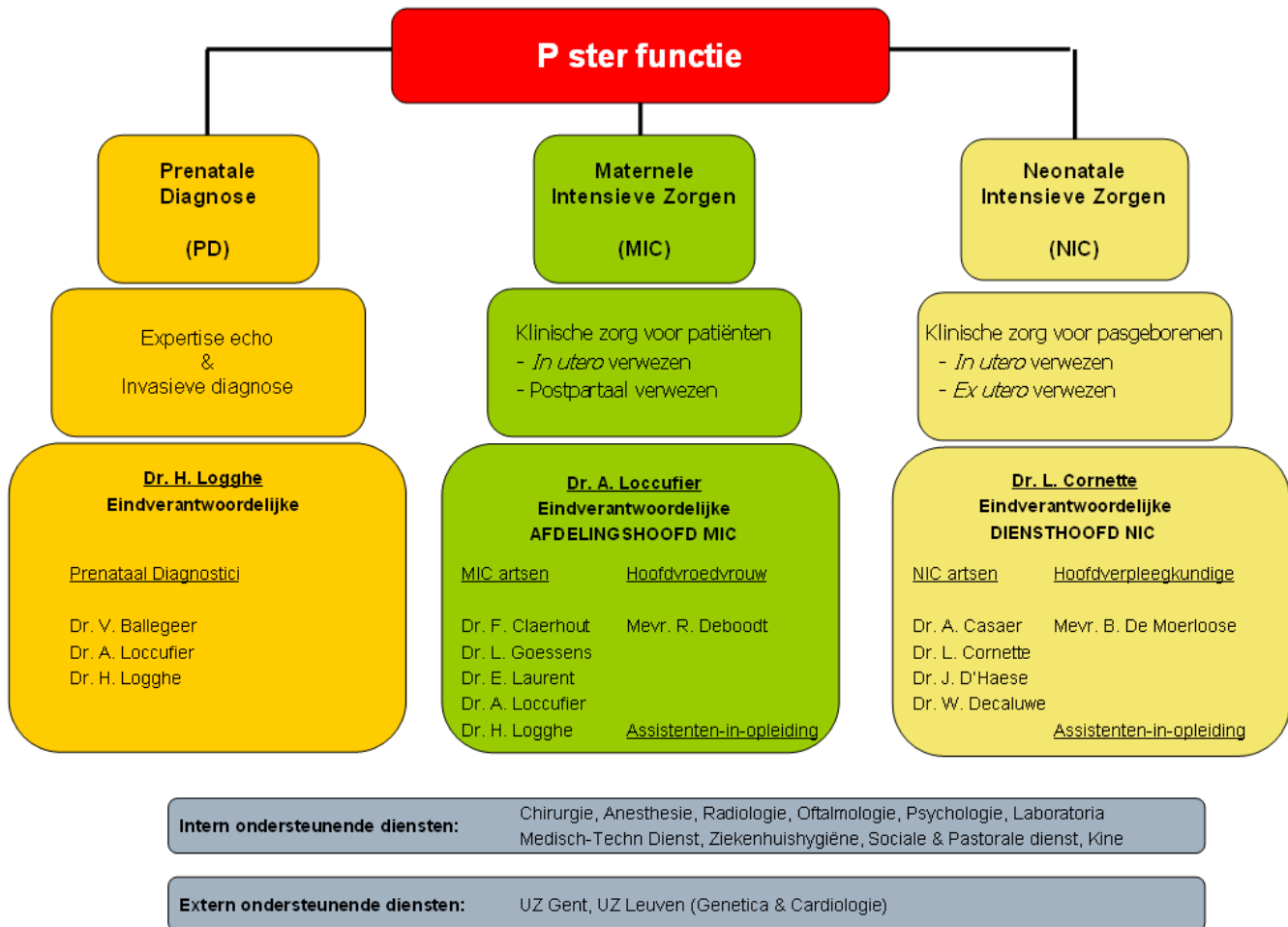
Dr A. Loccufier



Dr H. Logghe



Dr L. Cornette

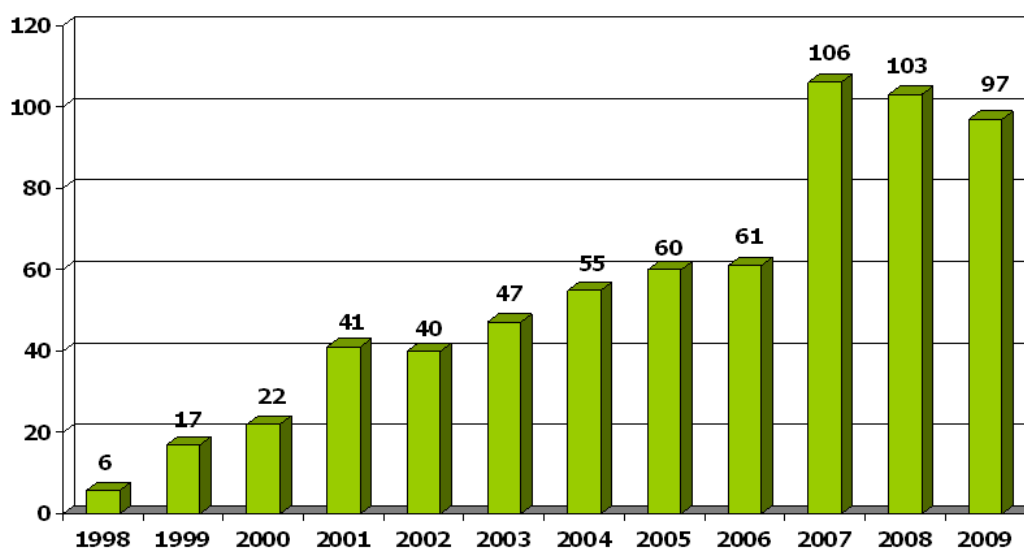


# I. Jaarrapport 2009

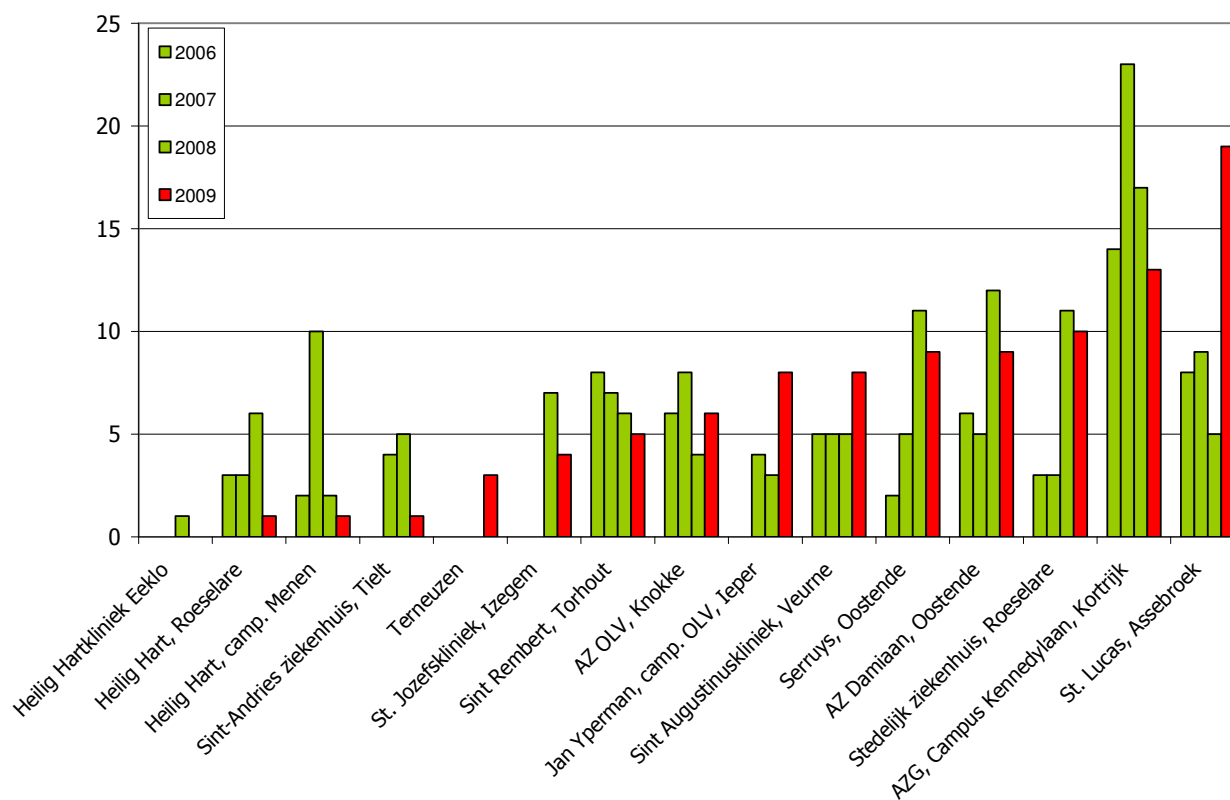
## Maternele Intensieve Zorgen

Rapportering Dr A. Loccufier

### 1. Evolutie Intra-Uteriene Transporten en doorverwijzing-centra



Ook dit jaar blijven we de kaap van de 100 IUT benaderen. Vier IUTs dienden geweigerd te worden, dit om de patiëntveiligheid op de neonatologie niet in het gedrang te brengen. De IUT ratio in België kan geschat worden op 0,9 % of 90 IUTs/10.000 bevallingen (College MK 2004). Voor 2009 in West-Vlaanderen is dit 0,82 %.



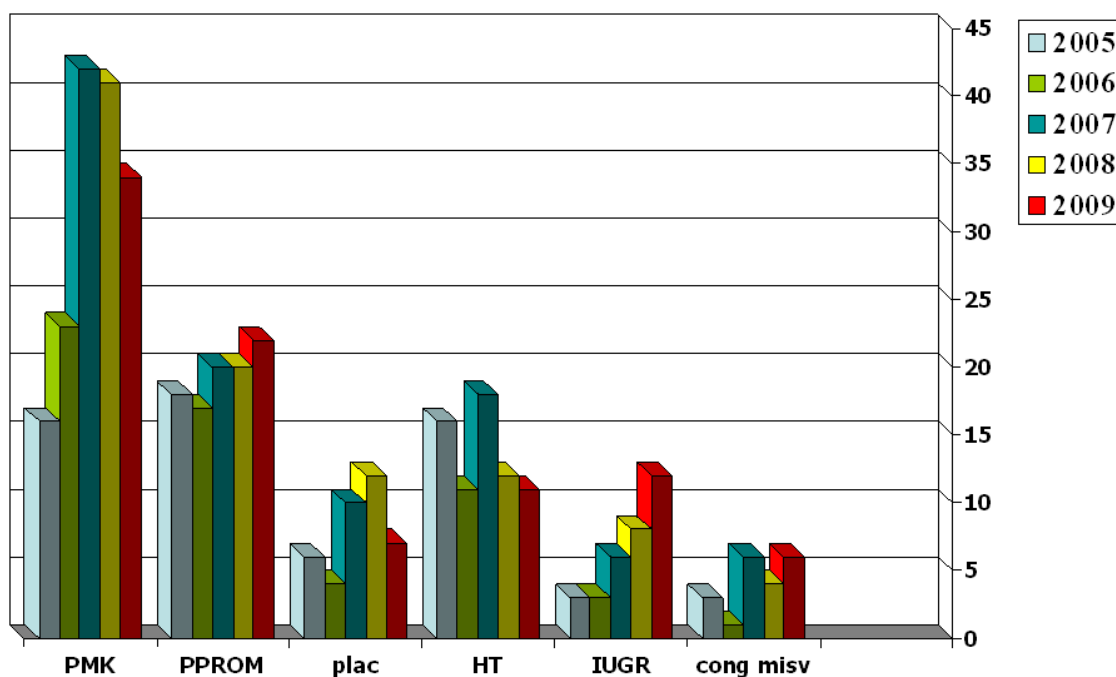
Bovenstaande grafiek toont dat alle centra in West-Vlaanderen verwijzen naar onze P ster afdeling (beide ziekenhuizen Kortrijk samengevoegd). Door een directe communicatie arts-arts en een vlot door- en terug verwijzingspatroon hopen we verder de patiëntenzorg te optimaliseren.

Verwijzende centra van het eerste uur blijven sturen, anderen zoeken toenadering.

## 2. Hoofddiagnose

Premature contracties en PPROM zijn de voornaamste redenen tot de doorverwijzing, wat overeenkomt met de epidemiologie van prematuriteit.

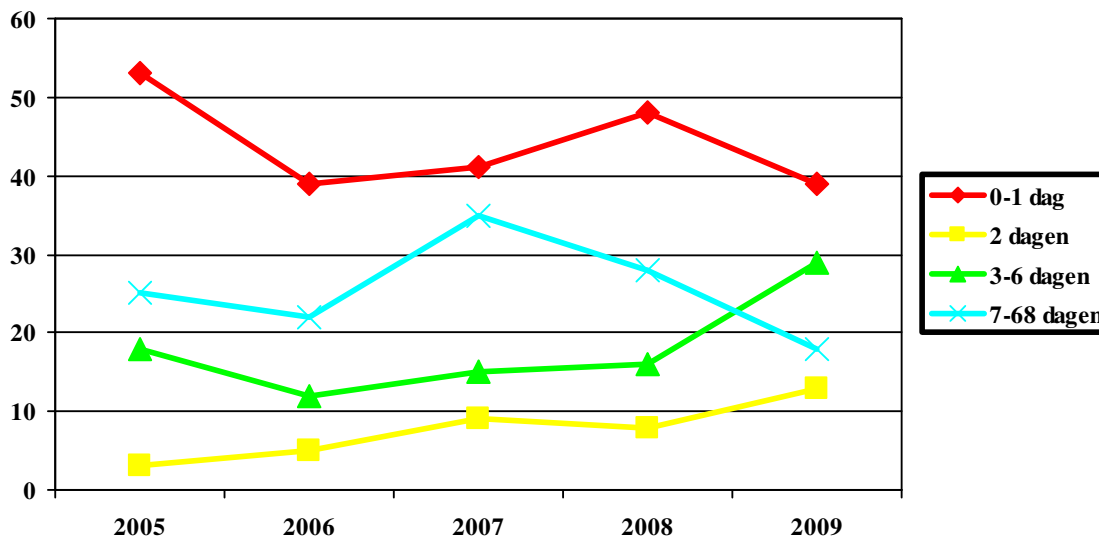
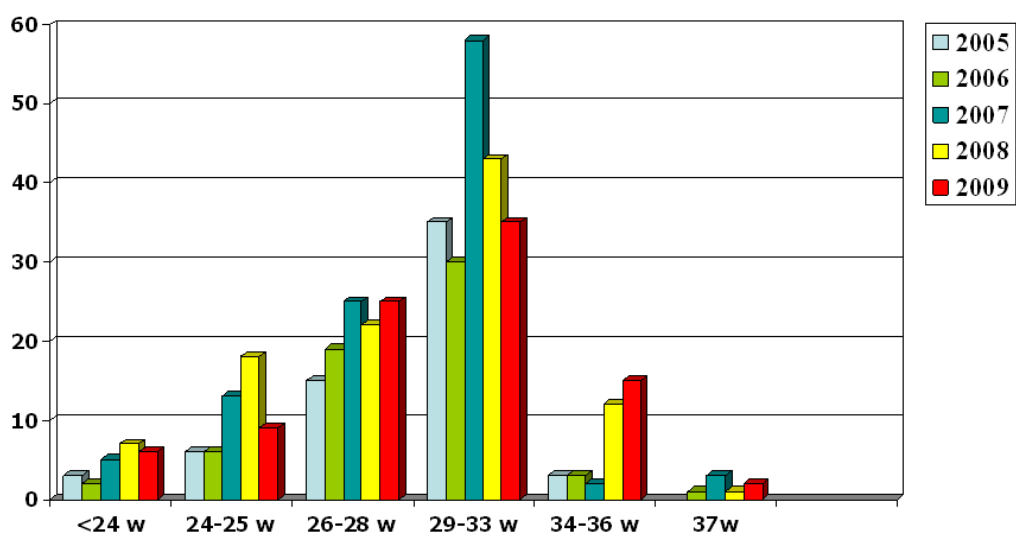
Voor de diagnose van complexe congenitale misvormingen hebben we sinds 2 jaar een expertise voor foetale MRI kunnen opbouwen. Het beleid van complexe congenitale misvormingen wordt elke maandagmorgen uitgebreid besproken op de MIC-NIC staf, en verder begeleid via een multidisciplinaire consultatie.



### 3. Zwangerschapsduur bij opname

Door de vlotte samenwerking en het prenataal overleg worden de indicaties tot verwijzing duidelijker en wordt acute pathologie vlot doorverwezen.

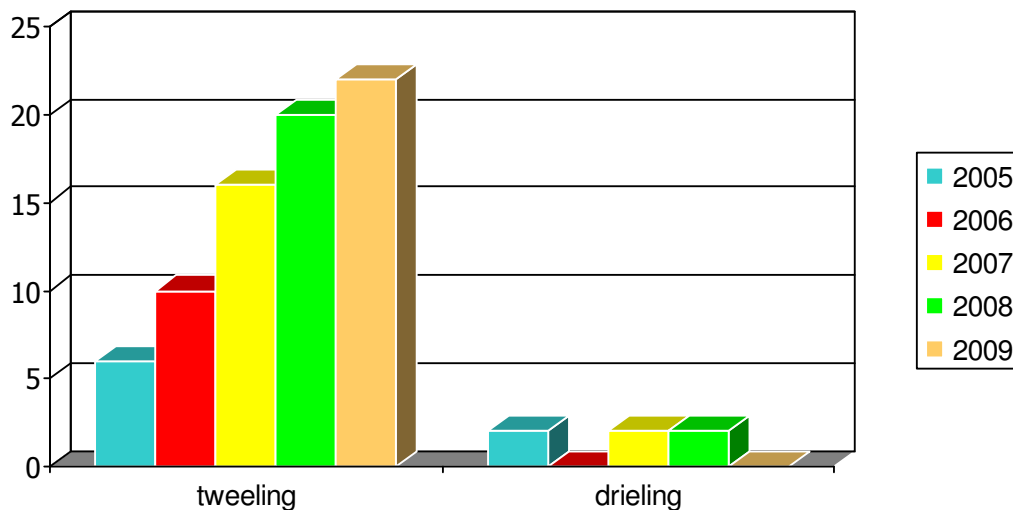
- Volgens de SPE-gegevens van 2009 vonden er in West-Vlaanderen 11.800 bevallingen plaats. Hiervan zijn er 0,6% zwangerschappen met een zwangerschapsduur < 32 weken (n=70) en 6% zwangerschappen tussen de 32 en 36 6/7 weken (n=708).
- Sinds 2007 begeleiden we ook zwangerschappen < 24 weken, doch bespreken we met de ouders een realistisch en soms somber verwachtingspatroon. Het medisch beleid bij elke casus van extreme prematuriteit wordt telkens multidisciplinair en in nauw overleg met de ouders besproken.





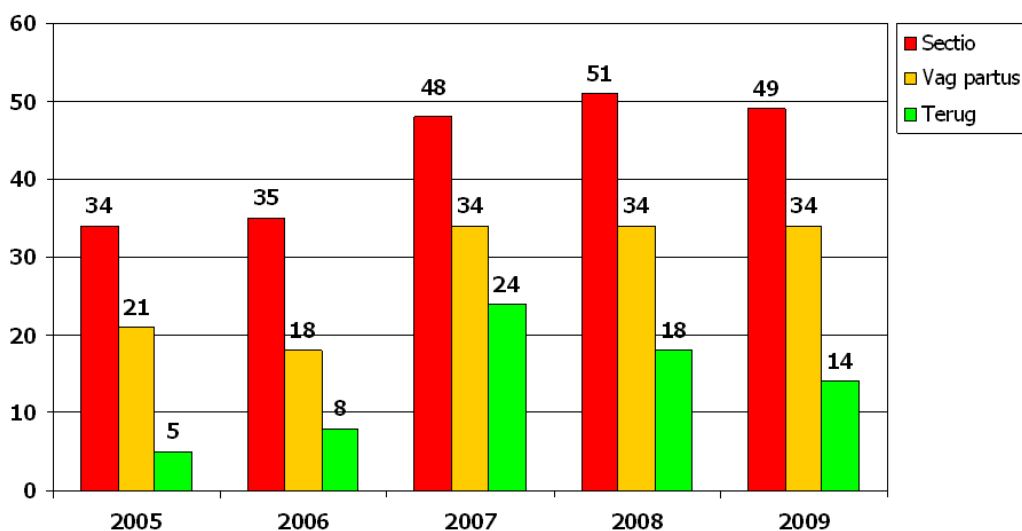
## 4. Meerlingen

Het aantal meerlingen is in 2009 gestegen tot 22. Er waren op onze afdeling geen drielingen in 2009.

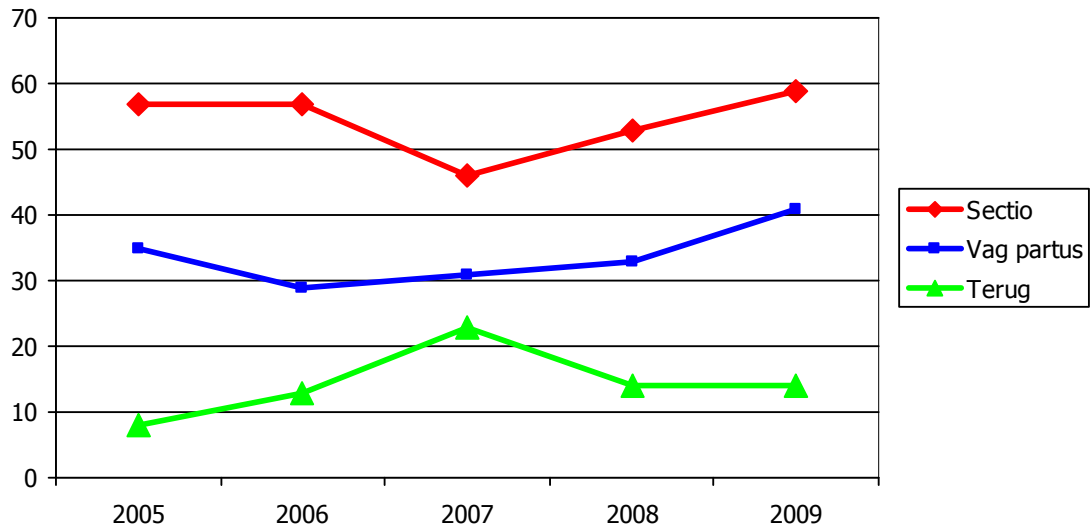


## 5. Bevallingswijze en terugverwijzing

In 2009 hebben we 59% sectio's binnen alle MIC opnames. Dit is een weergave van de toename aan meer ernstige pathologie, alsook van de toename aan vroege zwangerschappen binnen de *in utero* transporten.



Patiënten worden, indien mogelijk, vlot terugverwezen.



Tot slot vermelden we dat het aantal post-partum transporten  $n=60$  bedraagt. Dit zijn patiënten die bevielen in het doorverwijzend centrum en nadien getransfereerd werden (i.e. na *ex utero* transport van de pasgeborene).

## II. Jaarrapport 2009

### Neonatale Intensieve Zorgen

Rapportering Dr L. Cornette

De taak van de NIC afdeling bestaat vooral uit:

#### A. Hoog kwalitatieve patiëntenzorg

- aangeboden aan
  - patiënten met levensbedreigende ontregeling van alle orgaanfuncties
  - hun ouders, die een nauwe begeleiding en ondersteuning vergen in onverwacht moeilijke omstandigheden na een geboorte

#### B. Neonataal transport

- onze dienst is verantwoordelijk voor het efficiënt en dringend overbrengen van zieke pasgeborenen naar onze intensieve zorgen afdeling (24 op 24 uur), evenals het terug transfereren naar het ziekenhuis van herkomst zodra de pasgeborene hersteld is

#### C. Onderwijs en opleiding

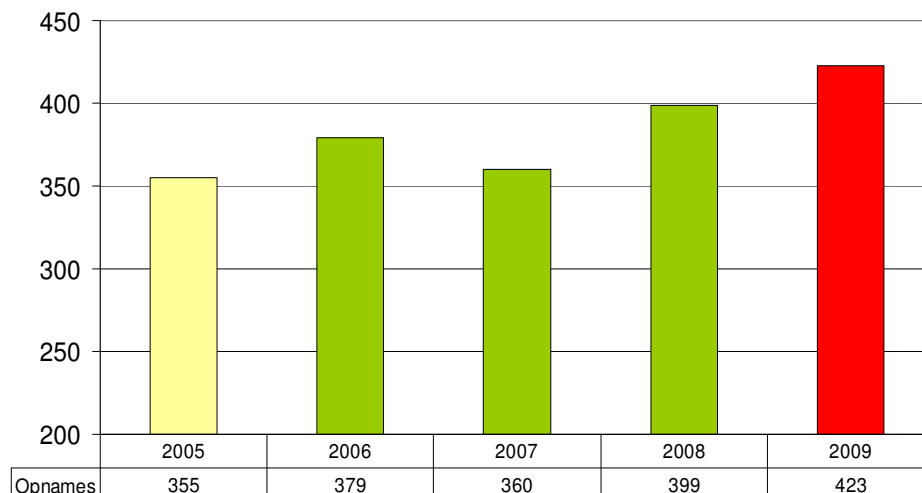
- t.a.v. assistenten kindergeneeskunde
- t.a.v. verpleegkundigen (maandelijks wisselende topics)
- t.a.v. onze verwijzende centra

#### D. Wetenschappelijk onderzoek

- gestandaardiseerde follow-up met speciale aandacht voor de psychomotore ontwikkeling is noodzakelijk ten einde een correct beeld te verkrijgen van de eigen resultaten wat betreft morbiditeit.

## 1. Aantal opnames

Het aantal opnames op “grote N” neemt verder toe in 2009:



Het aantal transfers naar een NIC afdeling te Vlaanderen bedraagt (SPE data) gemiddeld 3.9% van alle geboortes in Vlaanderen. Dit cijfer is zeer hoog in vergelijking met de ons omringende landen, en berust vermoedelijk op een aantal NICU centra die ook N ster pathologie op “grote N” opnemen.

In West-Vlaanderen bedraagt dit cijfer 3,5% (423 opnames op 11.800 bevallingen).

Bemerk tevens dat wij 4 *in utero* en 2 *ex utero* aanvragen tot transfer dienden te weigeren in 2009. We willen hierbij benadrukken dat

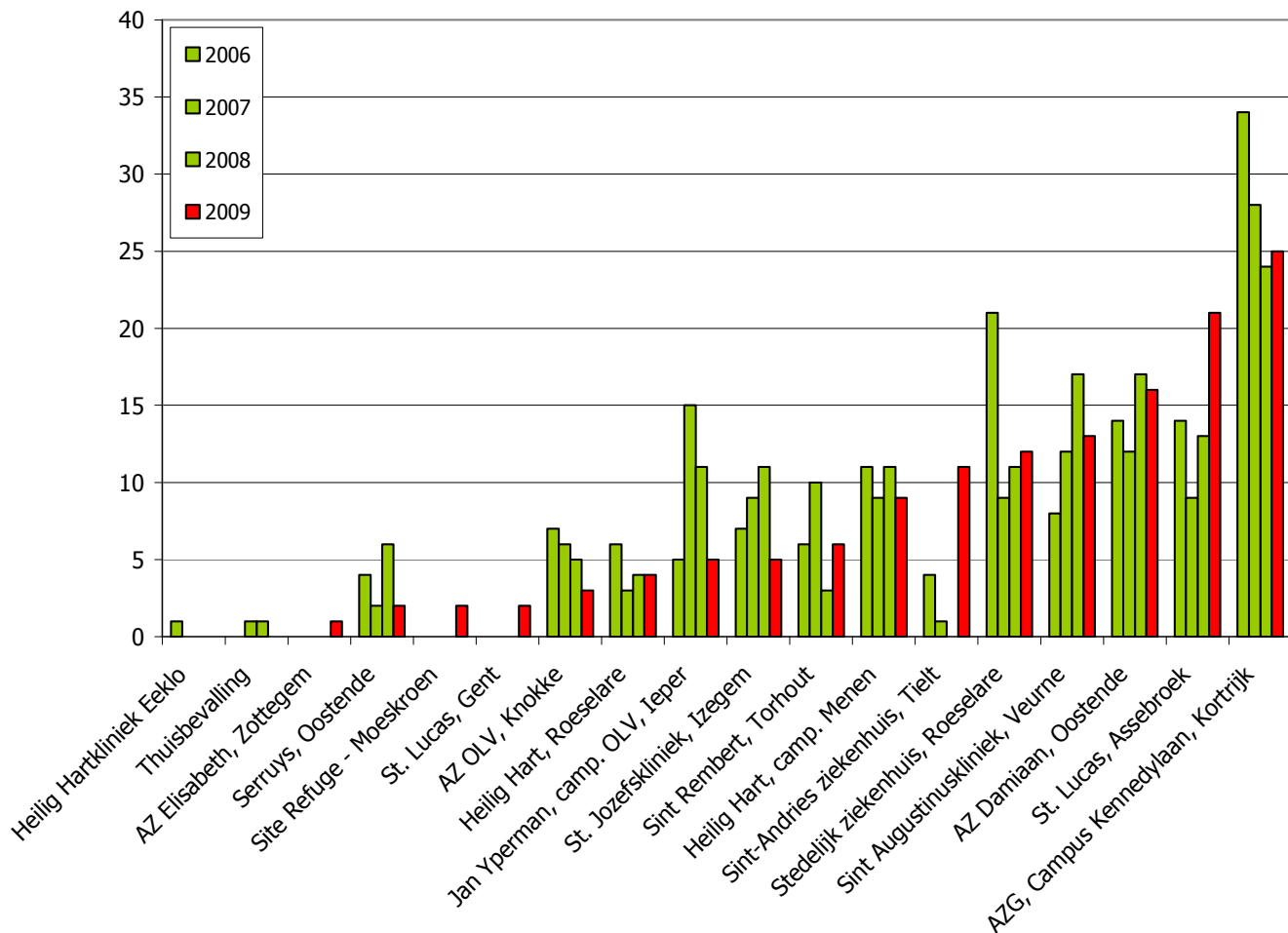
- wij steeds bereid zijn om bijstand te verlenen in het verwijzend centrum bij dreigende vroeggeboorte, onafhankelijk van de bedbezetting op onze NICU dienst;
- een doorverwijzing naar een ander centrum steeds de laatste stap is die we nemen, dit enkel als na maximale inschakeling van ons verplegend personeel geoordeeld wordt dat de veiligheid van de patiënten op onze dienst in het gedrang kan komen door bijkomende opnames. Het bieden van hoog-kwalitatieve zorg blijft steeds onze prioriteit.

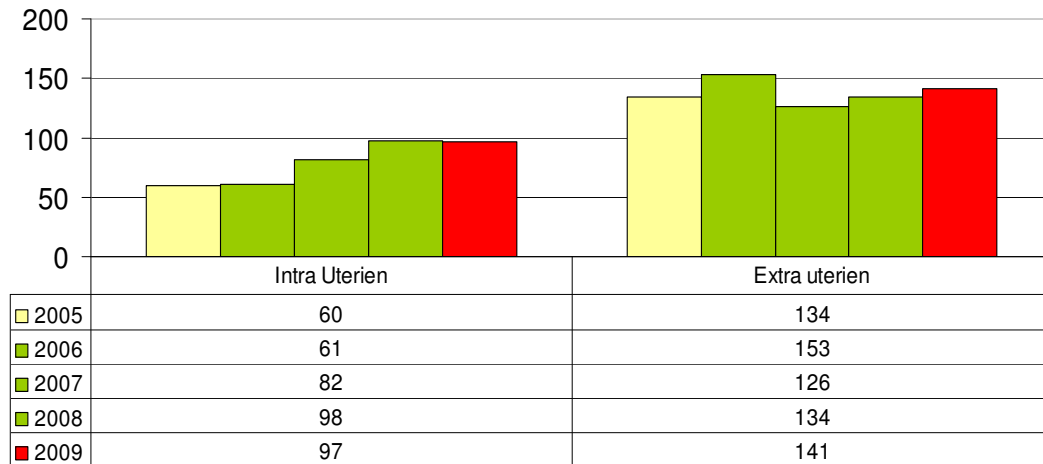
Praktisch: dagelijks minstens 1 nieuwe opname en 1 terugtransfer, naast de gemiddeld 25 patiënten die medische en verpleegkundige zorgen behoeven.

## 2. Transporten

Volgende drie besluiten kunnen getrokken worden:

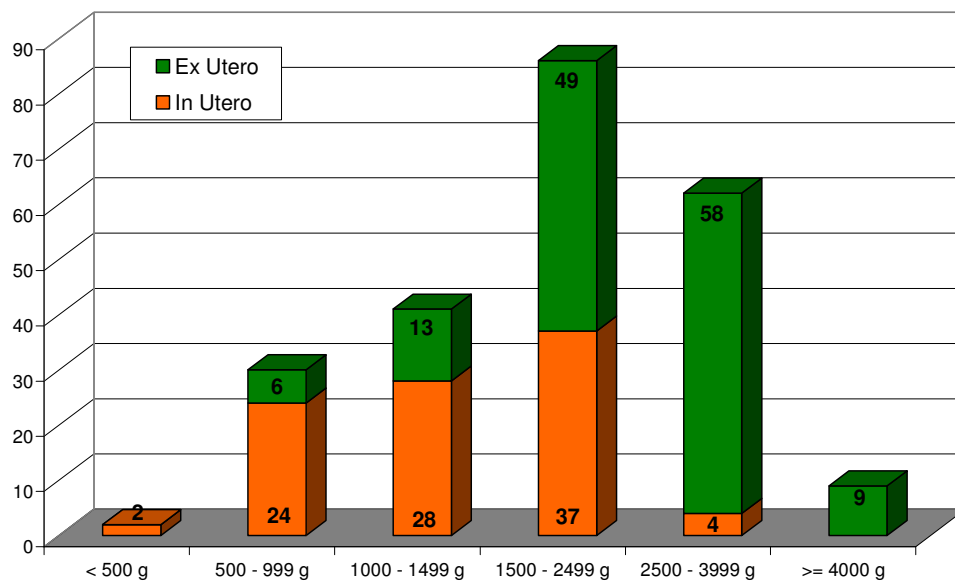
1. Het is opvallend dat ook in 2009 alle West-Vlaamse centra *ex utero* verwijzen naar de neonatale zorgen afdeling.
2. Er is een bestendiging van het aantal *in utero* verwijzingen naar de MIC afdeling, samen met een *status quo* aan *ex utero* transporten.





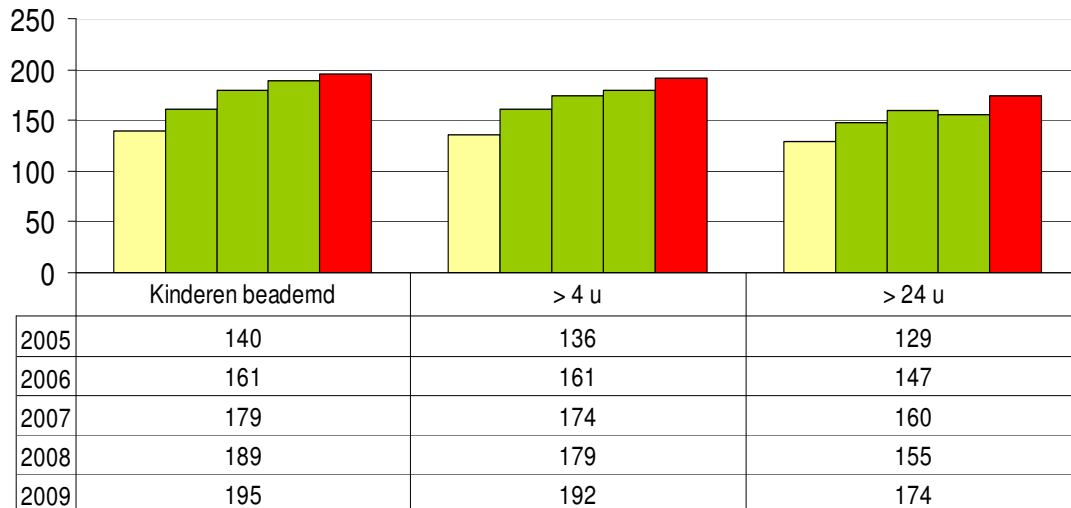
3. indien mogelijk worden de jongste prematuren steeds tijdig *in utero* doorverwezen: hun aantal is vooral hoog in de laagste gewichtsklassen
- dit verwijspatroon getuigt van goede kwaliteitsgeneeskunde, gezien een *in utero* transfer het meest veilige transport betekent voor de foetus/pasgeborene
  - wekelijks minstens 1 tot soms 2 opnames < 1500 gram via *in utero* transfer, naast overige opnames

### Geboortegewicht Ex versus In Utero transfers



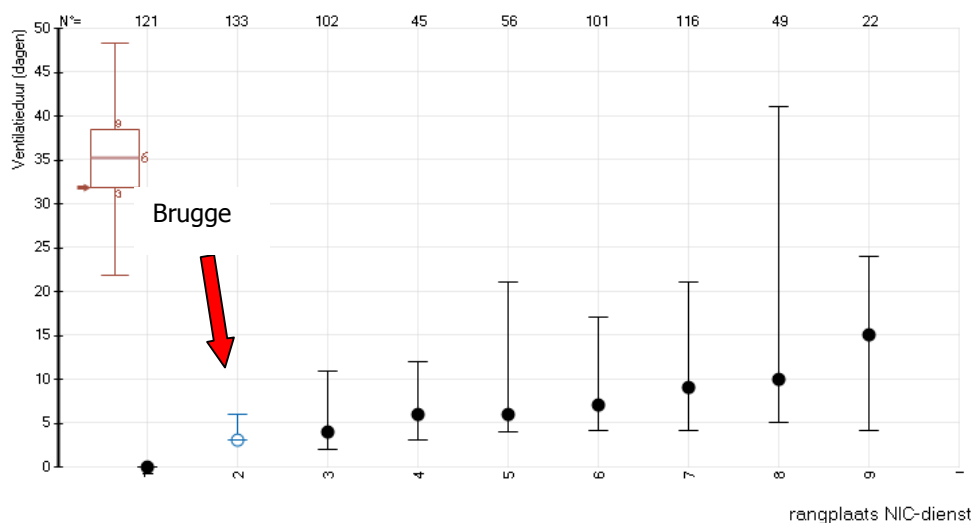
### 3. Beademing

Het aantal pasgeborenen dat werd beademd kent een toename van 32% tov 2005, wat wijst op een meer intensieve pathologie. Het grootste deel hiervan werd > 24 uur beademd.

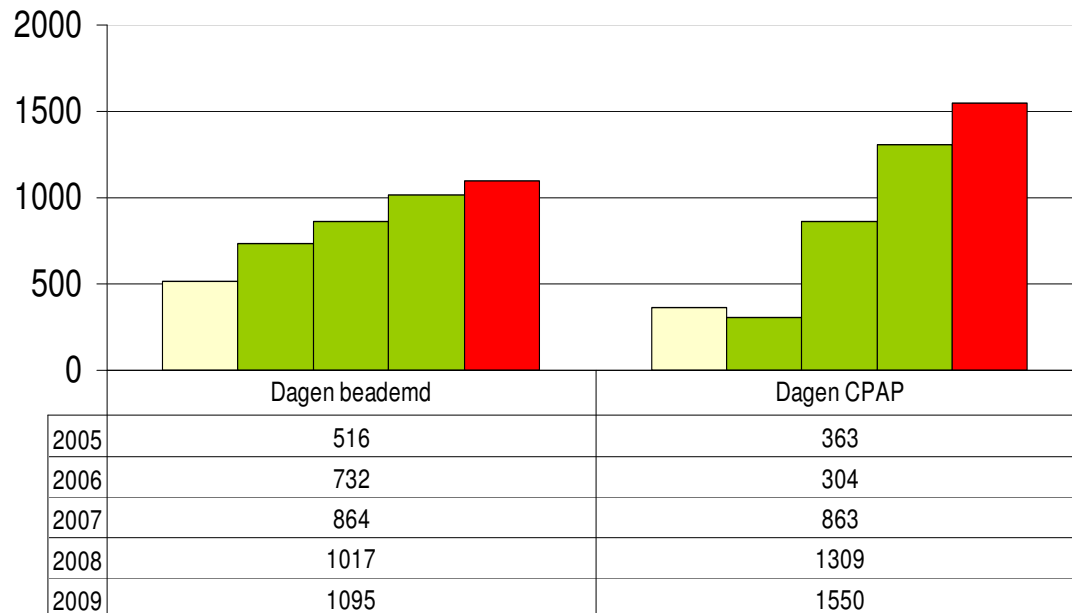


In vergelijking met andere Vlaamse NICUs kunnen we stellen dat we binnen onze ventilatiestrategie er steeds naar streven om pasgeborenen zo kortdurend mogelijk te beademen (lung protective ventilation), wat resulteert in een laag aantal patiënten met “Chronic Lung Disease” (O<sub>2</sub> nood op PML 36 weken: n = 2).

Endotracheale ventilatieduur (mediaan±IQR) bij baby's met hyaliene membranenziekte



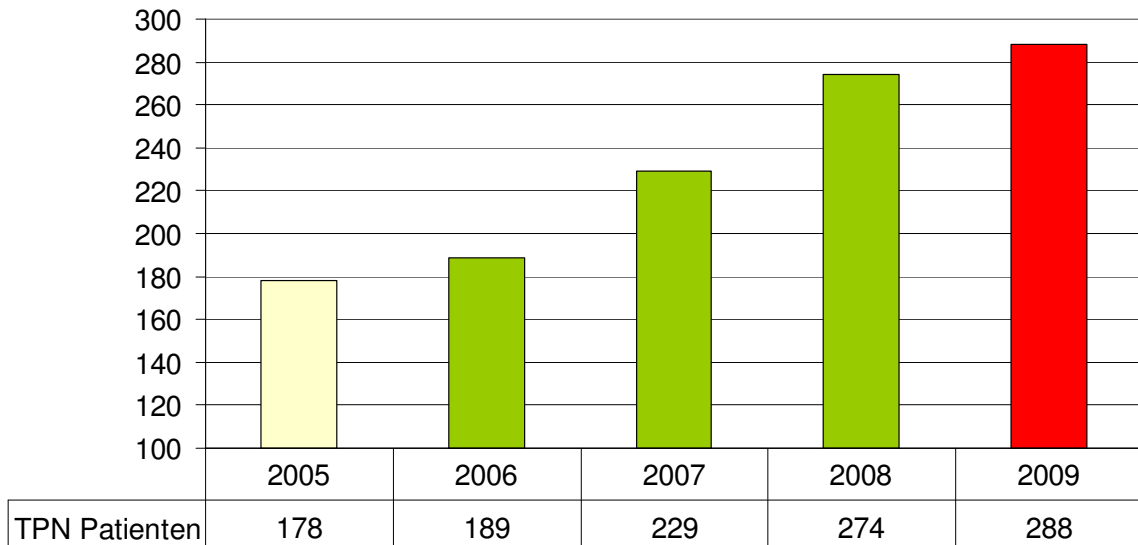
Onderstaande grafiek toont de verhouding IPPV versus CPAP aan: er is niet alleen een belangrijke toename van invasieve beademing, maar ook en vooral een significante toename van het aantal dagen nCPAP.



#### 4. Totaal Parenterale Nutritie (TPN)

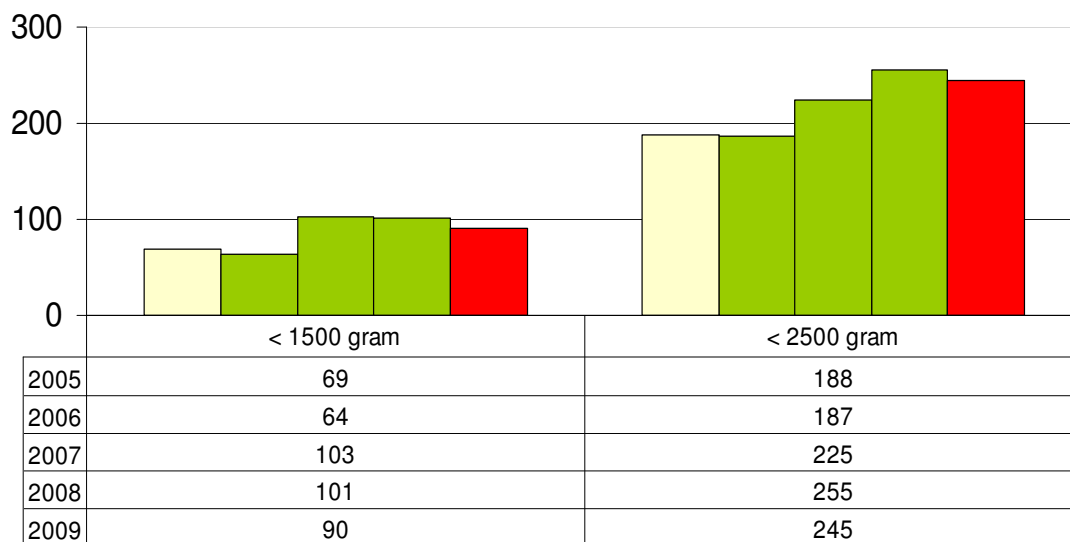
De hogere zorgintensiteit wordt tevens aangetoond in een toename van het aantal patiënten dat TPN toegediend kreeg.





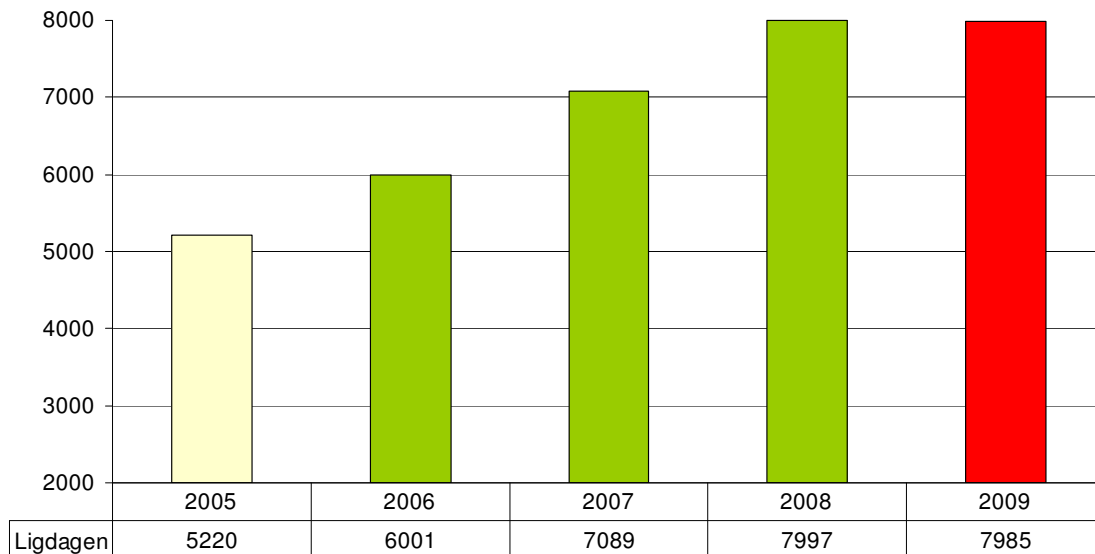
## 5. Geboortegewicht

Betreffende geboortegewicht werden > 50 opnames onder de 1500 gram geregistreerd (zie infra - Wenz criterium). Het is vooral deze toename die zorgt voor een verhoogde neonatale intensieve activiteit, zich uitend in ventilatie, nood aan TPN etc (zie supra).



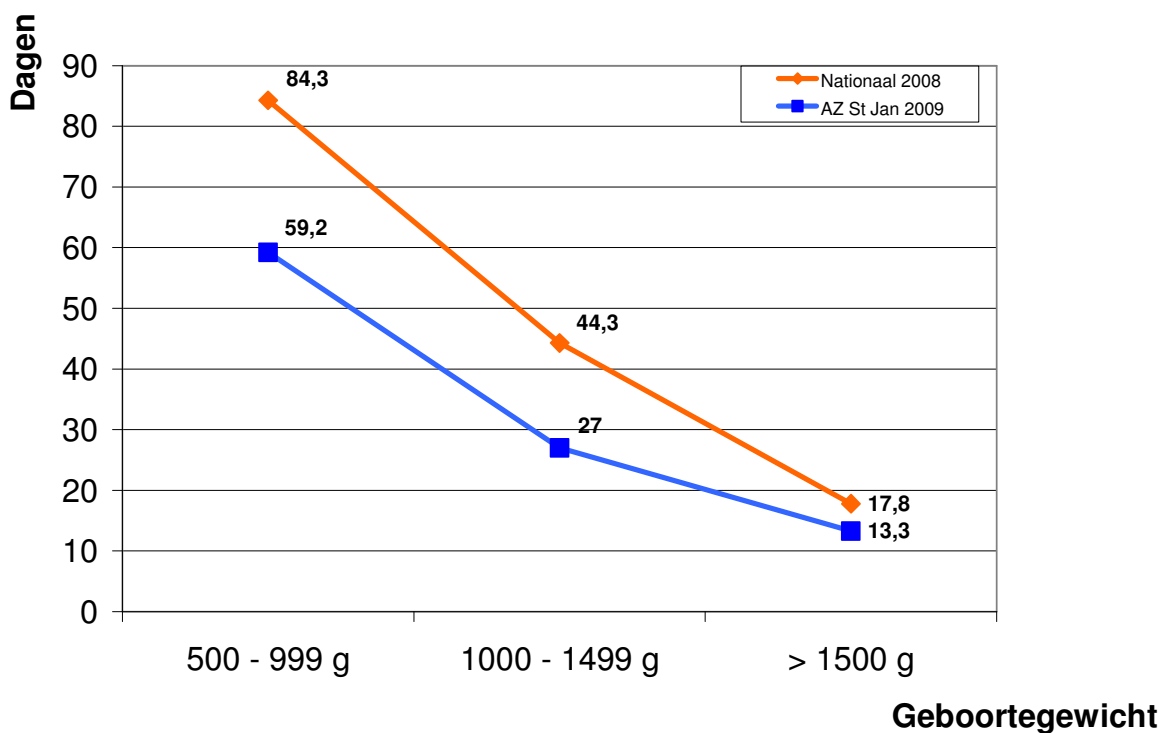
## 6. Ligdagen en Bedbezetting

Het aantal ligdagen blijft hoog:

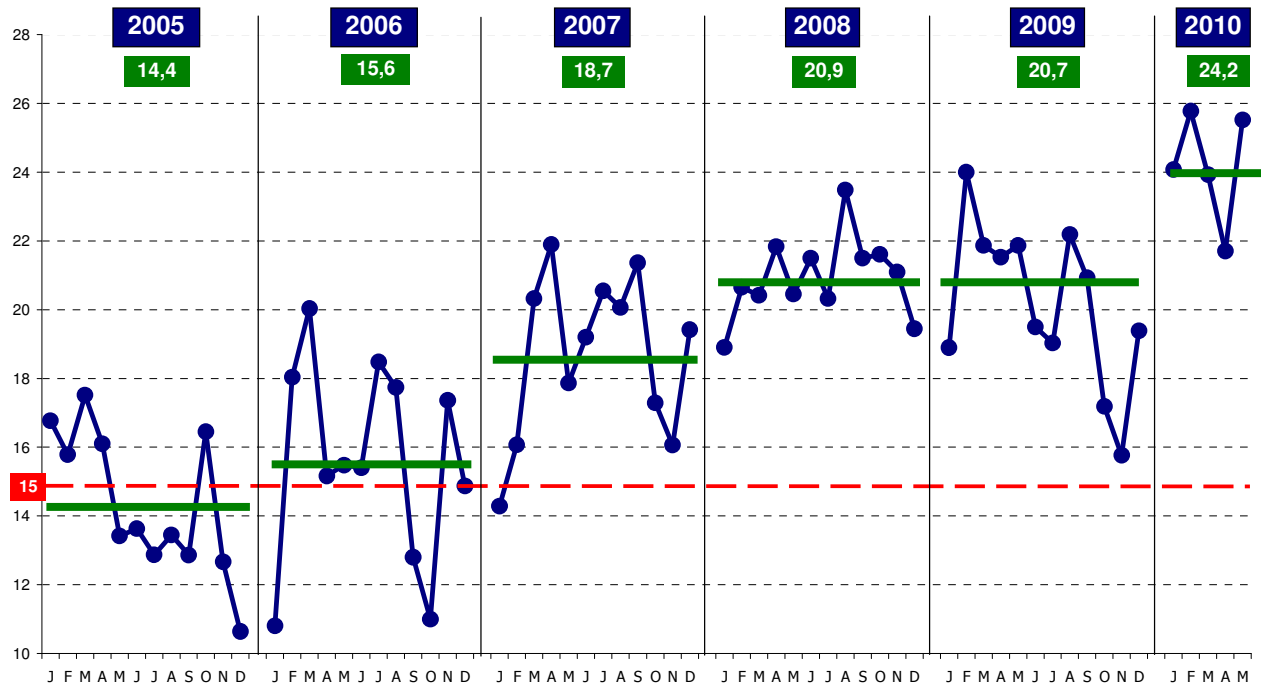


Deze verhoogde bedbezetting is uitsluitend te wijten aan de toename in aantal patiënten + tevens vooral een toename aan patiënten < 1500 gram. Deze patiënten worden evenwel tijdig terugverwezen, zoals de onderstaande grafiek ons leert (korte ligduur te Brugge in vergelijking met nationaal gemiddelde):

### Gemiddelde Verblifsduur



Het aantal erkende bedden “grote N” binnen West-Vlaanderen bedraagt momenteel 15 (zie rode lijn onderstaande grafiek). De figuur toont aan dat deze N bedden permanent overbezet zijn (zie gemiddelde ~ groene lijn grafiek – Merk op: data bevatten geen N\* activiteit).  
Bemerk tevens de hoge activiteit eerste kwartaal 2010.



## 7. Mortaliteit en Morbiditeit

	< 1000 gr	< 1250 gram	< 1500 gr
Aantal per jaar In België	250	500	920
Mortaliteit Alle NICUs	<b>26%</b>	<b>18%</b>	<b>12%</b>
Mortaliteit In Brugge	5/40 <b>12.5%</b>	9/58 <b>15.5%</b>	11/90 <b>12.2%</b>

In Vlaanderen bedraagt de vroeg neonatale sterfte 1.9 per duizend (SPE). Op een totaal aantal geboortes van 11.800 te W-VI, verwacht men dus een 23 overlijdens vroeg neonataal. Dit komt overeen met het totaal aantal overlijdens n=20 op onze dienst gedurende 2009.

Hieronder beschrijven we U hun herkomst, tijdstip en reden van overlijden.

Herkomst	PML		GG	Levensdag overlijden	Reden overlijden
	weken	dagen			
1 OUTBORN	26	6	860	25	Graad IV bloeding + posthemorragische hydrocefalie; Abstinentie van intensieve zorgen
2 OUTBORN	27	4	1040	0	Thuisbevalling - aankomst in het ziekenhuis in asystolie en extreme hypothermie - niet te reanimeren
3 OUTBORN	38	4	2900	4	Uterusruptuur - ernstig hypoxisch-ischemisch hersenlijden + multipel orgaan falen; Abstinentie van intensieve zorgen
4 OUTBORN	37	1	3320	8	Solutio Placentae - ernstig hypoxisch-ischemisch hersenlijden + multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
5 INBORN	30	2	2300	100	Hydrops foetalis, congenitale lymfe aandoening + chylothorax, respiratoire insufficiëntie
6 OUTBORN	27	6	1100	2	Feto-Mat transfusie - ernstig hypoxisch-ischemisch hersenlijden + multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
7 INBORN	27	6	1080	9	Acute hart tamponade - onverwacht overlijden
8 INBORN	34	5	2010	3	Congenitale E.coli sepsis en meningitis + multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
9 OUTBORN	25	4	675	4	Graad IV bloeding + posthemorragische hydrocefalie; Abstinentie intensieve zorgen
10 OUTBORN	25	4	670	2	Bilaterale graad III intracraniale bloeding + cardiorespiratoire decompensatie; Abstinentie intensieve zorgen
11 OUTBORN	35	2	2500	4	Solutio Placentae - Ernstig hypoxisch-ischemisch hersenlijden + multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
12 OUTBORN	41	3	3330	38	3-methylglutaconic aciduria (3-MGA) met ernstig neurologisch lijden; Abstinentie intensieve zorgen
13 INBORN	30	0	1390	1	Extreme congenitale hydrocefalie op basis van congenitale aquaduct stenose; Abstinentie intensieve zorgen
14 > 28 dagen	33	4	2355	51	heropname van thuis - battered child - extreme hersencontusie/oedeem met inklemming

15	OUTBORN	36	4	1310	27	Klebsiella sepsis - multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
16	INBORN	35	0	2190	21	Gastroschisis - Ernstig hypoxisch-ischemisch hersenlijden + multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
17	OUTBORN	38	0	4140	2	Solutio Placentae - Ernstig hypoxisch-ischemisch hersenlijden + multipel orgaan falen; Abstinentie intensieve zorgen
18	INBORN	22	3	480	2	Graad IV bloeding + posthemorragische hydrocefalie; Abstinentie intensieve zorgen
19	INBORN	22	3	520	9	Graad IV bloeding + posthemorragische hydrocefalie; Abstinentie intensieve zorgen
20	OUTBORN	24	5	500	2	Hypothermie + Cardiorespiratoir falen bij XP; Abstinentie intensieve zorgen

De morbiditeit wordt tevens geregistreerd via de nationale NIC Audit (i.e. neonatale dataset voor jaarlijkse feedback van Belgische NIC-diensten). Een overzicht zou dit jaarrapport onnodig volumineus maken. De analyse van onze gegevens en hoe wij ons als dienst positioneren binnen het Belgische neonatale landschap kunt U via email aanvragen ([luc.cornette@azbrugge.be](mailto:luc.cornette@azbrugge.be)).

## Overzicht NIC data 2005 – 2009

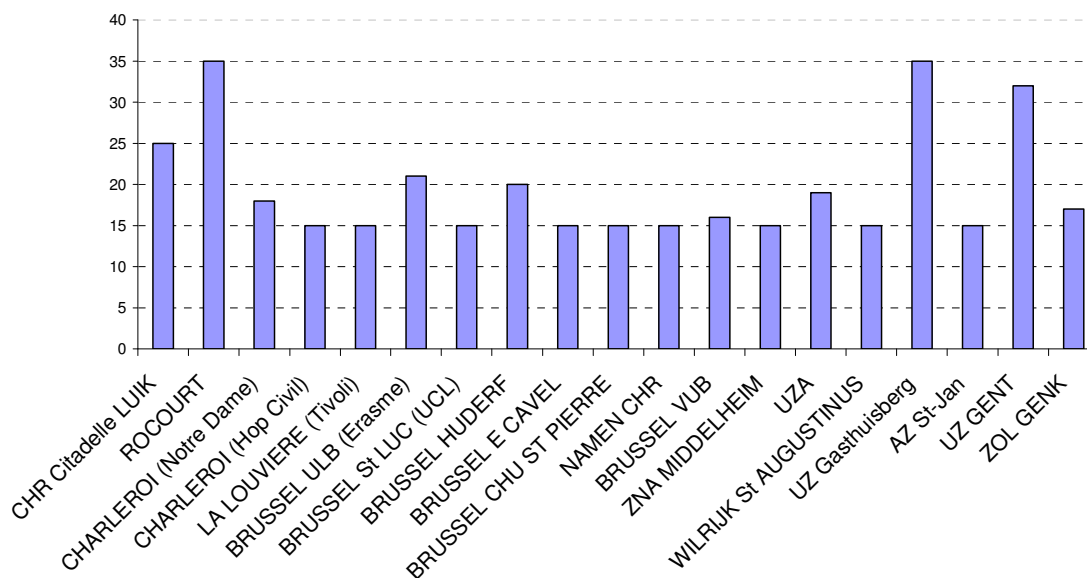
	2005	2006	2007	2008	2009
<b>1. Totaal aantal N opnames</b>	<b>347</b>	<b>351</b>	<b>316</b>	<b>361</b>	<b>372</b>
<b>N ster opnames</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>51</b>
<b>→ TOTAAL</b>	<b>355</b>	<b>379</b>	<b>360</b>	<b>399</b>	<b>423</b>
<b>2. Aantal kinderen &lt; 1500 g</b>	<b>69</b>	<b>64</b>	<b>103</b>	<b>101</b>	<b>90</b>
<b>Aantal kinderen &lt; 2500 g</b>	<b>188</b>	<b>187</b>	<b>225</b>	<b>255</b>	<b>245</b>
<b>3. Aantal kinderen beademd</b>	<b>140 (40.3%)</b>	<b>161 (48.1%)</b>	<b>179 (56,6%)</b>	<b>189</b>	<b>195</b>
> 4 u	- 136	- 161	- 174	- 179	- 192
> 24 u	- 129	- 147	- 160	- 155	- 174
<b>Aantal dagen beademing</b>	<b>516</b>	<b>732</b>	<b>864</b>	<b>1017</b>	<b>1095</b>
<b>Aantal dagen nasale CPAP</b>	<b>363</b>	<b>304</b>	<b>863</b>	<b>1309</b>	<b>1550</b>
<b>4. Aantal kinderen met TPN</b>	<b>178</b>	<b>189</b>	<b>229</b>	<b>274</b>	<b>288</b>
<b>Aantal dagen TPN</b>	<b>2430</b>	<b>2488</b>	<b>4351</b>	<b>4490</b>	<b>4665</b>
<b>5. Aantal effectieve ligdagen</b>	<b>5220</b>	<b>6031</b>	<b>7089</b>	<b>7997</b>	<b>7985</b>
<b>Gemiddelde bezetting</b>	<b>14,3 (96%)</b>	<b>15,6 (104%)</b>	<b>18,7 (125%)</b>	<b>20,9 (139%)</b>	<b>20,2 (135%)</b>
<b>6. Aantal transporten</b>	<b>202 (58%)</b>	<b>209 (59,5%)</b>	<b>210 (67%)</b>	<b>229 (68%)</b>	<b>238 (64%)</b>
• Intra-uterien	- 60	- 61	- 82	- 98	- 97
• Extra-uterien	- 134	- 153	- 126	- 131	- 141

## IV. Positionering Nationaal

Rapportering Dr L. Cornette

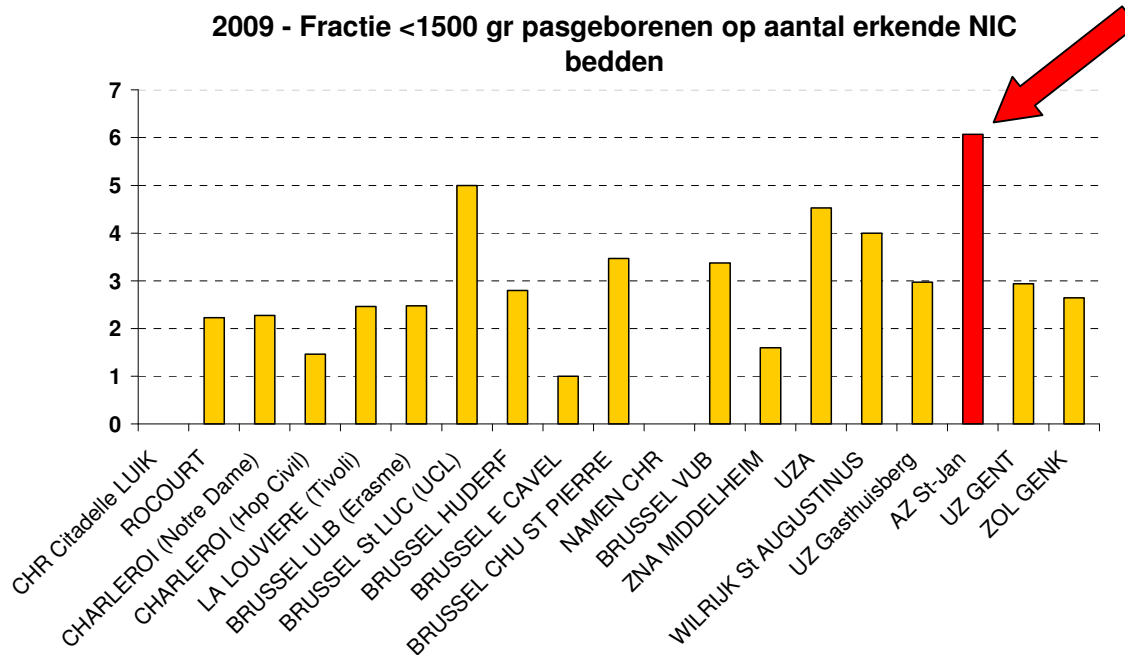
Onderstaande grafiek toont voor alle 19 NICU centra het aantal erkende N-bedden

### Aantal Erkende Bedden



Volgens de huidige Wenz-criteria dient een afdeling jaarlijks minstens 50 pasgeborenen < 1500 gram op te nemen. In ons ziekenhuis bedroeg dit aantal 90 – hiermee staan we op de 3<sup>de</sup> plaats in België. Het is zelfs zo dat in Wallonië enkele centra zelfs de kritische drempel van 50 pasgeborenen < 1500 gram niet halen.

Om de zorgintensiteit correct in beeld te brengen, dienen we het aantal intensieve patiënten < 1500 gram te delen door het aantal beschikbare grote N bedden – zie curve hieronder:



Onze dienst vertoont net als vorig jaar **de hoogste fractie van het land**, wat nogmaals aantoont dat er een zeer hoge activiteit heerst (17/19 diensten – 2 diensten gaven hun gegevens 2009 nog niet door).

Via dit soort “benchmarking” studies pogen we deze hoge zorgintensiteit op nationaal niveau te bespreken, zodat er een correctere herverdeling komt van middelen, m.a.w. een verhoging van het aantal verpleegkundigen om voor ons hoog aantal < 1500 gr pasgeborenen te zorgen.



## IV. Wetenschappelijke activiteiten 2009

### MIC & NIC

De wetenschappelijke activiteiten van de afdelingen MIC en NIC kunnen als volgt worden samengevat:

#### 1. Team vergaderingen MIC/NIC

- Wekelijks
  - maandagochtend bespreking en beleid van MIC patiënten
  - maandagochtend multidisciplinair overleg + casusbespreking prenatale diagnostiek
  - maandagochtend NIC en pediatrie patiënten bespreking
  - vrijdagmiddag stafvergadering
    - klinisch – wetenschappelijke onderwerpen
    - MIC-NIC staf elke 2<sup>de</sup> vrijdag van de maand
- Maandelijks
  - team meeting NIC artsen (organisatorisch)
  - journal club met assistenten en stafleden
- Drie-maandelijks
  - team meeting multidisciplinair (artsen + neonataal verpleegkundigen)
  - dit omvat vooral systematisch overleg omtrent patiëntenzorg en zorgorganisatie
- P Ster vergaderingen - Programma 2009 – 10 jaar MIC
  - Dr A Loccuffier: overzicht 10 jaar MIC
  - Dr Wilfried Gyselaers - Fibronectine test in de klinische praktijk: de Genkse ervaring
  - Dr Roel De Heus - Tocolyse 2009, resultaten van de VET studie
  - Prof. Dr Paul Govaert - Beeldvorming van de neonatale hersenen: State of the Art anno 2009
  - Dr L Cornette - Toekomstvisie
  - Zie ook 2 P ster vergaderingen “op afstand” (Menen – Roeselare cfr infra)

#### Overzicht maandelijkse MIC NIC Stafvergaderingen 2009

9/01/2009	Jaarverslag MIC NIC door Dr A. Loccufier en Dr L. Cornette
13/02/2009	Casusbespreking - Praktijk Postpartum haemorragie
13/03/2009	Casusbespreking
8/05/2009	Casusbespreking - Bariatrische heelkunde : Chirurgische technieken door Dr S. Van Cauwenberghe
12/06/2009	Casusbespreking - Beslissing tot bevalling bij IUGR door Dr B. Bronselaer
10/07/2009	Casusbespreking
14/08/2009	Casusbespreking
11/09/2009	Casusbespreking - Foetale MRI door Dr H. Logghe
9/10/2009	Casusbespreking - De placenta van dichtbij bekeken door Dr L. Van Wallegghem
15/10/2009	STAN symposium Prof. Vissers, Prof. Jacquemyn, Dr Loccufier, Dr Laurent, Mevr C. Quintens, Mevr K. Loose, Mevr K. Lisabeth
13/11/2009	Diagnose en behandeling van zwangerschapsdiabetes door Dr S. Van Imschoot Neonatale follow up bij zwangerschapsdiabetes door Dr M. Sijmons & Dr T. Claeys Project zoetzwanger door Frederik Muylle (Wetensch. medewerker Vlaamse Diabetes Vereniging vzw)
11/12/2009	Casusbespreking

## 2. Deelname aan wetenschappelijke studies

- Hypothermie in kader van perinatale asfyxie
  - Vlaams-Nederlandse werkgroep Neonatale Neurologie
  - algemene lichaamskoeling voor  $\geq 36$  weken geboren op een neonatale intensieve zorgafdeling
  - alle behandelde patiënten worden opgenomen in een gemeenschappelijk Vlaams-Nederlands databestand, waarbij ook naar follow-up wordt gevraagd op de leeftijd van 1 jaar
- Synagis – studie

## 3. Fetale MRI

- postnataal biedt het nieuwe 3 Tesla toestel boeiende research mogelijkheden in de neonatale cerebrale beeldvorming.
- Voorjaar 2009: Werkbezoek Sheffield
  - MIC H Logghe
  - NIC L Cornette
  - RX K Coenegrachts, J Delanote

## 4. Teaching

- NLS (Neonatal Life Support)
  - o Dr L. Cornette en Dr J. D'haese zijn full instructoren
  - o Jaarlijks organisatie van en teaching op 4 volledige lesdagen (Antwerpen), open voor alle Vlaamse vroedvrouwen en neonataal verpleegkundigen
- STAN instructoren
  - o Dr A. Loccufier, Dr H. Logghe, Dr F. Claerhout
- De MIC en NIC artsen verzorgen opleiding en onderwijs aan
  - o studenten verpleegkunde (KHBO) en neonataal verpleegkundigen
  - o stagiairs geneeskunde (6<sup>de</sup> jaars)
  - o Assistenten (GSO's)
  - o Gast-colleges door alle stafleden van MIC en NIC aan de KHBO (Katholieke Hogeschool Brugge Oostende), in het kader van voortgezette opleidingen verpleegkundigen
  - o actieve bijdrage aan de postgraduaat cursus (18 daagse lessencyclus) en themadagen door alle neonatologen
    - jaarlijks
    - > 100 vroedvrouwen/verpleegkundigen
    - Jaarlijkse topic Dag KHBO (voorjaar)
    - KATHO te Kortrijk
- Teaching op verschillende LOK vergaderingen van gynaecologen en pediaters
  - o Dr H. Logghe, Dr F. Claerhout, Dr L. Cornette
- De MIC en NIC verpleegkundigen
  - o verzorgen opleiding en onderwijs aan studenten verpleegkunde (KHBO, KATHO Kortrijk en Roeselare; Turnhout), i.e. praktisch gerichte stagebegeleiding tijdens verzorging, lichamenlijk onderzoek en behandeling van patiënten
  - o ontvangen frequent op onze dienst verpleegkundigen uit andere ziekenhuizen (kijkstage)
  - o geven advies aan de verpleegkundigen op de N ster afdelingen in verwijscentra, indien ze dit wensen
- Onderwijs op afstand (= P ster vergadering, op afstand)
  - o Onze groep van neonatologen verzorgt het doceren van o.a. "Basic Life Support" - "Katheterzorg" aan vroedvrouwen, kinderartsen en gynaecologen, dit lokaal in de verschillende verwijzende centra
  - o Deze educatieve momenten brengen neonataal verpleegkundigen, vroedvrouwen en artsen samen op multidisciplinaire wijze:
    - 9/06/2009 P\* vergadering te Menen, neonatale opvang - verloskwartier (L Cornette)
    - 12/06/2009 P\* vergadering te Roeselare, neonatale opvang - verloskwartier (J D'haese)
    - 7/10/2009 P\* vergadering te Tielt, neonatale opvang - verloskwartier (L Cornette)

## 5. Specifieke Voordrachten

- 12-15 Augustus 2009
  - o Evie Barbe, Karel Vandevelde, Wim Decaluwe
    - Cardiogenic shock due to Persistent Junctional Reciprocating Tachycardia (PJRT) presenting in the emergency room in a 24 days old newborn.
    - Valencia, Spain.
- 16/09/2009
  - o Neopuff beademing – Roeselare Synagis meeting (Dr J. D’Haese)
- 15/09/2009
  - o Teamvergadering neonatologie – Asfyxie (Dr A. Casaer)
- 17/11/2009
  - o Teamvergadering neonatologie: Pneumothorax: Hoe herkennen? Drainagesystemen (Dr J. D’Haese)
- 27/11/2009
  - o VVOG: verloskundige vaardigheden
    - postpartum hemorragie (Dr A. Loccufier)
    - Neonatal basic Life Support (Dr L. Cornette)
- 28/11/2009
  - o Vanlander A, Decaluwe W, Vandelanotte M, Van Geet V, Cornette L.
    - A novel treatment for congenital, visceral haemangioma
    - Congres Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde.

## 6. Publikaties

1. **Cornette L**, DeVeber G, Govaert P. Perinatal Stroke. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2009;14:243-244.
2. **Logghe H**, Bronselaer B, Coenegrachts K, D’Hooghe M, Moerman P, **Cornette L**. Fetal MRI of the placenta in extreme early onset IUGR. *Prenat Diagn.* 2010 Mar 11. [Epub ahead of print]
3. Beardsall K, Vanhaesebrouck S, Ogilvy-Stuart AL, Vanhole C, Palmer CR, van Weissenbruch M, Midgley P, Thompson M, Thio M, **Cornette L**, et al. Is Hyperglycaemia a risk factor for mortality and morbidity in the very low birth weight infant? Cohort analysis of the NIRTURE Trial. **2010**, *in press (BMJ)*.
4. Beardsall K, Vanhaesebrouck S, Ogilvy-Stuart AL, Vanhole C, Palmer CR, van Weissenbruch M, Midgley P, Thompson M, Thio M, **Cornette L**, Ossuetta I, Iglesias I, Theyskens C, de Jong M, Ahluwalia JS, de Zegher F, Dunger DB. What is the prevalence and determinants of

hyperglycaemia in very low birth weight infants? Cohort analyses of the NIRTURE study.

**2010, in press (Pediatrics)**

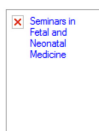
5. Vanlander A, Decaluwe W, Vandelanotte M, Van Geet V, **Cornette L.** A novel treatment for congenital, visceral haemangioma. **2010, in press (Prenatal Diagnosis).**

### ○ Seminars in Fetal & Neonatal Medicine

- 2 maandelijks “Lessons from the current literature” in het tijdschrift

1. **Cornette L.** Neurodevelopmental outcome of premature infants after exposure to antenatal indomethacin. *SFNM* 2009;14:61.
2. **Cornette L.** Cervical length at mid-pregnancy and the risk of primary cesarean delivery. *SFNM* 2009;14:126.
3. **Cornette L.** A Randomized, Controlled Trial of Magnesium Sulfate for the Prevention of Cerebral Palsy. *SFNM* 2009;14:178.
4. **Cornette L.** Recurrent postnatal infections are associated with progressive white matter injury in premature infants. *SFNM* 2009;14:241.
5. **Cornette L.** Resuscitation at birth and cognition at 8 years of age: a cohort study. *SFNM* 2009;14:329.

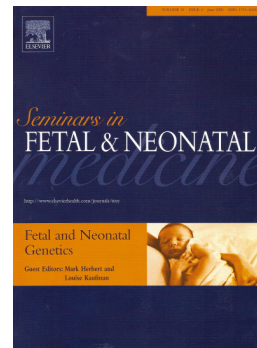
- Editor één volledige issue Seminars in Fetal & Neonatal Medicine



**Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**  
 Volume 14, Issue 5, Pages 243-330 (October 2009)  
**Perinatal Stroke**  
 Edited by Luc Cornette and Paul Govaert

Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, vol 14, issue 5, October 2009 – Perinatal Stroke.  
 Editors: **Cornette L.** and Govaert P.

1. **Title Page/Aims and Scope/Editorial Board**  
Page IFC
2. **Editorial**  
Pages 243-244  
Luc Cornette, Gabriëlle deVeber, Paul Govaert



## Lidmaatschap perinatale bestuursorganen

Dr A. Loccufier

- Bestuurslid Vlaamse Werkgroep Verloskunde
- Adviesgroep Project Zoet Zwanger Vlaamse Diabetes Vereniging vzw

Dr H. Logghe

- Bestuurslid Vlaamse Werkgroep Verloskunde
- Bestuurslid Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE)

Dr L. Goessens

- Bestuurslid Vlaamse Werkgroep Verloskunde

Dr L. Cornette

- Lid Diensthoofdencollege BVN (Belg. Vereniging Neonatologie),
- Lid Nationaal College Moeder-Kind
- Lid Stuurgroep Neonatal Life Support Course Vlaanderen
- Lid Editorial Board Seminars in Fetal and Neonatal Medicine
- Lid ENBC (European Neonatal Brain Club)

Dr J. D'haese

- Bestuurslid Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde
- Lid Stuurgroep Neonatal Life Support Course Vlaanderen

Dr A. Casaer

- Lid werkgroep VVK-neonatologie
- Lid Vlaams-Nederlandse werkgroep neonatale neurologie - neemt op regelmatige tijdstippen deel aan werkgroepen en symposia

Dr W. Decaluwe

- verzorgt wekelijks een raadpleging kindercardiologie te UZ Gent, inclusief het bijwonen van stafvergaderingen kindercardiologie