



- Inhoudsopgave*
- Pg. 1 • Editoriaal
 - Pg. 2 • Hoe werkt de bloeddruk?
 - Pg. 4 • Zijn energiedranken veilig voor het hart?
 - Pg. 6 • Een olympische droom aan diggelen.
 - Pg. 7 • Een patiënt vertelt.
 - pg. 8 • Systematisch hartonderzoek van jonge sporters.
 - pg. 10 • Verslag van de informatiesessie in het hospitaal van Jolimont.
 - pg. 12 • Verslag van de informatiesessie in het CHR van Namur.
 - De hartridders.
 - Onze vraag - graag uw antwoord!
 - pg. 13 • Meer slagkracht door verandering van de statuten.
 - pg. 14 • Informatieve avond: neem U agenda.
 - pg. 15 • Vraag/antwoord.

Editoriaal



Beste lezers,

Ik ben blij deze News boordevol informatie voor de achttiende maal bij u te mogen inleiden. Boordevol: het lijkt wel het ordewoord voor BIPIB dit jaar!

Ik ben verheugd u te mogen vertellen dat onze vrijwilligers niet hebben stilgezeten en dat uit hun noeste arbeid een boordevolle agenda is ontstaan. Niet alleen ons ledenaantal stijgt gestaag, ook het aantal informatiesessies die wij met de artsen en hospitalen mogen organiseren.

U kan er al enkele ontdekken in dit blad, maar hou ook onze website in het oog, want er staan er nog op stapel.

Wij hebben ook nog boordevol veel plannen voor de toekomst van BIPIB. Met het oog op een soepelere werking van onze vereniging zouden wij enkele statuutwijzigingen willen doorvoeren.

Ook daarover kan u meer vernemen in deze uitgave.

De vele vastgelegde activiteiten maken het moeilijk om dit jaar onze gewoonlijke nationale informatiesessie in Brussel te houden, maar gelegenheid om elkaar te ontmoeten zullen wij zeker hebben...

Ik wens jullie veel leesgenot.

*Met hartelijke groeten,
jullie voorzitter,
Germain Beckers*

Noteer alvast de volgende informatiesessies in uw agenda:

- **26-04-2016, 19u00** : in samenwerking met AZ Sint Jan Brugge: meer informatie elders in dit blad (blz 14) en op onze website,
- **17-06-2016, 16u00** : in samenwerking met het Hôpital Civil Marie Curie in Charleroi: meer informatie volgt op onze website,
- **24-09-2016, 9u00** : in samenwerking met het Deltaziekenhuis in Roeselare: meer informatie volgt op onze website

Hoe werkt de bloeddruk?

(bron: www.ed.ted.com, How blood pressure works, Wilfred Manzano)

Als je alle bloedvaten van je lichaam achter elkaar zou leggen, zouden zij 95.000 km lang zijn. Dagelijks transporteren zij het equivalent van 7.500 liter bloed, maar in feite zijn het steeds dezelfde vier tot vijf liter die hergebruikt worden. Het bloed brengt zuurstof en waardevolle voedingsstoffen, zoals glucose en aminozuren naar de lichaamsweefsels en organen.

Al dat bloed oefent een kracht uit op de gespierde celwanden van de bloedvaten. Deze kracht stijgt en daalt bij elke hartslag en wordt de bloeddruk genoemd. Hij is het hoogst als het hart samentrekt om het bloed door de bloedvaten te pompen: de systolische bloeddruk.

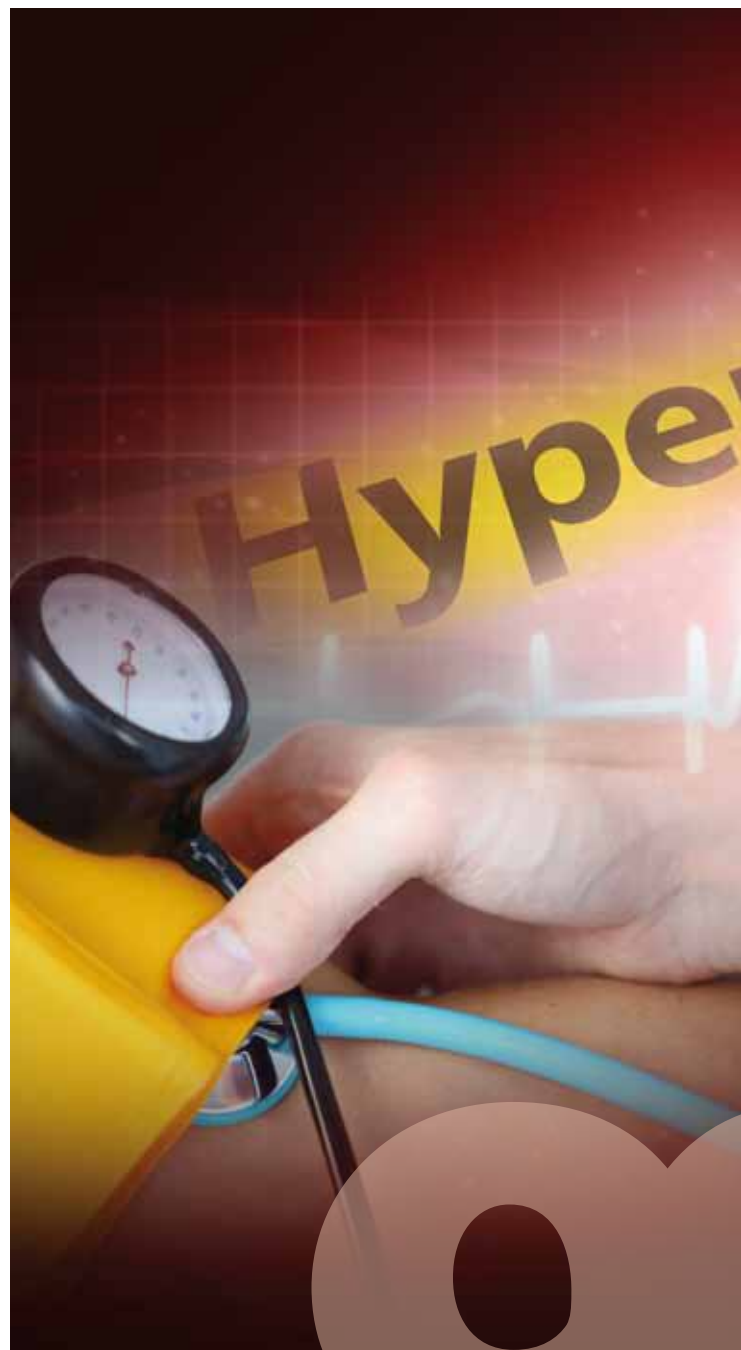
Als het hart "in ruste" is tussen de slagen, daalt de bloeddruk naar zijn laagste waarde: de diastolische druk.

Een gezonde persoon heeft een systolische bloeddruk tussen 90 en 120 millimeter kwikdruk en een diastolische druk gelegen tussen 60 en 80. Gemiddeld genomen, wordt een bloeddruk van 120 over 80 als een normale waarde beschouwd.

Het bloed verplaatst zich doorheen het volledige lichaam langsheen een buizenstelsel: de vaten van de bloedsomloop. In elk buizensysteem kunnen verschillende factoren de drukkracht op de buiswanden verhogen:

- de eigenschappen van de vloeistof: als het bloed dikker wordt is er meer druk nodig om het door de bloedvaten te drukken. Het hart zal dus harder gaan pompen.
- extra vloeistof: zout bevordert het vasthouden van vocht. Een zoutrijk eetpatroon zal de bloeddruk verhogen omdat de extra vloeistof het bloedvolume verhoogt,
- nauwere buizen: bij stress komen hormonen vrij, zoals adrenaline en noradrenaline, die de bloedvaten doen samentrekken. Hierdoor verhoogt de weerstand van de wanden met een bloeddrukverhoging tot gevolg.

Bloedvaten kunnen deze veranderingen doorgaans gemakkelijk aan. Zij zijn immers veerkrachtig door hun elastische vezels in de wanden. Als de bloeddruk echter regelmatig een waarde van 140 over 90 over-



80



schrijdt, spreken wij van hypertensie (hoge bloeddruk). Als een dergelijke waarde aangehouden blijft, kan dit ernstige problemen veroorzaken omdat de aangehouden extra druk op de slagaderwanden kleine scheurtjes kan veroorzaken. Als het beschadigde weefsel opzwelt, zullen cellen, die op een ontsteking reageren, zoals witte bloedcellen, zich in en rond de scheurtjes nestelen. Het vet en de cholesterol dat door het bloed wordt meegemevoerd, zal ook op deze plaatsen blijven kleven en aankoeken tot een plaque, die de binnenwand van het bloedvat dikker en stugger maakt. Men spreekt dan van aderverkalking of arterosclerose en het fenomeen kan kwalijke gevolgen hebben.

Wanneer de plaque scheurt, vormt er zich een bloedprop op het scheurtje, die de al vernauwde ader nog meer zal verstoppen. Als de prop groot genoeg is kan het de bloedtoevoer - en dus de aanvoer van zuurstof en brandstoffen - naar de cellen van de weefsels en organen volledig blokkeren.

Wanneer dit gebeurt in de bloedvaten van het hart is er sprake van een hartaanval, waarbij hartspierweefsel afsterft door een gebrek aan zuurstof. Belemmert een dergelijke prop de bloedtoevoer naar de hersenen dan veroorzaakt dit een beroerte.

Gevaarlijk verstopte bloedvaten kunnen weer verwijd worden met de dottertechniek of angioplastie. Artsen zullen dan een draad door het aange-taste bloedvat leiden tot aan de belemmering. Dan schuiven zij een lege ballonkatheder over de draad. Wanneer de ballon wordt opgeblazen, wordt de bloedtoevoer terug open geduwd. Soms wordt een stent (een soort stijve buis) in het bloedvat geplaatst om het open te houden en het bloed vrij te laten stromen om weer zuurstof naar de stikkende cellen te brengen.

Soepel en flexibel blijven onder druk is geen gemakkelijke taak voor slagaders. De vloeistof die zij vervoeren bevat kleverige bestanddelen die kunnen klonteren. Een normaal hart slaat ongeveer 70 keer per minuut. Gedurende een gemiddeld leven zal het dus 2,5 miljard keren slaan. Men zou denken dat dit een onoverkomelijke hoeveelheid druk is, maar onze slagaders zijn goed uitgerust voor deze uitdaging.

20





Zijn energiedranken veilig voor het hart?

Tijdens een congres over voedsel en hartritmestoornissen, gehouden in Venetië van 16 tot 18/10/2015, rapporteerden Dr Alessandro Capucci en Dr Marco Flori enkele concrete gevallen van ritmestoornissen in de voorkamers en de kamers evenals van zuurstofgebrek in de hartspier veroorzaakt door energiedranken. Zij maken zich zorgen over de veiligheid van dergelijke dranken.

Energiedranken bevatten een veranderlijke hoeveelheid cafeïne, taurine, zoetstoffen en vitaminen. Zij kunnen ook nog andere opwekkende stoffen bevatten zoals guarana of ginseng. Zij zijn sinds geruime tijd een onderdeel van de softdrink-industrie.

Pepsi-Cola en Coca-Cola werden oorspronkelijk ook als energie opwekkers op de markt gebracht. Het duurde tot de jaren 90 van de vorige eeuw eer energiedranken met rasse schreden de markt inpalmde. De omzet op de wereldmarkt van energiedranken evolueerde zo van 3,8 miljard \$ in 1999 naar 27,5 miljard \$ in 2013, met Red Bull en Monster als de twee belangrijkste spelers, goed voor ongeveer 80% van de markt.

In 2011 bestelde het Europese Voedselagentschap een studie voor het verzamelen van de gegevens over het verbruik van energiedranken in 16 lidstaten. Daaruit bleek dat 68% van de adolescenten (10 - 18 jaar), 30% van de volwassenen en 18% kinderen (minder dan 10 jaar) energiedranken nuttigen.

Gevallen van ritmestoornissen van de ventrikels en plotse dood gerelateerd aan het drinken van energiedranken zijn bekend.

Zo werd, bijvoorbeeld, een jonge man van 28 jaar in de spoedafdeling opgenomen met ventriculaire tachycardie. De patiënt had 3 blikjes van 250 ml energiedrank gedronken.

Een ander voorbeeld beschrijft een eerste ICD-shock bij een 45-jarige man, die, omdat hij moe was bij het opstaan voor een vroege dagtaak, 3 blikjes Red Bull had gedronken in een tijdspanne van drie tot vier uur.

De ICD gaf een shock af binnen de 30 minuten nadat het derde blikje was leeg gedronken.

Drie recente rapporten melden dat energiedranken niet alleen 'triggers' zijn voor bepaalde hartritmestoornissen. Net zoals bij een inspanningstest of bij toediening van adrenaline kunnen zij primaire pathogene storingen ontmaskeren, zoals bijvoorbeeld een lang QT of het syndroom van Brugada.

De energiedranken spelen ook een rol bij myocardiale ischemie (zuurstoftekort van de hartspier): de nadelige effecten van deze dranken op de bloedplaatjes en de endotheelfunctie (laagje aaneengesloten cellen dat de binnenkant van het hart, de bloed- en lymfevaten bedekt) werden onderzocht bij 50 gezonde vrijwilligers.

Vergeleken met de normale waarden, stelde men een beduidende verhoging vast van de samenklontering van de bloedplaatjes en een vermindering van de endotheelfunctie bij inname van energiedranken.

Energiedranken worden wereldwijd gedronken, maar in hoeverre zijn zij gevaarlijk?

De belangrijkste reden waarom deze dranken schadelijke effecten hebben, ligt in de manier waarop zij worden geconsumeerd. Dikwijls worden zij gemengd met alcohol en/of stimulerende middelen. Bovendien is het overmatig gebruik van energiedrankjes niet zeldzaam en kan het leiden tot een cafeïnevergiftiging. Wanneer kinderen worden blootgesteld aan energiedranken hebben zij een hogere kans op bijwerkingen.

De toxiciteit van deze dranken kan daarenboven versterkt zijn wanneer er een onderliggende hartziekte aanwezig is.

Daarom zou meer informatie over mogelijke hartgezondheidsproblemen moeten gegeven worden en zouden de belangrijkste gezondheidsinstanties de mogelijke consumptiebeperkingen moeten bespreken en benadrukken.



Een olympische droom aan diggelen

Gymnaste Lisa Verschueren (20) behoorde samen met Julie Croket, Gaëlle Mys en Laura Waem tot de meest ervaren leden van het Belgische gymteam, dat zich in april op het testevent in Rio de Janeiro wilde verzekeren van een ticket voor de Olympische Spelen.

"Het zou fantastisch zijn om als team naar de Spelen te mogen", verklaarde Croket, die de Spelen van Londen miste door een blessure. "Zo zou mijn olympische droom alsnog uitkomen. Het lijkt me leuker als team dan als individu naar Rio te gaan". Op het testevent voor de Spelen van 2012 in Londen kwam het Belgische team amper één punt tekort voor een olympisch ticket. "Het team is sindsdien erg veranderd. Zeker op het vlak van teamspirit is er veel vooruitgang merkbaar. De teamleden helpen elkaar veeleer dan dat we mekaar als concurrentes zien": verklaarde Croket.

Onlangs nog, met een zeventiende plaats in de allroundfinale op het WK, was Lisa Verschueren (20) de speerpunt van het Belgische team dat in april haar kans waagt naar een ticket voor de Olympische Spelen. Verschueren zal er evenwel niet meer bij kunnen zijn en zal als supporter moeten toekijken hoe het Belgische team op het testevenement in Rio een ticket tracht te veroveren voor de Olympische Spelen. Zij diende haar carrière vroegtijdig stop te zetten nadat afgelopen december bij haar een hartprobleem werd vastgesteld.

«Een dag na het gymgala viel ik ineens, ik kon niet meer rechtstaan», zei Verschueren op een persconferentie in Gent. «Mijn vriend slaagde er niet in om me wakker te maken, waarna ik naar de spoed werd overgebracht. Drie à vier jaar geleden was me iets gelijkaardig overkomen, maar toen vond men niets. In december onderging ik opnieuw enkele tests, ditmaal kwamen hartritme stoornissen aan het licht.»

«In het UZ Leuven werd een defibrillator geplaatst. De artsen zeiden me meteen dat topsport niet meer mogelijk was met zo'n toestel. Dat kwam heel hard aan. Ik heb veel moeilijke momenten gehad en kon lange tijd geen foto's van turnen meer zien», verklaarde Verschueren. «Ik geef nu nog trainingen bij mijn club en zal als hobby met ballet beginnen. In het dagelijkse leven ondervind ik geen hinder van mijn hartprobleem, behalve dan dat ik medicatie moet nemen.» Verschueren besloot: «Ik ga wel mee met de meisjes naar Rio en zal stress hebben in hun plaats. Het zal wel pijn doen als het team zich plaatst. Ik had er ook bij kunnen zijn, zal ik dan denken.»





Een patiënt vertelt: “Eigenlijk veranderde ik mijn levenswijze niet.”

Jacques Goethoys - geïmplanteerd in augustus 2005

Laat me beginnen met te zeggen dat ik veel vrienden heb. Eerst en vooral de artsen en cardiologen die mij reeds geruime tijd volgen, maar ook mijn boordcomputer, die mij bewaakt en die tussenbeide komt wanneer het nodig is.

Ik heb het “geluk” gehad, als je dat zo mag zeggen, dat ik op 38-jarige leeftijd een hartaanval heb gekregen. Mijn toenmalige cardioloog zei mij toen: “je zal je hart leren kennen”. 21 jaar later, ik was net opgestaan, begreep ik dat mijn hart mij vertelde dat ik zo snel mogelijk het hospitaal moest zien te bereiken want het ritme was niet goed. Ik had een ventriculaire tachycardie, maar dat heb ik pas later geweten. Ondanks het op ritme brengen van mijn hart en verschillende onderzoeken was het risico op hervallen steeds aanwezig. Verder drong er zich ook een snel te verwezenlijken dubbele overbrugging op. De toenmalige wettelijke regeling liet het hospitaal niet toe om onmiddellijk over te gaan tot het inplanten van een defibrillator. Ik moest ongeveer een maand wachten na de dubbele overbrugging om nieuwe onderzoeken te ondergaan die het zouden toelaten mij naar Mont-Godinne te begeven voor de implantatie. Ondertussen keerde ik naar huis terug, helemaal niet gerust met de wetenschap dat ik een kandidaat was voor een plotse dood zonder enige bescherming. De eerste schok kreeg ik in 2006, ongeveer één jaar na de implantatie, na een goede maaltijd op woensdag: steak, friet en sla uit de winkel. Mijn verraste buur, een verpleger, voerde mij naar het hospitaal. Anderendaags ontving de dokter in Jolimont mij om te zeggen dat hij tevreden was om mij zomaar rechttop te zien, levend en wel en niet in een kist!! Toen, pas toen, begreep ik het belang van beschermd te zijn door een defibrillator. Bijna 5 jaar later en onder precies dezelfde omstandigheden - steak, friet en sla uit de winkel - heeft de defibrillator mij nog eens gered. Eerder had ik ook al drie shocks ontvangen toen ik mij teveel had opgewonden tijdens een woordenwisseling met een schoonbroer. Sindsdien laat ik mij door niemand meer opjagen en eet ik geen sla meer uit de winkel.

Een shock voelt niet aangenaam aan en komt het meest overeen met een forse ontlading van een elektrische condensator. Ik ben het zeer snel vergeten want ik zeg bij mezelf dat ik er niet meer zou geweest zijn, had mijn bewaker er niet geweest.

Ik verwacht van mijn defibrillator niet dat hij al mijn problemen van ritmestoornissen zal regelen, maar ik weet dat hij de belangrijkste onregelmatigheden goed bewaakt. Ik heb natuurlijk veel vertrouwen gehad in alle cardiologen die mij hebben geholpen bij het oplossen van mijn andere ritmestoornissen. Ik heb dus aanvaard om verschillende ablaties te ondergaan: een ablatie in Saint-Luc wegens een voorkamerfibrillatie, twee behandelingen tegen flutter in Jolimont en ik bewandelde nog een lange ablatieweg met een ploeg van Mont-Godinne en Jolimont wegens tachycardie van de ventrikels,

Het is belangrijk om alle kansen te grijpen om te leven in de best mogelijke omstandigheden, ondanks de abnormale bokkensprongen van ons hart. Laat ons nu even ernstig zijn.

Ik onthou mij niet om in de tuin te werken, zoals ik altijd heb gedaan, om te klussen zoals het mij past en zelfs om wat intensievere oefeningen te doen zoals ik die deed voor mijn hartproblemen. Eigenlijk wijzigde ik mijn levenswijze niet, al hou ik rekening met het vorderen der jaren...

Ik weet dat ik op mijn cardioloog kan rekenen, ook op zijn collega's, en zeker op mijn vriendinnen de verpleegsters wanneer ik mij ongerust maak en vragen heb.

Als ik jullie één goede raad kan geven dan is het te blijven zoals je bent voor de implantatie. Verander niets aan je gewoonten, maar blij aandachtig voor bijzondere signalen die je misschien zal voelen. Hou steeds de gegevens van je cardioloog bij de hand. Hij zal je zonder probleem raad geven en verder leiden.





Geen wetenschappelijk bewijs van jonge sporters maar de nadelen

Kan plotse dood door hartstilstand bij jonge sporters (14-34 jaar) worden voorkomen door preventief bij iedereen een hartonderzoek uit te voeren? Een nieuwe studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) zette het beschikbare wetenschappelijk bewijsmateriaal op een rijtje.

Het slechte nieuws is dat er vandaag geen betrouwbare wetenschappelijke gegevens bestaan die aantonen dat door hartscreening bij asymptomatische jonge sporters het risico op vroegtijdige overlijdens kan worden voorkomen. De onderzoeken die bij dergelijke hartscreening kunnen worden gebruikt zijn onvoldoende nauwkeurig. Een kwart van de mensen met verhoogd risico wordt gemist. En anderzijds veroorzaken deze onderzoeken vele tienduizenden gevallen van vals alarm, met ongerustheid en overbodige bijkomende onderzoeken als gevolg.

Uiteindelijk kan bij een dergelijke systematische screening niet worden vermeden dat duizenden jonge sporters onnodig worden behandeld, wat ook niet zonder risico is, of dat zij het advies krijgen om tijdelijk of definitief te stoppen met sporten. Terwijl niet bewezen is dat door al deze maatregelen het netto aantal overlijdens daalt.

Het goede nieuws is dat voor jonge, recreatieve sporters die geen hartklachten hebben, het KCE aanraadt hen niet te verplichten tot een sportmedische hartscreening vooraleer ze lid kunnen worden van een sportclub of deel kunnen nemen aan sportieve massa-evenementen. Bij klachten of symptomen blijft het uiteraard aangewezen een arts te consulteren.

De overheid heeft al heel wat inspanningen gedaan om het risico voor sporters te beperken. Dit rapport biedt een bijkomend stukje wetenschappelijke informatie, zodat ze haar maatregelen op zo goed mogelijk gefundeerde gegevens kan afstemmen.

Iedereen heeft wel eens de aangrijpende beelden op TV of in de krant gezien: een jonge sporter die in volle actie plots neervalt en sterft, door een hartstilstand. Dergelijke tragische gebeurtenissen krijgen veel media-aandacht en maken, heel begrijpelijk, veel emoties los. De eerste reactie is vaak dat alles moet worden gedaan om zulke drama's in de toekomst te voorkomen, en iedereen kijkt dan naar de artsen en politici. De overheid nam al heel wat maatregelen om de risico's bij het sporten te beperken. Maar kan plotse dood wel worden voorkomen door preventief, bij alle jonge, sporters (14-34 jaar) zonder hartklachten, een hartonderzoek uit te voeren? En wat zijn de eventuele nadelen en kosten van dergelijke hartscreening? Het KCE werd door de overheid gevraagd om deze vragen te beantwoorden op basis van objectief, wetenschappelijk bewijs.

Het risico op plotse dood bij jonge sporters is zeer klein.

Bij jonge sporters komt plotse dood door een hartstilstand tijdens een lichamelijke inspanning zeer zelden voor. Naar schatting zijn er in ons land jaarlijks minder dan 10 gevallen, waarvan 2 tot 3 tijdens een wedstrijd, terwijl er ongeveer 1 miljoen jonge mensen lid zijn van een sportclub, en er daarnaast nog een groot aantal jongeren daarbuiten aan sport doen. Andere oorzaken van plotse dood zijn o.a. een hiteslag en het gebruik van stimulerende middelen. Er zijn meer dan 40 hartaandoeningen die plotse dood kunnen veroorzaken. Ze zijn echter allemaal zeldzaam en leiden in weinig gevallen tot plotse dood. Bovendien worden de meesten die er onbewust aan lijden er niet door gehinderd, en leiden ze een compleet normaal leven.

Medisch onderzoek kan de risicovolle hartafwijkingen niet met zekerheid opsporen.

Maar kan men door een medisch onderzoek zulke onvermoede afwijkingen dan opsporen en zo plotse dood voorkomen? De hartscreening zal normaal gezien bestaan uit het stellen van vragen over de persoonlijke en familiale voorgeschie-



dat systematisch hartonderzoek ters levens redt, ervan zijn groot.

denis (anamnese) en uit een klinisch onderzoek (o.a. het beluisteren van het hart), eventueel gecombineerd met een elektrocardiogram (ECG) in rust. De KCE-onderzoekers stelden echter vast dat deze onderzoeken vandaag onvoldoende betrouwbaar zijn om met zekerheid de risicovolle hartafwijkingen bij jonge personen op te sporen of uit te sluiten.

Er bestaan vandaag geen betrouwbare wetenschappelijke gegevens die aantonen dat door hartscreening vroegtijdige overlijdens worden voorkomen. Dit wordt bevestigd door andere studies in België (Hoge Gezondheidsraad) en het buitenland (VK en VS). De enige (Italiaanse) studie die in het voordeel van screening pleit is onvoldoende betrouwbaar. Overigens komt plotse dood bij jongeren even vaak voor in Italië, waar screening verplicht is, dan in landen waar niet systematisch gescreend wordt (Frankrijk, VS).

Hoog aantal onnodige bijkomende onderzoeken en behandelingen.

Door de onnauwkeurigheid van de onderzoeken kan een hartscreening daarentegen zorgen voor vals alarm en ongerustheid bij 5 tot 30% van de onderzochte personen (vals positieven). Het gaat om vele tienduizenden mensen die onnodige, bijkomende onderzoeken moeten ondergaan. Omdat ook deze onderzoeken nooit 100% nauwkeurig zijn, zullen tenslotte minstens enkele honderden of zelfs enkele duizenden onder hen overbodige behandelingen krijgen (zoals hartkatheterisatie of implantatie van een defibrillator), die op zich ook een risico inhouden van dezelfde grootte orde als het risico op plots overlijden. Om die reden heeft Nederland trouwens al in 1984 de verplichte hartscreening voor sporters afgeschaft.

Bij een kwart van de personen die een hartafwijking hebben wordt deze dan weer niet gevonden (vals negatieven). Zij worden dan weer onterecht gerustgesteld. Hierdoor gaan ze minder op eventuele signalen letten. Dat brengt hen in gevaar, ondanks de screening.

Niet zeker of een behandeling plotse dood kan voorkomen.

Over de beste behandeling van jonge sporters die wel degelijk een hartafwijking blijken te hebben, bestaat er tussen de artsen nog geen consensus. Het is ook niet zeker of een behandeling effectief plotse dood kan voorkomen. Aan deze jonge sporters wordt vaak aangeraden om te stoppen met sporten, waardoor ze niet meer genieten van de voordelen van lichaamsbeweging en van de sociale contacten tijdens het sporten. Sommigen zullen behandeld worden en levenslang onder medisch toezicht staan, zonder dat er wetenschappelijk bewijs bestaat dat dit alles hen effectief beschermt tegen plotse hartdood.

En het prijskaartje? Tussen 66 en 100 miljoen Euro per screeningsronde.

Een sporter die een sportmedisch geschiktheidsonderzoek ondergaat, krijgt dit vandaag in principe niet terugbetaald door de ziekteverzekering, omdat het gaat om een individuele preventieve maatregel. Als de overheid toch zou beslissen om een algemene, systematische screening te organiseren en terug te betalen, zou dit een hoge kost betekenen die kan oplopen tot bijna 100 miljoen € per screeningsronde.

Recreatieve sporters: geen hartscreening bij inschrijving in sportclub of bij deelname aan massa-evenement

Op basis van deze bevindingen beveelt het KCE aan om jonge, niet-professionele niet-topsporters (14-34 jaar) zonder hartklachten niet te verplichten tot een sportmedische hartscreening om lid te kunnen worden van een sportclub of om deel te kunnen nemen aan sportieve massa-evenementen. Bij klachten of symptomen blijft het uiteraard aangewezen een arts te consulteren.

Om een antwoord te bieden aan emotionele, weliswaar begrijpelijke, reacties, zou de overheid best de bevolking op een volledige en neutrale manier informeren over de risico's van het sporten, én van screening.

Verslag van de informatie-sessie in het hospitaal van Jolimont

Het hospitaal van Jolimont is ondertussen met een negende uitgave van hun informatiedag voor dragers van een defibrillator niet meer aan zijn proeftuk toe. Eens te meer was de organisatie een groot succes. De zaal vulde zich op 21 november 2015 in een mum van tijd met een hondertal toehoorders. In Jolimont weten zij van aanpakken!

Na een verwelkoming met koffie, thee en ontbijtkoeken stonden de dokters Antoine de Meester, Caroline Lepièce, Damien Badot en Jacques Auslender paraat voor hun lezingen.

Dokter Badot beet de spits af en vertelde over de plotselinge dood waarbij mensen binnen het uur overlijden. De meesten onder hen (65%) sterven thuis of buiten, op straat, op openbare plaatsen... Als men de cijfers erop nahoudt, stelt men vast dat slechts een minderheid (15%) in het ziekenhuis door plotse dood wordt getroffen. Zeer weinig mensen (2%) overleven bovendien een hartstilstand. Het komt er dus op aan om snel te handelen: van zodra de bloedstroom stopt, krijgen de hersenen geen zuurstof meer en verminderen de kansen tot overleven zienderogen. Wanneer er niet ingegrepen wordt binnen de zeven minuten treedt de dood in. Het is dus heel belangrijk om iets te ondernemen. Iedereen tegen een dergelijk drama beschermen met een defibrillator is onrealistisch, onbetaalbaar en onmogelijk. Het komt er dus op aan om het deel van de bevolking, dat een risico vertoont, aan te kunnen duiden. Men maakt hierbij een onderscheid tussen een primaire preventie, waarbij het risico van de patiënt wordt geëvalueerd aan de hand van wetenschappelijk vastgelegde criteria, en secundaire preventie voor patiënten die al een hartstilstand hebben meegemaakt. De belangrijkste oorzaak van een hartstilstand is coronair (80% van de gevallen). Het hart is dan ziek en heeft littekens opgelopen. Slechts in 20% van de gevallen gaat het om een andere oorzaak, zoals bijvoorbeeld genetische afwijkingen.

De dokter merkt op dat de defibrillator op zich helemaal niets bijbrengt aan oplossingen voor de harttoestand. Het toestelletje moet uitsluitend gezien worden als een bescherming, terwijl de verantwoordelijkheid om zich te verzorgen bij de patiënt ligt. Het is aan hem om er een gezonde levensstijl op na te houden, niet meer te roken, te bewegen, gezond te eten, ...

De risicofactoren worden in de eerste plaats behandeld met medicijnen, en dan ook met een defibrillator en eventueel ablatie, waarbij elektrische circuits van het hart worden gecauteriseerd.

Dokter Badot eindigde zijn betoog met een tweevoudig besluit:

- 1) een defibrillator is een levensredder, maar heeft een prijs,
- 2) een goede defibrillator geeft zo weinig mogelijk schokken af.

Dokter Lepièce nam toen de fakkel over met een lezing over de werking van een defibrillator.

In een metalen toestel bevinden zich een batterij voor levering van de energie, een condensator voor de opbouw van voldoende energie met het oog op het afgeven van één of meerdere schokken. Voor de bewaking van het hart is een computer voorzien, waaraan 1, 2 of 3 sondes zijn verbonden via connectoren

aan het metalen omhulsel. Al deze delen worden bij de patiënt ingeplant terwijl een laatste deel bij de arts of de ICD-bewakingseenheid staat: een computer die met de defibrillator kan communiceren om het geheugen van de defibrillator te ondervragen en om de werking van het toestel in of bij te stellen.

Bijna alle defibrillatoren beschikken over een pacemakerfunctie, maar dit is niet de belangrijkste functie van de ICD. Dit intelligente toestel zal vooral het hart bewaken en het gedrag ervan interpreteren om desgevallend in te grijpen. Daarvoor beschikt het toestel over een geheugen dat niet alleen opslaat wat er gebeurd is, maar ook hoe het hart zich normaal gedraagt. Deze twee factoren zijn zeer belangrijk om te bepalen welke acties eventueel ondernomen moeten worden.

Wanneer een patiënt op consultatie komt voor een ICD-controle zal men het geheugen van het toestelletje raadplegen om na te gaan wat er gebeurd is en dit te interpreteren. Men zal ook de staat van de batterijen en de sondes controleren.

Dokter de Meester had het daarna over de voorkamerfibrillatie. Het is de meest voorkomende hartritme stoornis: op 40-jarige is de kans om ooit voorkamerfibrillatie te krijgen en het percentage stijgt met de leeftijd. Men kan zeggen dat er om het kwartier één Belg een voorkamerfibrillatie ondervindt.

De kwaal is gemakkelijk op te sporen en werd al ontdekt in 1906. In tegenstelling tot de kamerfibrillatie, is er bij een voorkamerfibrillatie geen risico tot plotse dood, maar er schuilen andere gevaren om de hoek. De belangrijkste ervan is de beroerte (CVA) of trombose. Verlies van het spraakvermogen en verlamming zijn enkele van de risico's evenals hospitalisatie en zelfs overlijden. Bij een derde van alle tromboses kan men de oorzaak ervan terugbrengen tot de voorkamerfibrillatie.

De behandeling van voorkamerfibrillatie zal vooral aandacht schenken aan de gevolgen en risico's verbonden aan deze kwaal. Het ontstaan van bloedklonters wordt zoveel mogelijk vermeden door het voorschrijven van bloedverduuners. Antivitamine K behandeling vergt een regelmatige controle met bloedstaalnames. De nieuwe generatie bloedverduuners zijn efficiënter en houden minder risico's in. Er zijn geen bloedafnames meer nodig.

Soms wordt ablatie voorgesteld van kleine haarden die de oorzaak van extra systolen zijn. In 90% van de gevallen ontstaat de klontering in het linker harttoortje. De afdichting van het linker harttoortje is daarom momenteel in een onderzoek stadium. Er is hiervoor nog geen terugbetaling voorzien, Na de artsen kwam een patiënt aan het woord. Alle oren waren gespitst toen Jacques Goethoys zijn relaas deed. Elders in dit blad kan je zijn verhaal lezen. Het is opvallend hoe zeer andere patiënten de getuigenis van een lotgenoot



appreciëren. Het team van verplegenden en artsen in Jolimont blijkt dit goed begrepen te hebben met de invoering van deze vernieuwing.

Na de pauze gaf dokter de Meester nog een overzicht over technieken van resynchronisatie en ablatie. Technieken die worden toegepast wanneer het plaatsen van een defibrillator niet meer volstaat.

Wanneer de ejectiefractie van de linker kamer lager ligt dan 35% is resynchronisatie is nodig om hartzwakte en kamerfibrilatie te behandelen en het risico op hospitalisatie en overlijden te beperken. Met een derde sonde zorgt de CRT-ICD (CRT = Cardiac Resynchronisation Therapy) voor een gelijktijdig samentrekken van de laterale en de septale hardwand.

Wanneer er veel ritmestoornissen optreden lijdt het hart van elke elektrische schok die het ondergaat. Men kan dit met medicijnen aanpakken (Cordarone), maar ook met ablatie. In Jolimont doet men ongeveer 300 ablaties in een jaar. Dokter de Meester besloot zijn tussenkomst met te wijzen op het boeiende van de cardiologie: men heeft er de gelegenheid om er het beroep van loodgieter, elektricien, fotograaf en revalidaiecoach uit te oefenen.

Dokter Badot wees in zijn inleiding er al op dat het grootste deel van de hartritmestoornissen veroorzaakt worden door coronaire problemen. Dokter Jacques Auslender behandelde in zijn spreekbeurt het myocardinfarct of hartaanval en de coronarografie.

Hij begon met een inleidende video van een angiografie om uit te leggen dat het hart zuurstof nodig heeft om te werken en dat het daartoe zijn eigen bloedsomloop heeft: de kransslagaders. Bij een coronaire ziekte vormen er zich plaques op de wanden van de slagaderen zodat het bloedvat op een bepaald ogenblik verstopt zal geraken. Er is dan sprake van een hartinfarct. Genetische factoren spelen een rol, maar het is vooral de levenswijze (roken, obesitas, cholesterol, suikerziekte, gebrek aan beweging, ...) die bepalend zijn. Een diagnose van een hartinfarct is mogelijk met het elektrocardiogram.

Bij een hartaanval is het van belang de afgesloten kroon slagader zo snel mogelijk te openen voor de doorstroming van zuurstofrijk bloed. Dit gebeurt met medicijnen of met angioplastie. Dit is een ingreep waarbij men met een ballonkatheder de afgesloten kroonslagader open maakt en aansluitend een stent plaatst om een opening te vrijwaren. Een coronarografie via de lies of de arm, waarbij men contrastvloeistof opspuit bepaalt of medicijnen volstaan, plaatsing van een of meerdere stents nodig is of dat men moet overgaan tot overbruggingen.

BIPIB wil ook een grote pluim steken op de hoed van het verplegend personeel van de hartafdeling. Als afsluiter organiseerden zij een heuse defibrillatorquizz, waarbij gebruik kon worden gemaakt van echte sternkastjes zoals op televisie.



Deze originele, interactieve aanpak werd op prijs gesteld door een enthousiast publiek, dat meteen bewees goed geïnformeerd zijn. De kleine misverstanden, die aan het licht kwamen, konden met deze test uit de wereld worden geholpen.

Onze penningmeester, Philippe Bosman, sloot de sessie af met een korte voorstelling van BIPIB.

Verslag van de informatiesessie in het CHR van Namur.



De tweede informatiesessie voor patiënten in het CHR te Namur ging door op zaterdag 14-11-2015. Het was een samenwerking tussen BIPIB en de cardiologen van het CHR van Namur en het ziekenhuis Saint-Luc van Bouge.

Echt veel volk kwam er deze keer niet opdagen. Waarschijnlijk was dit te wijten aan enkele foutjes in de aankondiging van geplande uren van het gebeuren.

Ondanks alles telden wij toch nog meer dan een dertigtal geïnteresseerden die de voorstelling van vereniging BIPIB door de heer Philippe Bosman bijwoonden.

Daarna nam dokter Xavier Carryn (CHR de Namur) het woord. Hij legde uit wat men als drager van een defibrillator mag doen en moet laten.

Dokter Frédéric Dumont (Clinique Saint-Luc Bouge) nam de fakkel daarna over met een uiteenzetting over de patiëntopvolging bij de cardioloog.

Om de sessie af te sluiten bood BIPIB een brunch aan met verschillende sandwiches bereid door de traiteur Moussebois.

De hartridders.



Ligue Cardiologique Belge

Eén van de doelstellingen van de Belgische Cardiologische Liga, is het aantal mensen te verlagen, die op openbare plaatsen overlijden ten gevolge van een hartstilstand.

In België zijn immers 10.000 mensen per jaar het slachtoffer van een plotse hartstilstand buiten het hospitaal: op straat, op het werk of gewoon thuis.

Minder dan 10% overleeft het!

Drie jaar geleden ontwikkelde men de campagne "Durf redden" ten einde het grote publiek te sensibiliseren voor de problematiek van de hartstilstand en de positieve gevolgen wanneer er onmiddellijk opgetreden wordt.

Jaarlijks wordt er een ceremonie georganiseerd "De hartridders" om enerzijds

de mensen te bedanken en te feliciteren die een onbekende, een vriend, een buur gered hebben bij een plotse hartstilstand door de eerste hulp toe te dienen. Anderzijds, de door de handeling geredde personen in het zonnetje te zetten. Nadat het artikel van ons lid Frédéric Hubert gelezen werd in onze News van april 2015 (bladzijde 4), werd hij uitgenodigd om te komen getuigen tijdens de ceremonie die zal plaats vinden in Brussel op 10 maart 2016. Op de website: <http://www.durf-redden.be> van de Belgische Cardiologische Liga zal u een overzicht kunnen zien van de ceremonie met foto's, video-beelden en andere gepubliceerde getuigenissen. Wij feliciteren Frédéric alvast voor zijn ridderslag.

PROBLEMEN BIJ DE VEILIGHEIDSSPOORTJES IN DE LUCHTHAVEN ?

Onze vraag ...
graag uw antwoord.

Zijn er soms ICD-dragers die problemen hebben gehad in luchthavens met het identificatiekaartje met gegevens van de defibrillator?

*Sommige bedrijven hebben klanten aan de lijn gehad die opmerkingen kregen dat dit gemakkelijk na te maken was. Bij de gevallen die ons bekend zijn ging het wel om met de hand ingevulde kaartjes en om kaartjes van pacemakers. **Wat zijn jouw ervaringen?***

Meer slagkracht door verandering van de statuten.

Toen onze voorzitter Germain Beckers met Sylvie Vandeweyer en André Junqué, twee medestichters van BIPIB, met de beste bedoelingen de statuten van onze vereniging opstelden, kon geen van hen vermoeden dat bepaalde statuten de vlotte werking van BIPIB vandaag zouden belemmeren.

Bij de oprichting van BIPIB was de inbreng van de artsen en de industrie zeer belangrijk. Laat ons niet vergeten dat BIPIB ontstaan is op initiatief van de artsen-elektrofysiologen, verenigd in de BeHRA, en dat UNAMEC, de federatie van de industrie van de medische technologieën, waartoe de fabrikanten van defibrillatoren en leads behoren, voor de logistieke steun instond. Dat zij dan ook een plaats in onze Raad van Bestuur kregen, leek toen niet meer dan normaal.

Wat blijkt na ongeveer 8 jaar werking van BIPIB?

De Raad van Patiënten, uitsluitend samengesteld uit patiënten neemt de dagelijkse werking van BIPIB voor zijn rekening en legt verantwoording af tegenover de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur legt op zijn beurt verantwoording af ten opzichte van de Algemene Ledenvergadering.

Deze manier van werken blijkt omslachtig en tijdrovend. Ons ledenaantal is ondertussen bovendien zodanig groot geworden dat het bijeenroepen en houden van een Algemene Ledenvergadering omslachtig, onpraktisch en moeilijk uitvoerbaar is geworden.

In de huidige Raad van Bestuur zetelen nog 4 van de oorspronkelijke 11 leden, de invulling van de 7 andere zetels veranderde regelmatig.

Elke verandering moet gemeld worden aan de Rechtbank van Koophandel en brengt dossierkosten met zich mee. In ons tweetalig landje moet dit in Brussel in beide landstalen waardoor de dossierkosten nog eens verdubbelen.

De Raad van Bestuur heeft statutair steeds een meerderheid van 6 patiënten gehad tegenover 3 artsen en 2 vertegenwoordigers uit de industrie. Tot vandaag kan de patiëntengroep met stelligheid zeggen dat er steeds onafhankelijk is gehandeld in het belang van de patiënten, zonder enige druk van de andere vertegenwoordigers. Integendeel, hun ervaring en goede raad hebben ons bij onze eerste onzekere stapjes als vereniging

gesteund en geholpen bij het inslaan van de goede weg. Ook vandaag helpen zij ons om u, leden, te helpen. Desondanks werd hoe langer hoe meer duidelijk dat de aanwezigheid van de vertegenwoordigende groepen uit de industrie en van de artsen gezien werd als één van de grootste struikelblokken bij het aanvragen van subsidies en andere vormen van financiële steun. De huidige samenstelling van onze Raad van Bestuur is ook een doorn in het oog van overkoepelende patiëntenorganisaties. Om hiervan lid te worden en aldus meer zeggenschap te hebben in onderhandelingen met de overheid wordt een totale onafhankelijkheid geëist. Onze Raad van Bestuur zou bijgevolg enkel nog uit patiënten mogen bestaan.

Hoe moet het dan verder?

In de Raad van Bestuur gaan de vertegenwoordigers van de artsen en de industrie ermee akkoord om uit deze Raad te treden. De patiënten wensen echter hun kostbare banden niet te verbreken en stellen voor een wetenschappelijke, adviserende raad op te richten. De nieuwe Raad Van Bestuur zal uit maximaal 4 leden bestaan die enkel patiënt zijn. Deze 4 leden worden vanuit de Raad Van Patiënten aangesteld. In de Raad van Patiënten zullen ook alleen patiënten kunnen zetelen. Iedere patiënt, lid van de vereniging, die deel wenst uit te maken van de Raad van Patiënten kan zich kandidaat stellen. Om praktischer te kunnen werken wordt de Algemene Ledenvergadering beperkt tot 6 leden uit de Raad van Patiënten, drie vertegenwoordigers van de artsen en 2 vertegenwoordigers voor de industrie uit de wetenschappelijke, adviserende raad.

Volgens onze huidige statuten kunnen dergelijke wijzigingen enkel gebeuren bij aanvaarding door de huidige Algemene Ledenvergadering. Wij voorzien deze vergadering in de maand mei. Elk stemgerechtigd lid zal hiertoe te gepasten tijde persoonlijk worden uitgenodigd. Een algemenere bekendmaking zal eveneens op onze website www.bipib.be verschijnen.

Informatieve avond:

Leven met een defibrillator.

**donderdag
28 april
om 19h00
in het VLM
Velodroomstraat, 28
8200 Brugge**



De cardiologen van het AZ Sint Jan AV en BIPIB nodigen u uit op de infoavond voor patiënten met een defibrillator.

Stip alvast donderdag 28 april 2016 om 19h00 in uw agenda

aan want wij hopen u dan te mogen verwelkomen.

De avond zal doorgaan in het VLM, Velodroomstraat 28 te 8200 Brugge. Wij zullen er u vanaf 19h00 met open armen ontvangen met een hapje en een drankje ter verwelcoming. Wij maken dan verder kennis met onze lotgenoten tot 20h00. Tijdens de daarop volgende lezingen zal steeds de gelegenheid voorzien zijn tot een ronde met vraag en antwoord. Een kleine uiteenzetting over BIPIB, door Germain Beckers zal de informatiesessie afsluiten rond 22h00.

De deelname is gratis, maar de plaatsen zijn beperkt en wij vragen daarom om vooraf in te schrijven en niet meer dan één eventuele begeleider te voorzien. De inschrijvingen worden voor de BIPIB-leden afgesloten op vrijdag 15 april 2016.

De inschrijving kan uitsluitend aan:

AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV

Campus Brugge - Ruddershove 10 - B-8000 Brugge

Ter attentie van mevrouw Sylvie Capelle - Medisch secretariaat

Tel.: +32 50 45 26 70 - Fax: +32 50 45 26 79 - e-mail: sylvie.capelle@azsintjan.be

Vermeld bij de inschrijving:

Naam en voornaam van de patiënt - BIPIB-lidnummer - Geboortedatum - Adres

Telefoonnummer - Eventueel e-mailadres - Naam en voornaam van de eventuele begeleider.



**Uw eigen
bijdrage?**
Graag uw
bevindingen!



Wil je een reactie kwijt op een eerder artikel? Moet er je iets van het hart? Heb je zelf wat meegemaakt dat je aan anderen wil vertellen? Heb je een vraag of zelfs meerdere? Zou je graag eens jouw verhaal doen?

Aarzel niet! BIPIB is er voor jou en ons tijdschrift staat klaar om je wedervaren mee te verspreiden. Je kan ons vanaf nu bereiken op news@bipib.be of via het gekende adres van ons secretariaat.

Onze redactie staat paraat om je vragen, je verhaal of je mening wereldkundig te maken. Wij nemen geen anonieme berichten op, maar respecteren wel je anonimiteit als je ons dit kenbaar maakt.

Vraag ...



**Mijn man heeft sinds een paar jaar een geïm-
 planteerde defibrillator, Hij heeft het dikwijls koud
 en ik heb hem een verwarmende plaid gekocht
 (om zijn benen en voeten te verwarmen wanneer
 hij televisie kijkt). De gebruiksaanwijzing van het
 deken vermeldt dat het niet mag gebruikt worden
 door dragers van een pacemaker. Wij vragen ons
 af waarom deze waarschuwing werd geschreven.
 Mag hij werkelijk dit soort deken niet enkel voor
 zijn benen gebruiken?**

In de nabijheid van een pacemaker of een defibrillator kan een verwar-
 mende plaid in uitzonderlijke gevallen een interferentie veroorzaken.
 Dit is enkel het geval onder zeer specifieke voorwaarden: bij een unipo-
 laire configuratie. De dag van vandaag is een dergelijke configuratie
 een zeldzaamheid geworden, maar als je echt zeker wil zijn, contacteer
 dan je cardioloog.
 Het gebruik van de plaid op de benen zal geen enkele invloed uitoefenen
 op de werking van de defibrillator.



Lid worden van BIPIB

Wie kan lid worden?

Effectieve leden:

- ICD - dragers: dragers van een ingeplante hartdefibrillator,
- artsen gespecialiseerd in elektrofysiologie,
- afgevaardigden van UNAMEC, de beroepsvereniging van fabrikanten, verdelers en invoerders van medische hulpmiddelen, sectie CRM.

Deze leden kunnen zetelen in de Raad van Bestuur en hebben tijdens de Algemene Vergadering stemrecht.

Sympathisanten:

- de naaste familie en kennissen van de patiënt met een ingeplante defibrillator,
- de partner van de patiënt met een ingeplante defibrillator,
- artsen en beoefenaars van erkende paramedische beroepen,
- andere industrieën met raakvlakken met deze doelgroep.

Deze leden hebben géén stemrecht tijdens de Algemene Vergadering.

Wat houdt uw lidmaatschap in?

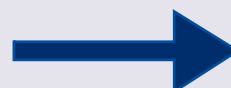
Als lid van onze vzw kan u genieten van:

- ons tijdschrift News, dat 3 tot 4 x per jaar verschijnt en u op de hoogte houdt van wat wij allemaal verrichten binnen onze vereniging en ook informatie geeft over hoe omgaan met bepaalde zaken aangaande het leven met een ICD.
 - Een handige lidkaart als bevestiging van uw effectief lidmaatschap.
 - Als volwaardig lid hebt u eveneens stemrecht over beslissingen tijdens de jaarlijkse Algemene Vergadering van onze vereniging.
- U bent pas volwaardig lid wanneer u uw lidgeld heb betaald!

Hoe lid worden?

Doe **telefonisch of schriftelijk** een aanvraag via ons secretariaat of **stuur het hierachter bijgevoegde inschrijvingsformulier** op. U vindt al onze contactgegevens op de volgende pagina en op onze website www.bipib.be

Zie achterzijde



Inschrijvings- formulier

Naam: _____

Voornaam: _____

Straat, Nr: _____

Postcode: _____ Stad: _____

Provincie: _____ Land: _____

Tel.: _____ Fax: _____

GSM: _____

e-mail: _____

Beroep: _____

Hobby: _____

Geboortedatum: _____

Ik wens lid te worden als:

- ICD-drager sinds (jaartal vermelden): _____
- Sympathisant ja

Ik wens actief mee te werken:

- activiteiten te organiseren,
- meewerken aan ons tijdschrift,
- onze website onderhouden,
- of andere: _____
- ik wens enkel lid te zijn en (nog) niet actief mee te werken,
- contacteer mij,
- stuur de Info op volgend e-mail adres (adres hier boven).

Hoe hebt u BIPIB ontdekt?

- Via internet.
- Via uw dokter.
- Ik heb de affiche gezien.
- Via een infosessie.
- Andere: _____

Uw inschrijving is gratis in het lopende jaar.

Vanaf het daarop volgende jaar stort u 12 € lidgeld op het rekeningnummer Belfius n° (IBAN): BE87 0682 5048 0194 van BIPIB met vermelding "lidgeld + naam"

LET BIJ ONZE BRIEFWISSELINGEN NAAR DE KLEUR VAN DE SYMBOLEN

Op het etiket van je omslag, waarop je naam en adres vermeld staat, zal je naast je lidnummer een rood of groen symbooltje kunnen opmerken en de betekenis daarvan is heel eenvoudig:

- Groen:** wij hebben je lidgeld ontvangen of je geniet van een gratis lidmaatschap gedurende het eerste kalenderjaar van je aansluiting.
- Rood:** je hebt je lidmaatschap voor het lopende jaar nog niet betaald. *Heb je een rood symbooltje? Regel zo snel mogelijk je lidmaatschap (12 € op rekening BE87 0682 5048 0194 van BIPIB vzw met vermindering van je lidnummer) want het zou al te spijtig zijn om weldra onze interessante informatie te moeten missen.*



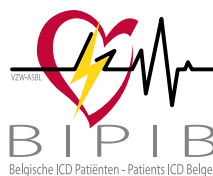
Mailadres

De communicatie met onze leden verloopt meer en meer via elektronische weg.

Als je bij je inschrijving over nog geen e-mail adres beschikte, maar er ondertussen een hebt, laat je ons dit het best weten aan ons (nieuwe) mailadres: info@bipib.be

Voor de verzending van de News verandert er niets: je zal die nog altijd langs de normale post ontvangen.

Contacteer ons :



vzw BIPIB
Koning Albert I-laan, 64
1780 Wemmel
Tel. : 0487.339.849
e-mail : info@bipib.be
www.bipib.be
Rekening Nr :
BE87.0682.5048.0194

Redactie :

Alain Dumont,
Alex Devalckeneer,
André Junqué,
Catherine Majot,
Philippe Bosman.

Met dank aan:

Luc Fockedeij,
Jean-Claude Grafé,
Dr. Frédéric Van Heuverswyn
De firma's: Biotronik, Boston
Scientific, Medtronic,
St Jude Medical, LivaNova
(vroeger Sorin).

Verant. uitg. : Germain Beckers,
Legekerkweg, 2 - B-2223 Schriek