

Onshart

driemaandelijks nr 90 | september 2026 | Depotkantoor Luik X | P 401039

FONDS VOOR HARTCHIRURGIE
vooruitgang door onderzoek



DOSSIER

Hulde aan Professor Georges Primo

- 3 Georges Primo, pionier op het gebied van harttransplantatie in België
- 13 Eerbetoon aan Claudine Demarbaix
- 14 Nieuwe inzichten in mitralisklepprolaps
- 20 Voedingsvezels: er is plaats voor diversiteit
- 22 Uw steun voor onderzoek in 2025

EDITORIAAL

Beste lezers,

Professor Georges Primo, een pionier op het gebied van de harttransplantaties in België en oprichter van onze non-profitorganisatie, is in maart overleden op bijna 102-jarige leeftijd. Als eerbetoon besloot de Raad van Bestuur van ons Fonds een speciaal rapport te publiceren in het tijdschrift *Ons Hart*, verrijkt met getuigenissen van enkele mensen die zijn reis vergezelden.

We willen ook het recente overlijden van mevrouw **Claudine Demarbaix** herdenken. Zij was een spilfiguur bij de oprichting van ons fonds. Onze non-profitorganisatie is aan haar een groot deel van haar identiteit en succes verschuldigd.

Mitraliskleprolaps kent momenteel slechts één therapeutische benadering, terwijl het klinische beeld eigenlijk meerdere verschillende entiteiten omvat. Professor Van De Heyning en Dr. Lobke Pype, onderzoekers aan het UZ Antwerpen, onderzoeken de mogelijkheid om een meer gepersonaliseerd zorgtraject te ontwerpen om de prognose van de patiënten te verbeteren.

Op basis van de wijd gedocumenteerde vaststelling dat we veel te weinig vezels innemen, verscheen **“fiber maxxing”** enkele maanden geleden op de sociale netwerken. Hoe maximaliseer je vezelinname? Het artikel van onze diëtist-voedingsdeskundige, Nicolas Gugenbühl, biedt antwoord!

Uw vrijgevigheid is een steeds groeiende schakel in de keten om hart- en vaatziekten beter onder controle te krijgen. **Hier volgt een overzicht van wat we in 2025 hebben kunnen bereiken!**

Met al onze dankbaarheid voor uw trouwe steun,

Professor Jean-Louis Leclerc, voorzitter

Fotoverantwoording van foto omslag: Le Soir- Dominique Duchesnes.

Hoofdredacteur: Jean-Louis Leclerc

Hebben aan dit nummer meegewerkt: Prof. Martine Antoine, Prof. Georges Casimir, Eliane Fourré, Dr. Alain Friart, Nicolas Guggenbühl, Prof. Jean-Louis Leclerc, Dr. Colette Philippart, Dr. Hade Scheyving, Dr. Francis Wellens.

De auteurs dragen de volle verantwoordelijkheid voor hun artikels. Teksten uitgegeven door het Fonds voor Hartchirurgie mogen slechts gereproduceerd worden mits schriftelijke toestemming van de v.z.w. en met vermelding van de bron, het adres en de datum.

Grafische vormgeving: rumeurs.be, Eliane Fourré

Vertaling: Dr. Roxane Van De Merckt, Dr. Marc Sertyn

Fotoverantwoording: Dominique Duchesnes - Le Soir (omslag + p.3) - **AdobeStock**: (p. 15 et 20) - **Rawpixel** - Public Domain, (p. 14), Eliane Fourré (p.16) - DailyScience (Wp.23)

Distributie: Matthieu Bael

Fonds voor Hartchirurgie vzw

BCE 0420 805 893 - Tenbosstraat 11
1000 Brussel - T. 02 644 35 44
info@hart-chirurgie-cardiaque.org
www.fondsvoorhartchirurgie.be

Raad van bestuur

Prof. Jean-Louis Leclerc, Voorzitter
Dr. Martine Antoine
Dr. Philippe Dehon
Philippe Van Halteren
Marc Snoeck Noordhoff, advocaat
Mr Philippe Van Halteren
Prof. Pierre Wauthy, afgevaardigd Beheerder

Publicaties

verkrijgbaar op aanvraag
(ook in het Frans)

Verzameling

“Uw hart, een levenspartner”

Het cardiovasculair risico (2020)

Driemaandelijks *Ons Hart*

met steun van





Georges Primo, de eerste in België die een overgeplant menselijk hart liet kloppen, is overleden.

| een artikel van Anne-Sophie LEURQUIN, journaliste bij de krant Le Soir, verschenen op 12/03/2026

Georges Primo overleed op 11 maart op bijna 102-jarige leeftijd. Hij was de pionier van de harttransplantaties in België. In een uitgebreid interview uit 2024 verschenen in de krant Le Soir* keek de chirurg terug zowel op zijn bescheiden afkomst als zijn heldendaden, en ook zijn ethische twijfels.

* Les Racines élémentaires de Georges Primo
1/11/2024 - www.lesoir.be

Niet elke dag kom je als journaliste een honderdjarige legende van de Belgische geneeskunde tegen. Met zijn beroemde vaardigheid kwam Georges Primo in de geschiedenis van de chirurgie dankzij de allereerste harttransplantatie in België. Onze ontmoeting met Georges Primo, geboren op 18 april 1924 in Schaarbeek en overleden op 11 maart vorig jaar, vond plaats in zijn appartement in Elsene. Hij stamde uit een arbeidersmilieu enerzijds, maar werd anderzijds ook tot Baron verheven. Volgens eigen zeggen leefde hij enigszins als een kluizenaar, ondanks regelmatige bezoeken van zijn voormalige assistente Martine Antoine, de eerste vrouwelijke arts die een harttransplantatie uitvoerde, onder

toezicht van haar meester en latere vriend Georges Primo.

"Mijn leraar op de gemeenteschool in Helmet heette Delvaux, en zijn zoon André Delvaux werd filmmaker. Ik opereerde hem omdat hij een abnormale opening had in de wand tussen de bovenste hartkamers, wat hem sterk vermoeide. Dankzij de chirurg die bijna zijn tijdgenoot was (hij zou dit jaar 102 jaar oud zijn geworden), haalde de Belgische regisseur toch nog een respectabele leeftijd van 76 jaar.

Georges Primo's stem was soms wat trager, zijn ogen sloten zich lange tijd alsof hij meer energie zocht, maar zijn geheugen was heel levendig. Hij kon zelfs één van La Fontaine's fabels voordragen waar hij zo van hield. Het "ketje"



1973: Georges Primo heeft zojuist de eerste harttransplantatie uitgevoerd en wordt geïnterviewd door François-Michel van der Mersch (RTBF) en René Haquin (Le Soir)

Georges Primo had geen behoefte aan beroemdheid, hij dacht vooral aan vakmanschap...

uit Helmet sprak ons uitgebreid over zijn lange leven, over de beslissende rol van zijn lieve moeder in zijn eigen levensverhaal, en over een leraar die zijn ouders had weten te overtuigen om zijn studies voort te zetten. Eerst de humaniora (in tegenstelling tot zijn broer en zus), daarna geneeskunde. Hij zag zijn jeugd als een causale factor voor zijn eigen manuele behendigheid. Zijn vader was loodgieter, met gereedschap in de handen, en dus al vroeg was er de idee van 'herstellen wat hersteld kan worden'. Na een opleiding in Houston, dankzij de steun van prinses Liliane die, na de gezondheidsproblemen van haar zoon prins Alexander, een cardiologische stichting had opgericht, werd professor Primo een van de grote voorlopers van de Belgische hartoperaties.

Op 23 augustus 1973, op 49-jarige leeftijd, voerde hij de eerste Belgische harttransplantatie uit. Helaas waren de resultaten toen nog ondermijnd door de beperkte kennis van immunologische afstotingsmechanismen. Een eerste patiënte overleefde de operatie zes maanden, een tweede patiënt bijna een jaar, maar een derde stierf al snel. Georges Primo besloot daarom de transplantaties te onderbreken, omdat het niet ethisch was om verder te gaan zolang de wetenschap geen betere overlevingskansen kon bieden. Na de ontwikkeling van cyclosporine, een medicijn dat de afweer van het immuunsysteem verlaagt om afstoting van getransplanteerde organen te voorkomen, werden de transplantaties herstart aan het einde van de jaren '70.

Onze dappere honderdjarige gaf ons ook onomwonden uitleg over de beginjaren van de hartchirurgie, spannend als een detectiveverhaal, met pioniers zoals Shumway en Lower, en ook Christiaan Barnard, die geschiedenis maakte als eerste die een hartschlag veroorzaakte in een getransplanteerd mensenhart. De wetenschappelijke waarheid hieromtrent herstellen was voor Primo heel belangrijk: de methode bestond al, elders bedacht, door andere handen. Barnard had niets uitgevonden, maar hij had het gedurfd: "Hij had de moed om in actie te treden, we moeten hem dit krediet geven. Ik heb hem persoonlijk ontmoet in Parijs, toen hij werd uitgenodigd om het verhaal te vertellen van zijn eerste patiënt bij de Société Française de Chirurgie Thoracale, waar ik deel van uitmaakte. Hij zag zichzelf wel een beetje als een filmster!"

Primo had nagenoeg geen behoefte aan beroemdheid, hij dacht vooral aan degelijk uitgevoerd werk, het verbeteren van de overleving, met eerbied voor ethiek. In zijn interview voor Ons Hart herinnerde hij zich met emotie het verhaal van twee meisjes die in de jaren '80 op zijn operatietafel verschenen. Eén meisje overleefde slechts twee jaar, maar het andere meisje leefde nog drie decennia met een getransplanteerd hart. Dat was een duidelijk bewijs van het feit dat, na het onzekere begin, de harttransplantaties eindelijk een succesverhaal waren geworden. ■

Professoren Georges Primo, Jean-Louis Leclerc en Frank Deuvaert ontvingen in 1984 de Dr. André Loicq Foundation Prize, ter gelegenheid van het 150-jarig bestaan van de ULB.



Eerbetoon aan mijn Meester

| Professor Jean-Louis LECLERC,
gepensioneerd hartchirurg - ULB,
Voorzitter van het Fonds voor Hartchirurgie

Ik ontmoette hem voor het eerst in 1965 in een operatiekamer van het Brugmann Ziekenhuis, waar ik was toegelaten als assistent-"kandidaat" op de afdeling hartchirurgie van professor J. Van Geertruyden.

Die dag was ik totaal passief als tweede assistent, maar ik zal me altijd de stille en serene sfeer herinneren, evenals het harmonieuze en geruststellende verloop van de interventie.

Omdat ik uit een familie van artsen kom (mijn vader, mijn grootvader en mijn overgrootvader), was ik door mijn vader aangemoedigd om de opleiding algemene chirurgie te volgen om een betere uroloog te worden dan hij! Zo werd ik heel vaak bij hartnoodgevallen de eerste assistent van meneer Primo en was ik aangetrokken door de strengheid en precisie die hij toonde.

Sinds zijn begin in de chirurgie heeft de heer Primo bewezen uitstekend te zijn in alle disciplines van de chirurgie, eerst in de orthopedie en daarna in domeinen zoals spijsvertering, vaat, long- en natuurlijk volwassenen- en pediatrische hartchirurgie. Hij was ook de oprichter van de afdeling hartchirurgie voor aangeboren misvormingen in het *Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola* (HUDERF).

Hoewel hij niet atletisch was, was hij dag en nacht van indrukwekkende fysieke weerstand (hij voerde drie opeenvolgende harttransplantaties uit in één nacht).

In de operatiekamer trainde hij veel chirurgen minder door zinnen en woorden dan door voorbeeld en het sparen van de kleinste druppel bloed. Postoperatief volgde de heer Primo de evolutie van elke patiënt, inclusief zaterdag- en zondagochtend.

Uiteindelijk had ik in 1980 de eer samen met hem het Fonds voor Hartchirurgie op te richten, een fonds dat jaarlijks zo'n vijftien onderzoeksprojecten ondersteunt en de Jacqueline Bernheim Prijs toekent aan werk dat wordt uitgevoerd in een van de universiteitscentra van het land.

.....
www.fondsvoorhartchirurgie.be
.....

Dank u, meneer Primo, dat u mij in de jaren zestig de weg hebt geopend naar deze nieuwe praktijk en van mij de eerste plaatsvervanger heeft gemaakt die u vertrouwde. précision qu'il manifestait. ■



© Le Soir- Dominique Duchesnes.

Dichter bij de zon..

| Professor Martine ANTOINE, gepensioneerd hartchirurg - ULB, Stafmedewerker, Medische Directie – Erasmusziekenhuis (H.U.B.) Beheerder van het Fonds voor Hartchirurgie

Toegegeven, tijdens de eerste cardiopulmonale transplantatie in augustus 1983 in het Erasmusziekenhuis, toen ik mijn opleiding in de chirurgie begon, kon ik alleen van op afstand de operatiekamer zien waar prof. Primo deze ingreep voor het eerst uitvoerde in België.

Zeer weinig vrouwen werden toegelaten tot een bacheloropleiding in chirurgie. Toch, verleid door de technische kant en precisie van hartchirurgie, durfde ik professor Primo te vragen of hij mij wilde trainen. Heel simpel gezegd accepteerde hij het en wees erop dat ik dan beschikbaar en actief moest zijn. Een simpele zin, kort, duidelijk. Ik had toen geen idee dat dit korte antwoord een groot deel van mijn leven zou beslaan.

Tijdens de interventies sprak prof. Primo nauwelijks. Hij zei alleen de echt nuttige woorden. Om hem heen heerste stilte en

dus de concentratie die essentieel was voor al zijn gebaren.

De eerste keer dat ik hem hielp met een aortaklepvervangings, terwijl ik de draden goed vasthield, pakte hij mijn duim met zijn klem, tilde mijn hand op en bewoog die rond! Verrast door de pijn "durfde" ik te spreken: "Je doet me pijn!" Kort antwoordde hij: "Nu zit je hand op de juiste plek! »

Ik heb twee dingen geleerd. Ten eerste was professor Primo linkshandig (zelfs ambidexter) en zijn gebaren waren daarom omgekeerd vergeleken met die van rechtshandige chirurgen! Ten tweede moet bij chirurgie de positie van de handen precies zijn, want het leven van de patiënt hangt ervan af.

Toen hij besloot mij te helpen, was dat een echt geschenk. Professor Primo leerde mij hartchirurgie en geleidelijk

complexere procedures zoals harttransplantatie en cardiopulmonale transplantatie.

Maar hij heeft me niet alleen de technieken geleerd. Bovenal leerde hij me dat de operatie begint met de juiste operatie indicatie en dat deze na de operatie doorgaat door toezicht op de zorg te waarborgen. Een succesvolle operatie wordt gemeten aan de hand van de postoperatieve kwaliteit van de patiënt.

Prof. Primo kon "kil" lijken, maar hij had een bijzondere aandacht voor elke patiënt. Natuurlijk was hij niet spraakzaam, hij legde de operatietechniek niet uit, maar altijd legde hij voorzichtig zijn hand op de pols van de patiënt die hij ging opereren en keek hem in de ogen. Deze stille band was een teken van zijn toewijding.

Altijd aanwezig van het begin tot het

Foto links:

Dr. Martine Antoine en Dr. Georges Primo, tijdens het interview met journalisten van de krant Le Soir (2024).

Foto rechts:

Dr. Martine Antoine en Georges Primo verlaten een jaarlijkse bijeenkomst van de National Association of Heart and Lung Transplant Recipients, beiden overladen met geschenken (1986).



einde van de operatie: Hij trok de operatiegordijnen om, voerde alle gebaren uit met precisie zonder ooit zijn concentratie te verliezen. Als het hart moeite had met functioneren, altijd de steriliteit van de operatie respecterend, zat hij naast de patiënt en wachtte soms uren.

Wat de duur van de operatie ook was, 4 uur, 6 uur, 12 uur, besteedde hij steeds veel zorg aan het wondverband, dat het einde van de operatie aankondigde. Ook was ik met hem voor het eerst in de Verenigde Staten, in Fort Lauderdale, voor een congres over cardiothoracale transplantatie. Hoewel hij al een meester was op het gebied van de hartchirurgie, was hij nog steeds student en altijd op zoek naar het vooruitgang boeken. Hij woonde alle sessies bij om nieuwe technieken of behandelingen te leren die patiënten van pas konden komen.

Soms gingen we 's avonds samen uit eten of dronken we een paar glaasjes...

De spanning kon dan afnemen en we konden wat praten. Omdat we vele uren samen doorbrachten, kende hij episodes uit mijn leven.

Daarom nam ik soms in het weekend mijn zoon mee om patiënten te bezoeken. Op een zondag draaide mijn zoon, die toen 5 jaar oud was, zich naar meneer Primo en zei tegen hem: "Dus Primo, hoe gaat het met je?" Toen ik voelde dat de grond onder mijn voeten verdween, stopte meneer Primo met schrijven, draaide zich naar mijn zoon en begon met hem te praten. In alle eenvoud, alsof het goede kameraden waren. Hij hield van kinderen, wat bleek uit zijn investering in de ontwikkeling van corrigerende chirurgie voor aangeboren aandoeningen.

Of het nu ging om het voorbereiden van een wetenschappelijke communicatie, om mij te helpen tijdens een interventie, meneer Primo was zeker veeleisend maar kalm en altijd sereen van uiterlijk. Op een

dag, voordat hij een operatie begon, glimlachte meneer Primo naar me en knipoogde hij tegen me: "Kom me helpen, je zult dicht bij de zon zijn!" Deze zin lijkt misschien lachwekkend, maar...Wat had hij gelijk!

Hij was altijd vriendelijk voor patiënten zolang ze maar niet obees waren of rokers... Hij streefde naar perfectie in zijn technische gebaren om de overleving van de patiënt te verbeteren. Hij hielp me dag na dag om mijn handelen te verbeteren, maar vooral om na te denken voordat ik handelde om de beste aanpak voor de patiënt te kiezen. Hij steunde me ook in de moeilijkste momenten van mijn leven, zonder iets te zeggen, alleen door zijn discrete aanwezigheid.

Dus ja, hij had gelijk, met hem was ik dicht bij de zon, bij het licht, bij de mens! Dank u, meneer Primo, met gans mijn hart! ■

Mijnheer en Mevrouw
Georges Primo
in 2009, tijdens het
emeritaat van Professor
Frank Deuvaert



Erebetoon aan Meneer Primo

| Dokter Colette PHILIPPART,
Gepensioneerd cardioloog,
CHU Tivoli La Louvière

Met diepe emotie vernam ik het overlijden van professor Georges Primo.

Als emblematische figuur in de Belgische geneeskunde en pionier in de hartchirurgie, inspireerde hij mijn hele professionele leven als cardioloog.

Ik had tijdens ons laatste telefoonsprek begrepen dat hij met onbetwistbare overtuiging dacht dat hij het einde van zijn levensreis had bereikt; en ja, het was precies de dag voor zijn overlijden! Ik kon het niet geloven, want zijn woorden waren zo duidelijk en altijd relevant.

De hele medische gemeenschap was zich bewust van zijn uitzonderlijke carrière en zijn verbijsterende nederigheid.

Meneer Primo (zoals ik hem altijd heb genoemd) trad in de jaren zeventig toe tot de cardiologieafdeling van de Clinique de La Hestre.

Elke 15 dagen nam hij samen met alle cardiologen van de afdeling deel aan het medisch-chirurgisch symposium dat wij organiseerden om onze patiënten te bespreken en de juiste beslissingen te nemen voor hun zorg.

Aan het einde van zijn Erasmuscarrière richtte de heer Primo de afdeling hartchirurgie op van het Tivoli Universitair Ziekenhuis. Deze afdeling, door iedereen gewaardeerd, gaf ons vertrouwen, sterkte en geluk. Onze conferenties gingen ononderbroken door tot hij met pensioen ging op bijna 75-jarige leeftijd.

Vanaf onze eerste professionele bijeenkomsten hadden we op initiatief van dokter J. Lemaitre, zijn voormalige klasgenoot, de traditie vastgesteld van een maaltijd bij een van ons thuis.

Heel vaak heb ik het voorrecht gehad hem te ontvangen, alleen of samen met andere collega's. Deze informele uitwisselingen versterkten onze

medeplichtigheid en voltooiden een vriendschap die voor onbepaalde tijd zou duren. We deelden veel meer dan alleen onze passie voor geneeskunde: intellectuele nieuwsgierigheid, een smaak voor cultuur en het plezier van menselijke ontmoetingen. Mijn man en ik hebben warme herinneringen aan een sightseeingtrip met meneer Primo en zijn vrouw Jacqueline naar Luxor. Ver weg van de operatiekamers en consultaties voelde en ervoer ik nog beter zijn onuitputtelijke nieuwsgierigheid en zijn grote vriendelijkheid.

De heer Primo verliet ons fysiek in zijn 102e levensjaar, na een uitzonderlijk lange en vruchtbare carrière gewijd aan de vooruitgang van de hartchirurgie, aan de opleiding van toekomstige generaties, en vooral aan de dienstverlening aan de patiënten.

Zijn overlijden laat een grote leegte achter, maar zijn persoon zal steeds in mij blijven voortleven. ■



Hulde aan Professeur Primo

| Dokter Alain FRIART,
cardioloog, CHU Tivoli La Louvière

De eerste ontmoetingen met professor Primo lieten me een opvallende herinnering achter: het was tijdens de cardio-chirurgische bijeenkomsten in het Tivoli Universitair Ziekenhuis, waar hij elke drie weken, vanuit het Brugmann-ziekenhuis, kwam om de chirurgische gevallen te bespreken en ook om de patiënten te zien. Hij werd gekroond met zijn reputatie als groot chirurg, auteur van de eerste Belgische harttransplantatie en als een streng en serieus man. De jonge assistent die ik rond 1983 was, was onder de indruk, haast bevend: deze man leek onaanastbaar, onbereikbaar, als in een ivoren toren. De daaropvolgende maanden, en daarna jaren, stelden mij in staat deze façade van strengheid te overwinnen en de man en zijn facetten steeds innemender en menselijker te ontdekken, totdat hij in 1989 na zijn loopbaan in de ziekenhuizen Brugmann en Erasmus de afdeling hartchirurgie in Tivoli opende. Met alle cardiologen op de afdeling werkten we bijna dagelijks met hem gedurende meerdere jaren.

Zijn ernst, strengheid en expertise

ontbraken nooit. Hij had een uitgesproken afkeer van rokende patiënten (die hij soms weigerde te opereren), van zwaarlijvige patiënten die geopereerd waren, en van alle opschepperige en arrogante mensen. Hij zorgde voor de mensen, luisterde naar hun familie, had interesse voor het leven in het algemeen en voor zijn patiënten. De verpleegkundigen en secretaresses van de cardiologie-afdeling waardeerden hem zeer; hij had vaak een vriendelijk woord, een aandacht die hen raakte.

Soms was het nodig om het ijs te breken, en pas dan kon je deze man echt zien. De evolutie van zijn patiënten hield hem bezig, we herinneren ons zijn gehechtheid aan de kinderen, zijn kleintjes die geopereerd waren en zo dicht bij zijn hart stonden.

Na de vergaderingen om zaken te bespreken, was het al lange tijd gebruikelijk dat hij werd uitgenodigd voor het avondeten door een van de cardiologen van de afdeling. Ik zal me altijd die avond herinneren toen ons 18 maand oude zoontje op zijn schoot verscheen, en het houten speeltje dat hij

een paar dagen later van hem kreeg. Het juiste beeld van Professor Primo, heel menselijk, heel eenvoudig.

In de afgelopen jaren, tijdens telefoongesprekken en een paar bezoeken bij hem huis (het laatste bezoek was in 2025), was ik onder de indruk van zijn geheugen: herinneringen in verband met zijn patiënten (en zelfs het zich herinneren van het beroep van een transplantatiepatiënt, lang geleden), prestigieuze Amerikaanse chirurgen met wie hij opereerde, collega's, met vele details: hij was een heuse encyclopedie over de beginjaren van de Belgische hartchirurgie! En een behouden interesse in de toekomst van zijn specialisme.

Dank u, beste meneer Primo, voor de talloze patiënten die u heeft geopereerd en gered. Dank u voor het pad dat u heeft laten zien: geneeskunde aanleren door het voorbeeld te geven, via ernst, competentie en ervaring. Dit zal in het geheugen gegrift blijven van de vele artsen die u kenden. Een prachtige les in het leven van een arts. ■

Begin jaren zestig hield Georges Primo (op de voorgrond) een toespraak tijdens zijn fellowship in het Methodist Hospital in Houston (VS), met leden van het team van Dr. Cooley en Dr. De Bakey.



Beste Mr Primo, Geachte Meester,

| Prof. Francis WELLENS,
gepensioneerd hartchirurg, UZ Brussel



Prof. F. Wellens met Prof. G. Primo, in het Symposium Cardiology and Cardiovascular Surgery at the XXIth century. Fondation Princesse Liliane, Brussel, oktober 2003.

Als hartchirurg opgeleid aan de ULB, de VUB in het UZ. Brugmann werkte Dr. Wellens bij de Onze-Lieve-Vrouw Kliniek in Aalst voordat hij hoofd werd van de afdeling Hartchirurgie van het UZ Brussel in Jette.

Het is een bijzondere eer dat het Fonds voor Hartchirurgie mij heeft gevraagd een bijdrage te leveren aan Uw nagedachtenis. Ik ben u bijzonder dankbaar dat ik eerst Uw assistent en later Uw medewerker mocht zijn in Het UZ Brugmann en vervolgens in het Universitair ziekenhuis Erasme (1973-1984). Deze periode heeft de basis gelegd voor mijn verdere carrière in het OLV ziekenhuis Aalst en UZ Brussel. De opleiding was perfect onderbouwd, wel streng en discipline was de basis. U maakte van ons niet alleen technisch goed opgeleide chirurgen, wij dienden ook de basiskennis van ons vak uitstekend te beheersen. Onder uw consistente leiding werden wij gekneed tot echte "dokters" met veel empathie voor de ons toevertrouwde patiënten.

Later als medewerker gaf u ons alle vertrouwen en genoten wij van veel therapeutische vrijheid. Er werd gewerkt in een rustige omgeving, iedereen kende zijn verantwoordelijkheden. Ook werd er elke zaterdag en zondagmorgen door het ganse team visite gelopen, dossiers besproken en coronarografieën bekeken, zeker in de goede oude Brugmann tijd, samen met Prof. Telermann. Dit zorgde voor een warme werkatmosfeer waar uw droge humor niet ontbrak.

Buiten het ziekenhuis had U ook warme aandacht voor onze

Het transplantatieteam van het Brugmannziekenhuis in 1973

Van links naar rechts:
 De heer E. Veirman,
 perfusionist-technicus CEC,
 Mw C. Conrot,
 operatiekamerpleegkundige
 Dr. M. Geens,
 chirurg
 prof. dr. J. Dubois-Primo,
 hoofdanesthesist
 prof. dr. G. Primo,
 hoofdhartchirurg
 prof. dr. J. Van Geertruyde,
 chef chirurgien
 Dr J. Bastenier,
 anesthesioloog
 Dr. J.-L. Leclerc,
 hartchirurg
 Mw M.-J. Van Dorpe,
 operatiekamerpleegkundige
 Mw A. Clemens
 operatiekamerpleegkundige.



Selfie genomen bij Prof. Primo thuis op Kerstmis 2024

naaste familieleden. Mijn zoon kreeg zelfs zijn eerste fietsje van ome Georges.

Ook het drukke harttransplantatieprogramma in het Universitair Erasmus ziekenhuis eiste veel energie en overleg, meestal op zondagmorgen waar de koffiekoeken gebracht door de harttransplantatiepatiënten overvloedig werden verorberd.

Onze professionele wegen scheidden in 1985. Het was een zeer moeilijke beslissing om het prachtige team en in het bijzonder een grote persoonlijkheid zoals u achter te laten. U hebt mij hierin gesteund en steeds geholpen wanneer advies nodig was. U bent steeds mijn leidraad gebleven in mijn verdere carrière. Bij een moeilijk probleem stelde ik mij steeds de vraag: hoe zou Prof. Primo dit aanpakken en oplossen?

Na het einde van uw professionele carrière bleef er tussen ons een warme en respectvolle vriendschap bestaan. Wij reisden samen naar Houston Texas voor het

tweejaarlijks symposium van de Denton Cooley Cardiovascular Society. U kon er warme herinneringen ophalen en U bezocht zelfs het logement waar U in het kader van Uw fellowship twee jaar verbleef. Later stuurde u Prof. J.L. Leclerc, Prof F. Deuvaert, Prof.G.Van Nooten en mijzelf naar deze instelling in het kader van onze opleiding. Dr.D.Cooley heeft u tevens persoonlijk een heuglijk welkom geschonken.

De laatste jaren verliepen de regelmatige bezoeken bij u thuis in een aangename en amicale atmosfeer. Tot het laatste bezoek voor uw afscheid bleef u een bijzondere scherpe geest aanhouden. U ging zeer bewust om met de eindigheid van het leven.

Uw eenvoud, bescheidenheid en integriteit zullen mij het meest bijblijven. U was een grandioze chirurg, een pionier in ons vak en vooral een prachtig persoon.

Dank voor alles wat U voor zovelen en voor mijzelf betekend hebt. ■



Portret van een academicus

| een artikel van Professor Georges CASIMIR,
Permanent Secretaris van de Académie Royale de
Médecine de Belgique, verschenen in n°1 van ARMB News
(april 2026)

Ter viering van haar 100-jarig jubileum wilde de Académie van de gelegenheid gebruik maken om een schitterend eerbetoon te brengen aan een van haar prestigieuze Belgische leden, professor Georges Primo, auteur van de eerste harttransplantatie en de eerste hart-longtransplantatie in België. De voorzitter en de permanente secretaris bezochten hem thuis in Elsene, waar ze werden ontvangen door een opmerkelijk jeugdige en alerte man met veel doorzettingsvermogen en humor.

Geboren in Schaerbeek in 1924, uit een bescheiden gezin, beschouwde hij zichzelf als een brussels 'ketje'. Hij speelde als kind met zijn vriendjes op straat, in de uitgestrekte gemeente Schaerbeek, die destijds nog vrij landelijk was in verschillende wijken. Het was op de basisschool dat zijn ouders werden geadviseerd hem te laten studeren, omdat dit jongetje al de premissen toonde van die indrukwekkende intelligentie, durf en wilskracht die hem tot een zeer groot arts maakten.

Hij studeerde geneeskunde, die hij met

vlag en wimpel behaalde, aan de Vrije Universiteit Brussel, en nam ook deel aan studentenfolklore door zelfs een praalwagen te maken voor 'Sint-Verhaegen' in een Brusselse tuin, samen met zijn vrienden.

In 1949 behaalde hij een doctoraat in de geneeskunde, chirurgie en obstetrie. In augustus van datzelfde jaar werd hij assistent op de afdeling algemene chirurgie van het algemeen ziekenhuis van Schaerbeek onder leiding van Dr. Jodogne. Al in 1959, nadat hij interesse had gekregen voor het laboratorium en de techniek van de extracorporele circulatie, zag hij dit als een essentiële stap voor openhartchirurgie. Hij zou actief bijdragen aan openhartoperaties die in het Brugmann-ziekenhuis werden uitgevoerd. In 1961 en 1962 ging hij naar de Verenigde Staten om de nodige ervaring op te doen in de meest geavanceerde chirurgische technieken in zijn vakgebied, en na zijn terugkeer werd hij fulltime toegewezen aan de hartchirurgiekliniek onder leiding van prof. Jean Govaerts.

Na het overlijden van Prof. Govaerts vervrouwde zijn opvolger, Prof. Jean Van

Geertruyden, Georges Primo het beheer toe van de Hartchirurgiekliniek van het Brugmann Universitair Ziekenhuis. De hartchirurgiekliniek werd al snel een van de eerste centra waarvan de prestaties de resultaten evenaarden van de beste Europese en Amerikaanse centra. In 1967 voerde Christian Barnard de eerste harttransplantatie uit in Zuid-Afrika; de eerste in België vond plaats in het Brugmann-ziekenhuis, in handen van Dr. Georges Primo, op 23 augustus 1973. De ontvanger was een vrouw van 51 jaar.

Voor het eerst werden ook verschillende organen, het hart en twee nieren, verwijderd van dezelfde donor, een 43-jarige man. Vier operatiekamers waren dus gelijktijdig in bedrijf; één voor de collectie en drie voor de transplantaties. De ontvanger van een harttransplantatie overleefde ongeveer zeven maanden.

Een tweede patiënt leed bijna een jaar lang een bijna normaal leven. Een derde overleed aan acute afstoting na ongeveer drie weken. Dr. Primo besloot tijdelijk te stoppen en voorzichtig te wachten totdat door vooruitgang in de immunologie pogingen konden hervat

...

Zijn motto was:**"Mijn plicht boven mijn recht"**

...

Foto tegenover:

Prof. I. Salmon en Prof. G. Casimir, respectievelijk voorzitter en permanent secretaris van de KAGB, bezoeken Prof. Primo in de zomer van 2024.

worden om de patiënten maximale overlevingskansen te bieden. Hij wachtte vijf jaar en herlanceerde het harttransplantatieprogramma in december 1981. Ondertussen kreeg hij een hele reeks lovende titels.

Verbeteringen op het gebied van orgaanbehoud bij operaties, extracorporale circulatie en de verschijning van ciclosporine (immunosuppressivum) op de markt stelden Georges Primo in 1983 in staat om de eerste hart-longtransplantatie uit te voeren in het Erasmus Ziekenhuis

op een vrouw van in de dertig. Het was een van de allereerste operaties van die soort in Europa. In februari 1989 voerde professor Primo op dezelfde dag drie harttransplantaties uit.

Een van de vleugels van Gebouw E (locatie Horta) van het Brugmann-ziekenhuis draagt zijn naam. Hij werd op 12 februari 1999 door koning Albert II tot baron verheven. We vernamen medio maart 2026 het overlijden van professor Primo. De Academie brengt hem een levendig eerbetoon. ■

Eerbetoon aan Claudine Demarbaix

Tijdens het afgelopen voorjaar nam een andere emblematische figuur van onze vzw van ons afscheid: Claudine Demarbaix, die tot 2004 coördinatrice was, overleed op 13 mei 2026.

Als bevoorrechte getuige van de duidelijke tekortkomingen in de financiering van cardiovasculair onderzoek, initieerde Claudine de oprichting van onze non-profitorganisatie die zich op deze sector richt. Hiertoe omringde ze zich met verschillende vrienden die niet in de medische wereld zaten. Het fonds werd in juni 1980 opgericht onder de naam "Fonds voor Hartchirurgie."

Met onwankelbaar enthousiasme wist Claudine de vrijgevigheid en interesse van het publiek te mobiliseren voor het werk dat in de schaduw werd verricht door de onderzoekers van ons land.

Creatief en nieuwsgierig toonde Claudine ook originaliteit en durf. Altijd bereid om nieuwe wegen te verkennen om de missie van de non-profitorganisatie aan zoveel mogelijk mensen bekend te maken, aarzelde ze niet om haar volledige persoonlijke netwerk te mobiliseren. Dit heeft geleid tot evenementen zoals een tentoonstelling met een veiling van

kunstwerken, een bezoek aan de Floraliën in het kasteel van Groot-Bijgaarden en verschillende concerten in Bozar.

Haar onwankelbare toewijding, gecombineerd met de loyale steun van donoren, heeft de stichting – nu "Fonds" genoemd – in staat gesteld onderzoeksprojecten te financieren die hebben geleid tot belangrijke medische vooruitgang.

Vanaf het begin zette Claudine Demarbaix zich ook in voor het bevorderen van hartgezondheid door acties om bewustwording te vergroten en hart- en vaatziekten onder het grote publiek te voorkomen. Als respiratoire fysiotherapeute heeft ze de strijd tegen roken tot haar stokpaard gemaakt, een volksgezondheidsprobleem dat nog steeds actueel is.

We zijn haar de vzw zoals die nu bestaat verschuldigd: een bron van financiering voor innovatief en hoogstaand wetenschappelijk onderzoek, niche financiële steun voor start-up-projecten, evenals een instrument om de diversiteit van academisch onderzoek te verdedigen. Persoonlijk herinner ik me Claudine als een diep genereuze en positieve



persoon, met een aanstekelijk enthousiasme. Ik zal haar altijd dankbaar zijn voor het vertrouwen dat ze in mijn werk bij de non-profitorganisatie heeft gesteld en haar aanmoediging om professioneel te werken.

Dank je, lieve Claudine, voor dit deel van de reis die we samen hebben afgelegd en voor jouw prachtige bijdrage die je achterlaat. ■

| Eliane FOURRÉ,
Coördinatrice van het Fonds

Nieuwe inzichten in mitralisklepprolaps



DOOR HET FONDS GESUBSIDIEERD

| Dr. Hade Scheyving, medisch journalist

Mitralisklepprolaps, een aandoening waarbij de hartklep tussen de linkerkamer en de linkervoorkamer gaat lekken, kent vandaag één therapeutische aanpak. Nochtans zien we binnen dit ziektebeeld verschillende entiteiten. Prof. Van De Heyning en Dr. Lobke Pype onderzoeken of we naar een meer gepersonaliseerd zorgpad kunnen overgaan, iets wat de patiëntresultaten ten goede kan komen.

In de internationale richtlijnen voor behandeling spreken we over mitralisklepprolaps alsof het om één en dezelfde patiëntengroep gaat, terwijl we eigenlijk twee subgroepen kunnen identificeren: patiënten met de ziekte van Barlow, en patiënten met fibro-elastische deficiëntie (FED). Beide categorieën van mitralisklepprolaps hebben hun eigenheden, en dus rijst de vraag: moeten we deze mensen dan ook niet gedifferentieerd benaderen op therapeutisch niveau? Daarom keek men heel gedetailleerd en op gestructureerde wijze naar de verschillende karakteristieken van Barlow's Disease (BD) en FED. De studie is nog lopende, maar prof. Caroline Van De Heyning, cardiologe in het UZA en promotor van het onderzoek, kan al een aantal conclusies met ons delen.

Onderzoeksvraag

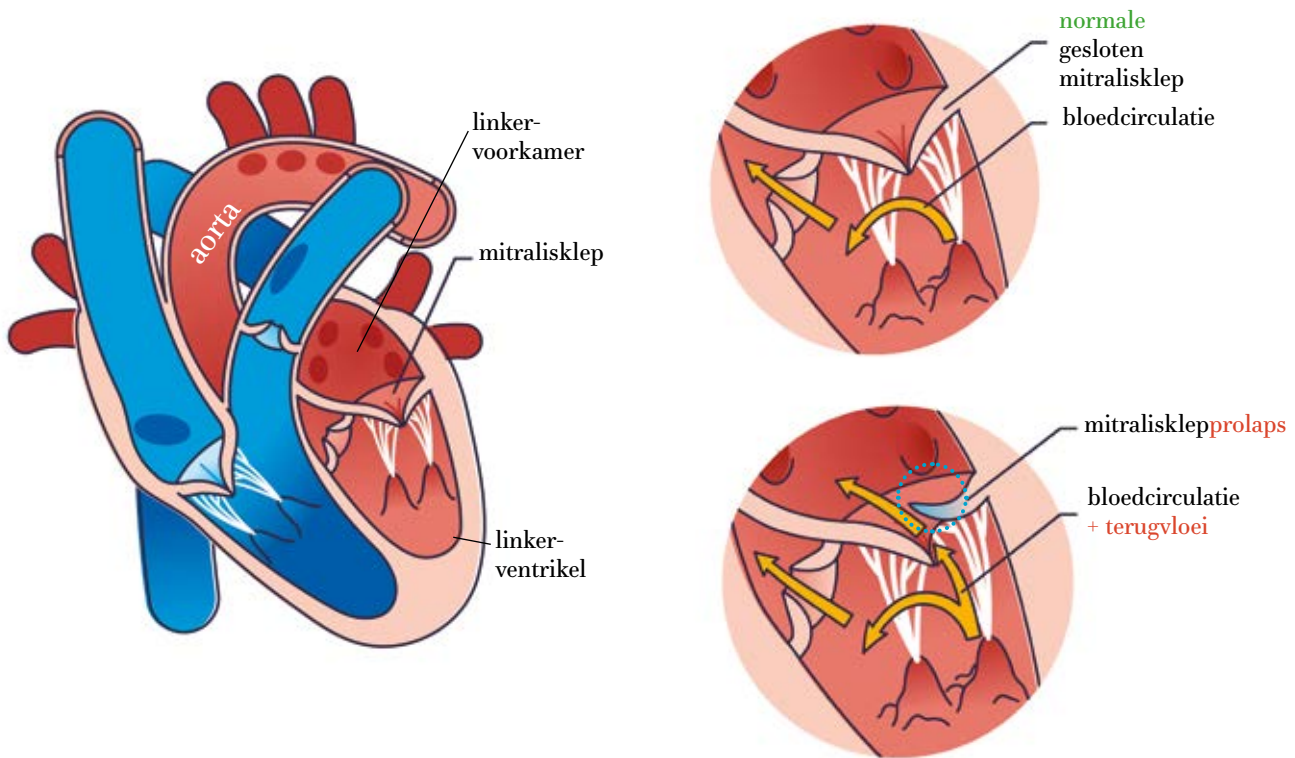
Wanneer de linkerhartkamer het zuurstofrijke bloed naar de aorta pompt, moet de mitralisklep ervoor zorgen dat het bloed niet terugstroomt naar de

linkervoorkamer. In het geval van een disfunctionele of lekkende klep, stroomt een deel van het bloed de verkeerde richting uit. Dit kan leiden tot een volume-overbelasting van het hart, waardoor het gaat uitzetten, maar ook tot andere problemen, zoals hartritmestoornissen.

“Dat is de theorie: een kleplek leidt tot een vergrote hartkamer”, begint prof. Van De Heyning. “Maar bij patiënten met de ziekte van Barlow zien we vaak dat die kamer al groot is, zonder dat er per se sprake is van een significant lek. Dat zijn ook meestal jongere patiënten, met een opvallend brede mitralisklepring en defecten aan beide klepblaadjes. Bij FED zien we dan weer wel dat de ernst van het lek rechtstreeks in verband staat met de mate van uitzetting. Daar speelt duidelijk een mechanisch fenomeen. FED is eerder een degeneratieve aandoening, die zich op latere leeftijd manifesteert en waarbij slechts één klepblad aangetast is. Ook de chordae zijn vaak betrokken in dit ziektebeeld”,

(vervolg op p. 16)

MITRALISKLEPPROLAPS



ENKELE CARDIOLOGISCHE TERMEN:

Mitralisklep

De hartklep die zich bevindt tussen de linkerkamer (of linkerventrikel) en de linkervoorkamer (of linkeratrium) van het hart. Wanneer de linkerkamer het zuurstofrijke bloed richting de aorta pompt (en via die grote slagader, naar de rest van het lichaam), moet de mitralisklep ervoor zorgen dat het bloed niet terugvloeit naar de linkervoorkamer en de longaders.

Mitralisklepregurgitatie of -insufficiëntie

Het fenomeen waarbij de twee klepblaadjes van de mitralisklep niet meer goed afsluiten tijdens het samentrekken van de hartspier. Zo gaat de klep lekken en stroomt een deel van het bloed terug naar de linkervoorkamer. Een lekkende mitralisklep kan ervoor zorgen dat de hartkamers gaan uitzetten, of dat er klachten

ontstaan van kortademigheid, hartkloppingen en vermoeidheid. Een ernstig kleplek, als het onbehandeld blijft, kan leiden tot hartfalen, hartritmestoornissen en in zeldzame gevallen tot plotse hartdood.

Mitralisklepprolaps:

Een frequent voorkomende hartklepafwijking waarbij (een deel van) de mitralisklepblaadjes doorbuigen naar de linkervoorkamer.

Binnen mitralisklepprolaps zien we twee verschillende ziekte-entiteiten:

De ziekte van Barlow

Barlow's Disease kunnen we zien als een aangeboren vorm van mitralisklepprolaps. Bij die patiënten hechten de klepblaadjes aan op een opvallend brede mitralisklepring. Daarbij zijn

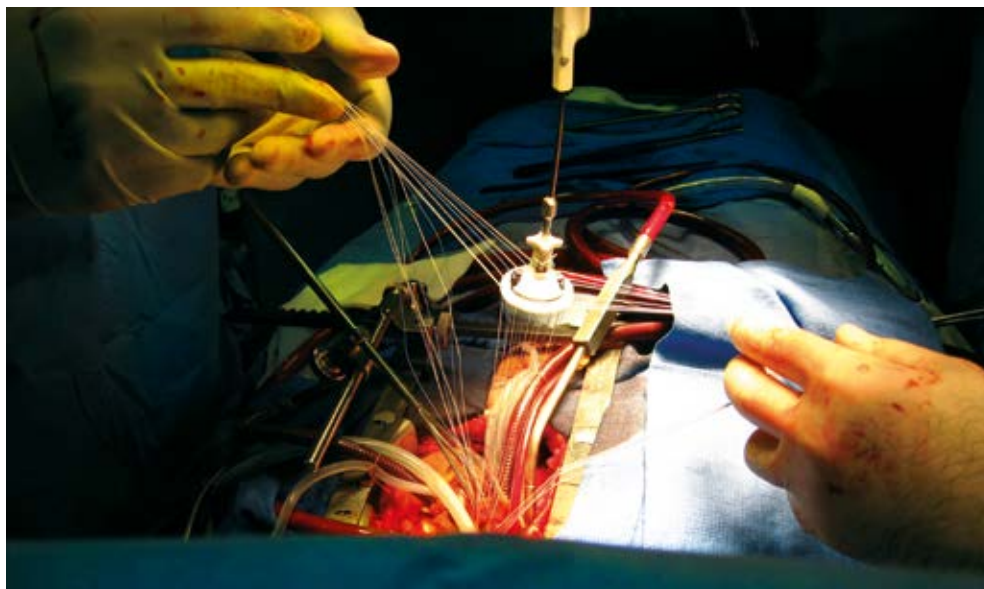
zowel het voorste als het achterste klepblad zeer groot, sterk verdikt, en doorgebogen. Deze variant van mitralisklepprolaps komt vooral bij jongere patiënten voor: op de leeftijd van 30-50 jaar kan er al sprake zijn van een ernstig lek. Opvallend is trouwens dat we vaak al een vergrote hartkamer waarnemen zonder dat er een significant kleplek is.

Fibro-elastische deficiëntie (FED)

Deze vorm beschouwen we eerder als een degeneratieve klepaandoening, waarbij één of meerdere delen van een klepblad gaan verdikken en doorbuigen. Vaak gaan de chordae – de draadjes waaraan het klepblad vastzit aan de kamer – steeds langer en dunner worden en doorbuigen, soms doorscheuren. Deze patiënten krijgen vaak pas op latere leeftijd klachten (60-80 jaar).

VERVANGING VAN EEN KLEP

Er bestaat altijd het risico dat tijdens de ingreep de klep moet worden vervangen in plaats van gereconstrueerd.



voegt ze eraan toe.

Belangrijk dus om op te helderen wat precies de oorzaak is van de klachten of van eventuele ritmestoornissen: speelt enkel het kleplek een rol, of is er bij BD ook een aangeboren problematiek van de hartspier zelf? Welke verschillen zijn er tussen deze twee entiteiten van mitralisklepprolaps, en (hoe) moeten we de behandeling hierop afstemmen?

Risicomanagement

Het hoofddoel van de behandeling voor mitralisklepprolaps is om hartfalen en (potentieel gevaarlijke) hartritmestoornissen te voorkomen. Uiteraard willen we ook de symptoomlast aanpakken, zoals de kortademigheid bij inspanning verminderen, hartkloppingen (voorkamerfibrillatie of ritmestoornissen van de linkerkamer) tegengaan, ... Je zou kunnen denken: waarom opereren we niet gewoon iedereen? Wel, er zijn toch een aantal zaken die we in de weegschaal moeten leggen.

Prof. Van De Heyning legt uit: "Als er nog geen gevolgen van het kleplek te zien zijn op de hartspier, weten we dat die impact (en bijbehorende klachten) even goed nog jaren op zich kunnen laten wachten. We zijn nooit 100% zeker dat we de hartklep degelijk gaan kunnen herstellen, waardoor er altijd een risico is dat we tijdens de operatie moeten

overgaan tot een klepvervanging. Dat kan dan weer gepaard gaan met een aantal problemen, zoals een verhoogde kans op infectie, of het levenslang innemen van bloedverdunding voor sommige klepprothesen, ... Zo'n kunstklep heeft ook een bepaalde levensduur, iets waarmee we rekening moeten houden bij jongere patiënten. En zelfs als het klepherstel gewoon naar behoren verloopt, blijft dit een serieuze ingreep. Als we die kunnen uitstellen, doen we dat. Het is een kwestie van de juiste patiënt, op het juiste moment", luidt het. "Natuurlijk, als de mitralisklep relatief eenvoudig te herstellen is – wat vaker het geval is bij FED dan bij Barlow – dan kunnen we soms wel al vroeg(er) opereren, steeds in samenspraak met de patiënt."

Analyses

Om te kijken wat er allemaal speelt, en welke verschillen we precies zien tussen patiënten met FED en patiënten met de ziekte van Barlow, ondergingen een honderdtal patiënten verschillende onderzoeken. Die richtten zich op de eigenschappen van de mitralisklepprolaps, of op de patiëntkarakteristieken zelf:

- **Holteronderzoek:** hierbij wordt een hartfilmpje (elektrocardiogram) opgenomen gedurende ten minste 24 uur. Een van de onderzoeksvragen was: vertonen patiënten met BD méér hartritmestoornissen van de linker

kamer dan de patiënten met FED? En zien we verschillen in de hartfunctie?

• **Cardiale MRI:** deze beeldvormingsmethode heeft twee voordelen. Enerzijds is het onderzoek een stuk accurater dan echografie om de hartvolumes en –functie te evalueren, anderzijds stelt MRI ons in staat om ook naar het hartweefsel te kijken. Zien we fibrose (littekenvorming) in de hartkamer, is de hartspier van BD-patiënten aangetast t.o.v. patiënten met FED?

.....
“Onze bevindingen bevestigen dat er naast het kleplek zelf ook nog andere fenomenen meespelen in de fysiopathologie van mitralisklepprolaps.”

• **Genetica-analyses:** omdat we ons afvragen of er misschien genetische factoren meespelen die deze pathologieën kunnen verklaren. Zo weten we dat er gedilateerde cardiomyopathieën bestaan die worden veroorzaakt door specifieke genmutaties. Is dat ook het geval voor BD-patiënten, die standaard een grotere hartkamer lijken te hebben? En zien we (ook) een genetische ‘signatuur’ bij FED? Kortom: kunnen we een genetische oorzaak identificeren voor mitralisklepprolaps, en is er op DNA-niveau een verschil tussen de twee patiëntgroepen?

Resultaten

Die drie onderzoeken brachten nieuwe inzichten. Men zag bijvoorbeeld dat de hartkamer van patiënten met BD, na herstel van de mitralisklep, niet op dezelfde manier het ‘oorspronkelijke’ of normale volume terug aannam. Die remodelering bij Barlow-patiënten gebeurt dus in mindere mate dan bij patiënten met FED die geopereerd worden voor mitralisklepprolaps. Het bevestigt de hypothese dat een ander fenomeen dan het kleplek de vergrote hartkamer veroorzaakt die we bij BD zien.

van Barlow-patiënten typisch aanhechten op een erg grote mitralisklepring. De grootte van die ring lijkt dus iets intrinsiek, een aangeboren fenomeen. En wat de ritmestoornissen betreft, hebben patiënten met BD (met een vergroot hart) méér extrasystolen of overslagen t.h.v. de linkerkamer dan patiënten met FED. Zowel de vergrote klepring als die extrasystolie verklaren mee de vergrote hartkamer bij BD, los van het eventuele kleplek zelf.

Bij de genetica-analyses werden geen gekende pathogene mutaties gevonden. Dat zijn mutaties die met zekerheid ziekte veroorzaken. “Het is op vandaag niet zinvol om bij mensen met een mitralisklepprolaps genetische tests te gaan afnemen”, benadrukt prof. Van De Heyning. “Nochtans is er een duidelijke familiale context, zowel voor BD als voor FED – in sommige families zien we zelfs een combinatie van beide pathologieën. Daarom vermoeden we sterk dat er alsnog genetische risicofactoren zullen meespelen, maar ze zijn te complex om te identificeren met een routine DNA-screening. Ons onderzoeksteam zoekt alvast naarstig verder.”

Vervolgonderzoek

Welke invloed hebben deze nieuwe bevindingen op de klinische praktijk? “Voorlopig geen”, onderstreept de cardiologe. “Het uiteindelijke doel is om a.d.h.v. grootschaliger onderzoek te evalueren of (en hoe) we de richtlijnen moeten aanpassen voor beide patiëntengroepen. Wat we nu gedaan hebben, legt de basis voor dergelijk vervolgonderzoek. We weten nu welke factoren bepalend zijn voor de uitzetting van de hartkamers. Een volgende vraag is bijvoorbeeld of we bij alle patiënten met mitralisklepprolaps dezelfde drempelwaarden moeten hanteren om over te gaan tot een operatie. Wellicht zullen we eerder evolueren naar een meer gepersonaliseerde aanpak. De richtlijnen perfectioneren, dat is het einddoel.”

Op cardiale MRI zien we dat de klepblaadjes

Internationaal is er alvast veel interesse



Lobke Pype is arts in vorming in de cardiologie en als onderzoeker verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen. Ze schrijft haar proefschrift onder begeleiding van Caroline Van de Heyning.

Het Fonds heeft een subsidie van 20.000 € toegekend aan dit ambitieuze onderzoek onder leiding van prof. Carolien Van de Heyning, cardioloog aan het UZ Antwerpen.

rond mitralisklepprolaps, en naar de link tussen mitralisklepprolaps en het risico op hartritmestoornissen. Het team in UZA maakt deel uit van een groter nationaal netwerk om deze patiënten beter te bestuderen, en ook internationaal wordt actief gewerkt aan het smeden van partnerschappen en het uitwisselen van ideeën: “Het is erg waardevol als je de wetenschap buiten de muren van je eigen ziekenhuis of van je eigen land kan trekken. Niet alleen om tot grotere patiëntaantallen te komen, maar ook om de krachten te bundelen en expertise te delen. Het opzetten van die samenwerkingen is een heel uitdagend aspect van onderzoek doen, maar wel iets dat mij ook voldoening geeft. Op congressen kan je zo heel inspirerende contacten leggen, waarop je nadien kan voortbouwen”, vertelt Caroline Van De Heyning.

Tijd

Onderzoek vraagt daarnaast tijd, véél tijd, en middelen. “Ideeën moeten soms jarenlang rijpen. Je moet de juiste mensen kunnen samenbrengen, je moet funding vinden. En dan zijn er nog tal van stappen die doorlopen moeten worden, heel wat hoepels waar we doorheen moeten springen, vooraleer we de verstaalslag naar de kliniek kunnen maken.

In het verleden werden er bijvoorbeeld al observaties gedaan over de grotere hartkamer en klepring bij BD. Maar die vaststellingen waren gelimiteerd op echografie – er kwam geen Holter, MRI of cardiogenetica aan te pas. Er was ook geen gestructureerde prospectieve studie aan gekoppeld. Op dat vlak hebben we nu dus erg grote vooruitgang geboekt”, beseft de onderzoekster.

Om cardiale MRI onder de knie te krijgen, deed prof. Van De Heyning tien jaar geleden een fellowship in Londen. “In België waren er op dat moment een tiental cardiologen en radiologen hier in gespecialiseerd – het was zeer innovatief. Ook op het vlak van de genetische analyses is er op tien jaar tijd ongelooflijk veel veranderd. Elke dag vinden we nieuwe mutaties; we weten veel meer dan vroeger. Tijd maakt dat onze kennis uitbreidt, dat onze technieken verbeteren, dat de wetenschap telkens wat nieuwe feiten rijker wordt. Die inzichten stellen ons uiteindelijk in staat om de behandeling van onze patiënten te optimaliseren, en daarvoor doen we het natuurlijk allemaal”, besluit Professor Caroline Van De Heyning. ■

PORTRET



Hartonderzoek: nooit banaal

Prof. Caroline Van De Heyning (foto hierboven) cardiologe, academica en hoofd van het echocardiografielab in het UZA. Een twaalf jaar geleden werkte ze haar doctoraatsonderzoek uit rond mitralisklepprolaps. Vandaag bouwt ze hierop verder, met de hulp van PhD-studente dr. Lobke Pype.

Met een moeder en vader die beiden NKO-arts zijn, komt prof. Van De Heyning uit een echte doktersfamilie. “Ik heb altijd gezegd dat ik niét ging doen wat mijn ouders deden”, lacht de cardiologe. “Ik wilde vooral niet het pad bewandelen van mijn vader, die als academisch arts altijd ontzettend hard gewerkt heeft, bijna geleefd heeft voor zijn werk. Maar wat bleek? In het middelbaar werd ik meteen aangetrokken door vakken als biologie en genetica. De keuze voor de geneeskunde was dus snel gemaakt. Daarnaast merkte ik doorheen mijn studie- en opleidingsjaren dat ik nood heb aan veel afwisseling en uitdaging: ik wil blijven leren. Zodra ik iets beheers, voel ik de drang om diepere inzichten in te winnen.

Binnen de onderzoekswereld vertaalt dat zich naar een behoefte om het veld vooruit te helpen, om telkens weer dat extra stapje te zetten, richting een betere

behandeling, een betere situatie voor onze hartpatiënten. Dus ja, ik streef exact naar hetgeen mijn vader ook altijd heeft voortgestuwd. Het is hard werken, maar het geeft ook erg veel voldoening. Dat zie ik nu in.”

De combinatie van de klinische praktijk met de wetenschap is effectief pittig: “Het werk van academicus gebeurt niet tijdens de daguren, maar ’s avonds en tussendoor. Het stopt ook nooit. Maar ik zou het ook niet anders willen”, klinkt het. “Voltijds wetenschapper zijn heeft dan misschien praktische voordelen, maar zo verlies je voeling met het terrein, met de mensen achter de pathologie. Dat merk ik soms op congressen: sommige wetenschappers zien duidelijk geen patiënten (meer). Voor mij ontspruit een onderzoeksvraag vanuit een bepaalde medische nood, om de patiënt die ik voor me heb beter te kunnen helpen. Mijn onderzoek is dus klinisch gericht, met als doel dit te kunnen inzetten in de praktijk. Mij moet je niet in een labo zetten”, voegt ze eraan toe met de glimlach.

Wat voor Caroline Van De Heyning extra dankbaar aanvoelt, is dat het hart een essentieel orgaan is, iets waar mensen veel belang aan hechten en goed zorg

voor willen dragen. “Het hart is heel symbolisch voor de patiënten. Het is zo cruciaal in het functioneren van het menselijk lichaam – het kan niet zomaar even stoppen met kloppen. Je hartfunctie bepaalt je levenskwaliteit, het is nooit banaal.”

.....
“Het werk van academisch en klinisch arts combineren is erg pittig, maar ik zou het niet anders willen.”

Wat de onderzoekster zelf fascinerend vond aan de cardiologie, is de fysica en de mechaniek ervan: “Het hart is zoals een pomp met buizen, waar ook elektriciteit doorloopt. Het is een systeem dat je concreet en logisch kan beredeneren om een bepaald probleem op te lossen.” Momenteel probeert prof. Van De Heyning de mechanismen achter een lekkende mitralisklep te doorgronden. Ze wordt daarvoor bijgestaan door Dr. Lobke Pype. ■



Voedingsvezels: er is plaats voor diversiteit!

Voedingsvezels zijn vaak schaars in onze moderne wereld. Het gaat daarbij niet louter om de darmtransit, maar ook over onze algemene gezondheidstoestand. Ook het type vezels blijkt van belang te zijn.

› door Nicolas Guggenbühl, Expert Nutrition chez Karott
Professeur de Nutrition et Diététique à la Haute Ecole
Léonard de Vinci

De term "voedingsvezel" omvat veel verbindingen die vrijwel uitsluitend in het plantenrijk voorkomen en een belangrijk kenmerk delen: in tegenstelling tot andere voedingsstoffen (eiwitten, vetten, koolhydraten, enz.) worden vezels niet in de dunne darm verteerd. Daarom gaan ze verder tot in de dikke darm.

Toen ze begin de jaren zeventig werden ontdekt, dacht men dat vezels alleen in transit waren, dat wil zeggen dat ze intact in de ontlasting kwamen. Dit is het zichtbare aspect van voedingsvezels: ze bevorderen de darmtransit. Het is ook door het observeren van het grotere volume ontlasting van Afrikaanse populaties in vergelijking met de Londense bevolking dat de vezeltheorie en de link met het aandeel planten in het dieet zijn ontstaan.

De onzichtbare kant van vezels

Vezels worden daarom al lang vooral gezien vanwege hun "mechanische" functie om het darmtransport te ondersteunen. Dit is nog steeds waar, maar de afgelopen decennia hebben twee dingen benadrukt: enerzijds het belang voor de gezondheid van de darmflora, die vooral aanwezig is in de dikke darm; anderzijds het feit dat een groot deel van de voedingsvezels in de dikke darm wordt gefermenteerd en het belangrijkste "voedsel" is van micro-organismen. Kortom: vezels zijn essentieel voor de harmonieuze ontwikkeling van onze darmfauna. Onze vezelconsumptie is echter nog nooit zo laag geweest: volgens de nieuwste voedselconsumptie-enquête (Sciensano 2025) consumeren we gemiddeld slechts 16 g vezels per dag. Dit is verwijderd van de aanbevolen inname, die minstens 25 g per dag is om een normale darmfunctie

te waarborgen, maar neerkomt op 30 g per dag met het oog op het voorkomen van veel chronische ziekten (Hoge Gezondheidsraad 2025).

De ene vezel is niet de andere

Naast de hoeveelheid vezels is de aard en distributie ervan net zo belangrijk. Waarom? Omdat de verschillende vezels verschillende effecten hebben: sommige werken op de transittijd, andere beïnvloeden de cholesterol en de suikerspiegel in het bloed. En bovenal dienen ze als substraat voor verschillende soorten micro-organismen in de dikke darm: sommige bevorderen de ontwikkeling van een bepaalde soort die als gunstig wordt beschouwd (bijv. bifidus bacteriën), ten nadele van andere minder gunstige of zelfs potentieel schadelijke soorten. Dit wordt prebiotische vezel genoemd, die dient als selectief voedsel

voor bepaalde micro-organismen die geassocieerd worden met gezondheidsvoordeel. In concrete termen, om je darmmicrobiota zo goed mogelijk te voeden, moet vezels uit de volgende families worden gehaald:

- **Volkoren granen:** volkoren of gedeeltelijk volkoren broden, pasta en rijst, quinoa, enzovoort. Doelstellingen: minimaal 125 g per dag (dus een pastadrankje of volkoren).
- **Fruit en groenten:** vers, bevroren, gedroogd, ingeblikt... Streef naar 250 g fruit en minimaal 300 g groenten per dag.
- **Peulvruchten:** gedroogde bonen, linzen, spleeterwten, hummus... Doel: eet ze minstens 2 keer per week.
- **Noten en zaden:** walnoten, amandelen, zonnebloempitten... Doelstelling: 25 tot 30 g per dag, dat wil zeggen een kleine handvol.

Binnen elke familie is het raadzaam om de bronnen te variëren: de vezels in tarwe-zemels hebben andere effecten dan in havermout.



Ter preventie is de aanbevolen dagelijkse inname van vezels 30 gram.

Vezels en spijsverteringsongemakken

Vezels kunnen ook ongemak veroorzaken. Dit is vooral wat er gebeurt bij intolerantie voor fermenteerbare verbindingen, FODMAP's genoemd, die bepaalde prebiotische vezels bevatten. Er zijn situaties waarin een low-FODMAP-dieet helpt om het spijsverteringssysteem te verlichten. Maar deze diëten kunnen niet alleen leiden tot een tekort aan vezels, maar ook tot een tekort aan verschillende voedingsstoffen, waardoor ze onder controle van erkende gezondheidsprofessionals (artsen, diëtisten) moeten plaatsvinden. En ze moeten niet worden onderhouden als ze geen significante verbetering bieden. Omdat het allemaal een kwestie van balans is: het uitsluiten van prebiotische vezels zoals

oligofructose en inuline die in veel planten voorkomen, betekent ook dat je jezelf hun preventieve potentieel ontnemt...

Wat dacht je van "fibermaxxing"?

Het is een van de voedingstrends van dit moment die zich verspreidt op sociale netwerken: fibermaxxing: gezien de observatie van een algemeen tekort aan vezels in het moderne dieet, wordt voorgesteld om je vezelinname te maximaliseren. Hoewel de bedoeling goed is gezien de situatie, vormen de hoeveelheid vezels en de snelheid waarmee ze worden ingebracht een probleem: 60 tot 70 g vezels per dag is overmatig en verhoogt het risico van spijsverteringsproblemen, zoals een opgeblazen gevoel, gas, buikpijn, krampen...

De gewenste toename van het aandeel vezels in ons dieet profiteert van geleidelijk toedienen, zodat het lichaam en onze darmflora de tijd krijgen om zich aan te passen, en het is nutteloos en zelfs contraproductief om de consumptie met 3 of 4 te vermenigvuldigen... ■

www.foodinaction.com

RUNDER- EN LINZENSOEP MET SELDERIJ

VOOR 4-6 PERSONEN

Ingrediënten

- 1/2 knolselder (600 g)
- 3 middelgrote aardappelen (300 g)
- 10 tot 15 cl melk
- 2 eetlepels olijfolie
- Muskaatnoot, peper en zout
- 1 ui
- 1 wortel
- 300 g gehakt rundsvlees
- 1 teentje knoflook
- 150 g groene of blonde linzen (gekookt en uitgelekt)
- 200 g passata (tomatensaus)
- 80 g geraspte kaas (type Grana padano)

Bereiding

- Schil en snijd de knolselderij en aardappelen in grote blokjes en bak ze 20' in kokend gezouten water.

- Bak de gehakte ui en wortel in olijfolie 3 tot 5'. Voeg het gehakt en de knoflook toe en kook 5' op hoog vuur.
- Voeg de gekookte linzen en tomatencoulis toe en laat alles 5' op een laag vuur sudderen. Kruid naar smaak.
- Laat de groenten uitlekken en pureer ze met een aardappelpuree, giet de melk beetje bij beetje erin tot je de gewenste consistentie hebt. Voeg de olijfolie, muskaatnoot, peper en zout toe. De oven voorverwarmen tot 180°C. Smeer het linzenvlees op de bodem van het schaalje, bedek met de selderijpuree en bestrooi met geraspte kaas. Bak 30 minuten tot je een mooie goudbruine korst hebt.

Suggestie

Geef een vakantiesfeer aan je bereiding door na het koken van het vlees drie van de volgende specerijen toe te voegen: kurkuma, komijn, kardemom, korianderpoeder, kaneel, gerookte chili... En een vleugje frisheid met koriander, bieslook, peterselie (plat)...

Voedingswaarde per portie (voor 5 porties)

Energie	327 kcal / 1366 kJ
Vetten	11,7 g
Verzadigde vetzuren	5,2 g
Koolhydraten	24,5 g
Suikers	5,1 g
Eiwitten	26,5 g
Vezels	11,6 g

> Voedingswaarde

Een klassieke soep bevat vaak bijna geen vezels, maar hier gebeurt het tegenovergestelde: een vezelrijke

bereiding met een goede verdeling tussen dierlijke en plantaardige eiwitten.



Michael van den Heuvel



Cyril Tordeur



Caroline Van De Heyning



Margo Vandenheede



Robin Van Lerberghe



Stéphane Moniotte



Jean-Benoît Le Polain de Waroux



Sven Van Laer

Uw steun voor onderzoek in 2025

Hart- en vaatziekten, de belangrijkste doodsoorzaak in ons land, vereisen voortzetting van onderzoek, zowel fundamenteel als klinisch, in de medisch-chirurgische cardiologie.

| Eliane FOURRÉ, coordinatrice

Dankzij uw steun kan ons fonds onderzoek financieren en nieuwe projecten promoten, kleine teams ondersteunen die onafhankelijk, origineel en gedurfd onderzoek doen, ... en doctoraatsbeurzen, geavanceerde onderzoeksapparatuur en de operationele kosten van universiteitslaboratoria subsidiëren.

In concrete termen heeft uw fonds in 2025 in totaal **367.290 € geïnvesteerd in 24 onderzoeksprojecten** (dat wil zeggen een gemiddeld budget van €15.303) die zorgvuldig werden geselecteerd door de interuniversitaire wetenschappelijke raad.

Onderzoekers werken dagelijks aan het verbeteren van de zorg voor hartpatiënten. Hun onderstaande projecten worden besproken in *Ons Hart* en richten zich op:

- Neutralisatie van heparine bij hartchirurgie (Dr M. Vandenheuve - UZ Gent)
- Behandeling van mitralisklepprolaps (Dr. C. Van De Heyning - UZA);
- Cardiovasculaire aanpassing bij gewichtloosheid (Dr. C. Tordeur - ULB);

- de biomechanica van de tricuspidalklep bij rechterhartfalen (Margo Vandenheede, UGent);
- de rol van autophagie bij AL-amyloïdose (Dr. R. Van Lerberghe - UZ Leuven);
- de oprichting van een nationaal register van aangeboren hartziekten (Dr. S. Moniotte - Cliniques UCL).
- hartresynchronisatie bij hartfalen (Dr. J-B Le Polain de Waroux - AZ Sint-Jan Brugge)
- boezemfibrilleren en mitralisinsufficiëntie (Dr. S. Van Laer, UZA);

Deze projecten vormen slechts een deel van de projecten die momenteel door het Fonds worden ondersteund, aangezien het grootste deel van onze financiering over 3 tot 4 jaar wordt verspreid.

Om duurzame ondersteuning te stimuleren, werken we ook aan **het benadrukken van de uitdagingen en vooruitgang in cardiovasculair onderzoek**. Dit vereist een rigoureuze en gerichte communicatiestrategie. In het bijzonder draagt de versterking van onze samenwerkingen met de populaire wetenschapsmedia,

DailyScience.be en met het gezondheids- en voedingsagentschap Karott' hieraan bij.

.....

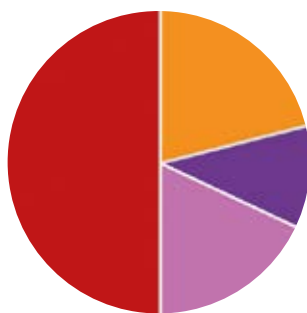
"We zijn het Fonds zeer dankbaar voor het erkennen van de klinische relevantie van ons werk. Als onze hypothesen worden bevestigd, zullen ze de weg vrijmaken voor veel onderzoek, met een aanzienlijke impact op de behandeling van patiënten met boezemfibrilleren en mitralisklepinsufficiëntie."

Sven Van Laer, UZ Antwerpen

.....

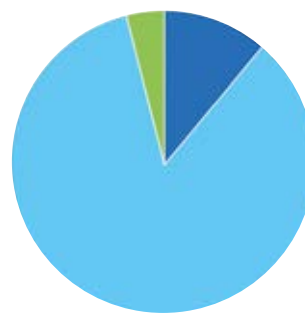
De opname van de Jacqueline Bernheim Prijs in de Para-Academische Prijzen van de Koninklijke Academie van Geneeskunde van België heeft ook het prestige van onze prijs vergroot, waarvan de 27e editie werd toegekend aan Jeroen Dauw (foto volgende pagina) voor zijn veelbelovende onderzoekswerk aan de Universiteit Hasselt et de ZOL Genk. Zijn scriptie richtte zich op acetaloamide bij hartfalen. Onze podcast "Harslag. Elke slag telt" wijdt een van zijn afleveringen

Samenvatting van de uitgaven en ontvangsten 2025



Kosten 2025

- Steun aan onderzoek **50%**
- Fondswervingen **21%**
- Preventie/informatie **11%**
- Administratie **18%**



Inkomsten 2025

- Legaten **85%**
- Financiële inkomsten **4%**
- Giften **11%**



Dr. Jeroen DAUW tijdens de prijsuitreiking. Links ervan bevindt zich het portret van Jacqueline Bernheim (1938 – 1943), wiens nagedachtenis wordt voortgezet door de prijs.



Scan deze QR-code om de samenvattingstabel van de balans van de non-profitorganisatie te bekijken.

eraan en benadrukt de concrete voordelen voor patiënten.

Voor ethische fondswerving

Onze oproepen tot de vrijgevigheid van het publiek sluiten aan bij de waarden van authenticiteit en transparantie die worden gepromoot door de vzw *Ethische Fondswerving*.

Financiële transparantie

Elk jaar publiceren we een samenvattende tabel van de balans op de website van de non-profitorganisatie, die ook op aanvraag beschikbaar is. Onze website heeft ook een gedetailleerd impactrapport. De uitgaven van het fonds dragen bij aan het maatschappelijke doel. Het grootste deel van de inkomsten komt uit legaten. Deze waarborgen de duurzaamheid van haar handelen ten gunste van onderzoek. Het Fonds ontvangt geen operationele subsidie.

Fiscaal voordeel

Het fonds is goedgekeurd door de FOD Financiën en Belspo (Federaal Wetenschapsbeleid) om medisch onderzoek te financieren, dus uw vrijgevigheid is fiscaal aftrekbaar. Wanneer het bedrag van uw cumulatieve donaties gedurende het jaar €40 bereikt of overschrijdt, profiteert u van een belastingverlaging.

Het certificaat met betrekking tot uw geschenken wordt door ons in maart van het volgende jaar naar u gestuurd. Bij het indienen van de lijst van personen die kunnen profiteren van een belastingcertificaat bij Belcotax vanwege hun donatie aan onderzoek, moet onze non-profitorganisatie **het identificatienummer van het nationale register van haar donateurs vermelden. Volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming delen we deze cijfers nooit met derden.**

.....
"De financiële steun van het Fonds is van cruciaal belang voor onderzoek, vooral in de context van een sterke vermindering van subsidies van andere instanties."

Stéphanie Pochet, ULB

.....
EEN ENORME DANK aan alle trouwe donateurs die zich inzetten voor vooruitgang in cardiovasculaire geneeskunde! ■



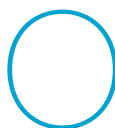
Ethiek, transparantie, goed bestuur
Jouw gift, ons engagement
 ethische-fondswerving.be



Het onderzoek kan niet zonder U!

Sinds haar oprichting in 1980 was de eerste activiteit van het Fonds voor Hartchirurgie de steun aan het onderzoek ter verbetering van de kennis en de behandeling van aangeboren hartafwijkingen, verworven kransslagaderaandoeningen, klepaandoeningen, hartritmestoornissen en hartfalen.... Ondanks grote vooruitgang blijft er toch nog veel te doen.

Artsen en onderzoekers staan voor nieuwe uitdagingen, die voortdurend vragen om aanzienlijke middelen en ruime steun aan het Fonds. Op onze nieuwe website vindt U een overzicht van veelbelovende wetenschappelijke onderzoeksprojecten, onder leiding van de meest vooraanstaande onderzoekers van ons land en gefinancierd dankzij uw giften!



om bij te dragen aan de vooruitgang van cardiovasculair onderzoek, zijn er verschillende mogelijkheden:

Een gift doen: eenmalig of permanent op het bankrekeningnummer
BE15 3100 3335 2730
BIC: bbrubebb



Uw gift is fiscaal aftrekbaar. Donaties moeten minstens € 40 per kalenderjaar bedragen om in aanmerking te komen voor het fiscaal attest. Deze wordt u in maart van het volgende jaartoegestuurd. Certificaten voor donaties van rechtspersonen moeten het ondernemingsnummer (BCE) vermelden. Laat het ons weten.

Legaten: Ze stellen ons in staat ons onderzoekinspanningen te plannen.

Uw relais verhoogt de bekendheid van het Fonds en versterkt zijn actie. Associeer het Fonds met een belangrijke gebeurtenis in je leven : een verjaardag, een huwelijk, een geboorte, een overlijden, ... kan een gelegenheid zijn om voor te stellen dat de mensen om u heen een donatie doen aan het Fonds.

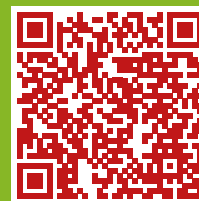
Relaties: Dankzij uw aanbevelingen verhoogt de uitstraling van ons Fonds en kunnen we onze acties uitbreiden.

Welke formule u ook kiest, wij zijn u uiterst dankbaar!



Iedereen kan op onze website een samenvatting raadplegen van het jaarverslag van de vzw (balans en winst- en verliesrekening)
www.fondsvoorhartchirurgie.be

of via de onderstaande QR-code:



Voor meer inlichtingen :
Tenbosstraat 11 - 1000 Brussel
02 644 35 44
info@hart-chirurgie-cardiaque.org