

Avondsymposium
Hartcentrum AZ Delta

FIRESIDE chats

S24

De aanpak van cardiovasculaire
aandoeningen in de eerstelijnszorg.



Hart
centrum
AZ Delta

Welkom bij “Vuurgesprekken” in cardiologie

In de geest van president Franklin D Roosevelt, die in tijden van crisis het Amerikaanse volk toesprak tijdens zijn legendarische “Fireside chats,” nodigen wij u uit voor een uniek avondsymposium. Onder de titel “Vuurgesprekken in cardiologie” creëren we een ontmoetingsplaats voor huisartsen, verpleegkundigen en orgaanspecialisten met een gedeelde passie voor hartzorg.

Dit symposium is meer dan een bijeenkomst—het is een kans om te leren, te verbinden en samen de nieuwste inzichten en hulpmiddelen te ontdekken voor de preventie en aanpak van hartziekten. Gebaseerd op de meest recente bevindingen van het Europese Congres voor Cardiologie (ESC) dat in september 2024 doorging in Londen, delen we kennis die direct toepasbaar is in uw dagelijkse praktijk.

Prof. Dr. Luc Van Gaal zal u ongetwijfeld inspireren met een boeiende keynote over de revolutie in aanpak van overgewicht en cardiovasculair risico, gevolgd door krachtige flitspresentaties van onze eigen stafleden van het Hartcentrum AZ Delta. Samen zorgen we ervoor dat u niet alleen op de hoogte bent van de laatste ontwikkelingen, maar ook dat u uw patiënten met vertrouwen en deskundigheid kunt begeleiden. Onze focus ligt op praktische scenario's die herkenbaar zijn voor de eerste lijn, aangevuld met multidisciplinaire inzichten en debat om de vertaalslag van wetenschap naar praktijk te maken.

Dit symposium belichaamt onze kernwaarden: transparantie, het nastreven van de hoogst mogelijke zorgstandaard, en het delen van kennis in een klimaat van samenwerking en innovatie. We standaardiseren diagnostiek en therapie in lijn met internationale richtlijnen, en waar evidentie ontbreekt, laten we onze gezamenlijke ervaring spreken. Dit alles doen we in nauwe samenwerking met de eerste lijn, het ziekenhuismanagement en de medische industrie—want alleen samen kunnen we het verschil maken voor de patiënt, die het hart van onze missie vormt.

Onze jaarlijkse symposia zijn ontworpen als een platform voor inspiratie, kennisuitwisseling en het versterken van onze gezamenlijke strijd tegen hartziekten. Wij zijn u, als partner in deze missie, bijzonder dankbaar voor uw vertrouwen en samenwerking.

Wij kijken ernaar uit u te verwelkomen voor een avond vol inzicht, inspiratie en verbinding, in onze gezamenlijke zoektocht naar uitmuntendheid in hartzorg.

Met warme groeten,

Namens het hartteam van Hartcentrum AZ Delta
Dr. Karl Dujardin



Index – programma

18:30	Ontvangst + inleiding	Dr. Karl Dujardin	
19:00	Doorbraken in hartfunctie en hemodynamica voor de huisartsenpraktijk		P 4-7
	Inspanningsfysiologie voor de evaluatie van inspanningscapaciteit van de patiënt en de sporter	Dr. Victor Kamoen	5
	Hartfalen en cardiomyopathie: doorbraken in de medicamenteuze aanpak	Dr. Karl Dujardin	6
	Bloeddruk onder druk: de nieuwe ESC 2024 richtlijnen	Dr. Bernard Bergez	7
	Q&A		
19:30	Nieuwe perspectieven in coronaire ziekte voor de algemene praktijk		P 10-13
	Chronische coronaire ziekte: nieuwe wegen in de ESC 2024	Dr. Philip Muyldermans	11
	Lp(a): een kleine speler met grote gevolgen	Dr. Maarten Vanhaverbeke	12
	Vuur en vlam: ontsteking en colchicine bij hartziekte	Dr. Stefaan Van de Walle	13
	Q&A		
20:00	Nieuwe inzichten in ritmestoornissen en syncope voor de huisarts		P 16-19
	VKF in de praktijk: welke nieuwe inzichten in de ESC 2024 richtlijnen?	Dr. Kris Gillis	17
	Anamnese onder de loep: tips en trucs voor syncope	Dr. Peter Pollet	18
	Nieuwe horizon van antitrombotica: wat is de volgende stap?	Dr. Wim Anné	19
	Q&A		
	Sponsors		P 24

Doorbraken in hartfunctie en hemodynamica
voor de huisartsenpraktijk

Inspanningsfysiologie voor de evolutie van inspanningscapaciteit van de patiënt en de sporter



Dr. Victor Kamoen
Hartcentrum AZ Delta

Sport en beweging zijn belangrijke middelen ter preventie én behandeling van hart- en vaatziekten. Een inspanningsproef kan op cardiologisch vlak belangrijke informatie geven over onder meer ischemisch hartlijden, aritmie of symptomatisch hartkleplijden en zo verdere diagnostiek en therapie sturen. Ondanks huidige diagnostische mogelijkheden in de cardiologie blijven er soms uitdagingen in de besluitvorming, bijvoorbeeld bij onverklaarbare kortademigheid of twijfel over de bijdrage van bekend hartlijden aan de klachten van een patiënt.

In deze gevallen kan het nuttig zijn terug te grijpen naar de basisprincipes van de inspanningsfysiologie. Bij Cardiopulmonary Exercise Testing (CPET) wordt een inspanningstest gecombineerd met gasanalyse (ergospirometrie), waarmee de samenwerking van hart, longen en spieren tijdens inspanning wordt geëvalueerd. De laatste jaren krijgt dergelijke stresstesting een steeds prominentere plaats in de internationale richtlijnen, enerzijds in de evaluatie en revalidatie van patiënten met hartziekten en anderzijds bij sporters voor een nauwkeurige analyse van de inspanningscapaciteit en trainingszones.

Een recente evolutie is de CPET-echo, waarbij de klassieke CPET-ergometrie wordt gecombineerd met een inspanningsechocardiografie op een ligfiets (TTE). De complexe en dynamische aard van de CPET-echo, die sinds enkele maanden ook in AZ Delta wordt uitgevoerd, maakt het mogelijk om preciezer te bepalen of er cardiale, pulmonale of perifere problemen de limiterende factor zijn. Dit onderzoek biedt waardevolle inzichten voor een nauwkeurige diagnose en gepersonaliseerde behandeling.

In lijn met deze internationale evolutie zet AZ Delta toenemend in op het gebruik van inspanningsfysiologie voor betere diagnostiek van hart en bloedvaten, van hartpatiënt tot sporter.



Dr. Karl Dujardin
Hartcentrum AZ Delta

Hartfalen en cardiomyopathie: doorbraken in de medicamenteuze therapie

Innovaties in 2024 brengen nieuwe perspectieven voor hartfalen (HF) en cardiomyopathie. Er zijn hoopvolle behandelingen beschikbaar gekomen die de prognose en levenskwaliteit van patiënten met HF aanzienlijk verbeteren.

Cardiale amyloidose (CA) wordt steeds vaker herkend als oorzaak van hartfalen bij bejaarde patiënten. De FDA keurde acoramidis (Beyontra) goed als transthyretine-stabilisator, en dit middel zal binnenkort in de Belgische context beschikbaar zijn als alternatief voor tafamidis (Vyndaqel). De HELIOS-B-studie toonde ook veelbelovende resultaten met vultisiran (anti-RNA) op de prognose van CA.

Comorbiditeiten bij HF spelen een belangrijke rol in de behandeling van hartfalen. Semaglutide (Wegovy) werd recentelijk goedgekeurd voor de behandeling van obese patiënten met HF met verminderde en bewaarde ejectiefraction (EF). Tirzepatide (Mounjaro) was geassocieerd met 30% minder ziekenhuisopnames en sterfte bij obese patiënten met HF en bewaarde EF. Bij ijzertekort bij HF met verminderde EF wordt IV-ijzertherapie vanaf heden aanbevolen, vooral op basis van de ijzersaturatie onder 20%, eerder dan de absolute ferritinewaarde.

Finerenone (Kerendia) bleek in de FINEARTS HF-studie erg voordelig voor patiënten met HF en bewaarde EF. Sotagliflozine wordt, naast empagliflozine en dapagliflozine, ook aanbevolen als SGLT2i voor HF-behandeling. Sinds september 2024 wordt mavacamten terugbetaald voor de behandeling van symptomatische patiënten met hypertrofe obstructieve cardiomyopathie. Dit betekent een nieuwe mijlpaal in het beleid van deze patiënten.

Nieuwe ACC-richtlijnen voor HF raden snelle, optimale dosering van de vier kernmedicaties aan, met een voorkeur voor sacubitril/valsartan boven ACEi-remmers/ARB. Ook wordt een geregelde herbeoordeling met biomarkers en beeldvorming aanbevolen voor therapie-aanpassing, een gecoördineerde multidisciplinaire aanpak van complexe gevallen, en palliatieve zorg bij gevorderd HF, hoogbejaarde en kwetsbare patiënten.



Dr. Bernard Bergez
Hartcentrum AZ Delta

Bloeddruk onder druk: De nieuwe ESC 2024-richtlijnen

De nieuwe ESC-richtlijn voor bloeddrukbeheer introduceert belangrijke aanpassingen. Er wordt niet langer gesproken van enkel 'arteriële hypertensie', maar van 'verhoogde bloeddruk' en 'hypertensie'. Deze verandering erkent dat het risico op cardiovasculaire aandoeningen door bloeddruk een continuüm is en geen binaire keuze tussen normale en hoge bloeddruk.

Nieuw onderzoek toont dat bloeddrukverlagende medicijnen nuttig zijn voor mensen met een verhoogd cardiovasculair risico, zelfs als hun bloeddruk niet aan de klassieke hypertensiedrempels voldoet. Een nieuwe bloeddrukcategorie, 'verhoogde bloeddruk', wordt gedefinieerd als een systolische bloeddruk van 120-139 mmHg of een diastolische bloeddruk van 70-89 mmHg. Hypertensie blijft zoals voorheen gedefinieerd bij een systolische bloeddruk van 140 mmHg of hoger, of een diastolische bloeddruk van 90 mmHg of hoger.

Een belangrijke verandering is de aanbeveling om bij patiënten die antihypertensiva gebruiken, een streefwaarde van 120-129 mmHg voor de systolische bloeddruk aan te houden. Onderzoek suggereert dat dit streefniveau het risico op cardiovasculaire aandoeningen het beste vermindert. Indien dit niet haalbaar is door bijwerkingen, moet de bloeddruk binnen redelijke grenzen zo laag mogelijk worden gehouden. Bij mensen met een 'verhoogde bloeddruk' wordt eerst een leefstijlaanpassing aanbevolen gedurende drie maanden. Indien de bloeddruk daarna niet voldoende is verlaagd en er een verhoogd cardiovasculair risico bestaat, kan medicatie worden voorgeschreven.

Verder legt de richtlijn nadruk op aanpassingen van de behandeling voor ouderen. Bij niet-kwetsbare ouderen tot 85 jaar gelden dezelfde richtlijnen als voor jongere patiënten, mits de behandeling goed verdragen wordt.



Nieuwe perspectieven in coronaire ziekte voor de algemene praktijk

Vuorgesprekken sessie 2

Chronische coronaire ziekte: nieuwe wegen in de ESC 2024



Dr. Philip Muyldermans
Hartcentrum AZ Delta

De eerste belangrijke wijziging in de ESC-richtlijnen voor chronische coronaire syndromen (CCS) is de definitie ervan. Deze verschuift van het eenvoudige concept van induceerbare myocardiischemie veroorzaakt door een focale atherosclerotische stenose van een kransslagader naar een complexer en dynamischer model van structurele of functionele afwijkingen in zowel de macro- als microvasculaire compartimenten van de coronaire boom.

In de richtlijnen van 2024 wordt een stapsgewijze aanpak voor het behandelen van vermoedelijke CCS aanbevolen.

- STAP 1** bestaat uit een algemene klinische evaluatie om de symptomen van de patiënt te onderscheiden van niet-cardiale oorzaken van pijn op de borst en om een acuut coronair syndroom uit te sluiten.
- STAP 2** betreft een onderzoek door een hartspecialist, inclusief een echocardiografie om linkerventrikeldisfunctie en hartklepaandoeningen uit te sluiten. Een nieuwe klasse I-aanbeveling is het inschatten van de waarschijnlijkheid van obstructieve coronaire hartziekte (CAD) met behulp van het risicofactorgewogen klinisch waarschijnlijkheidsmodel.
- STAP 3** omvat testen om de CCS-diagnose vast te stellen en het risico van de patiënt op toekomstige gebeurtenissen te bepalen. Hierbij blijft coronaire computertomografie-angiografie (CCTA) een belangrijke rol spelen, naast meer functionele testen zoals stress-echocardiografie, positronemissietomografie en cardiale magnetische resonantieperfusiebeeldvorming, indien beschikbaar.
- Invasieve coronaire angiografie (ICA) wordt aanbevolen voor het diagnosticeren van obstructieve CAD bij personen met een hoge ziektekans vóór of na de test. Hierbij dient vaak de functionele ernst van 'tussenliggende' stenosen geëvalueerd te worden door middel van invasieve functionele tests, zoals de fractionele flowreserve.
- STAP 4** beschrijft alle aanbevelingen omtrent de behandeling: levensstijl, medicatie en coronaire revascularisatie. Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en arts is van cruciaal belang bij het bepalen van het juiste therapeutische traject.

Er is speciale aandacht voor angina pectoris en ischemie met niet-obstructieve kransslagaders (ANOCA/INOCA), vanwege de hoge prevalentie. Voor symptomatische patiënten die niet reageren op medicatie wordt aanbevolen om invasieve functionele tests te ondergaan om de behandeling verder te optimaliseren.



Dr. Maarten Vanhaverbeke
Hartcentrum AZ Delta

Lp(a): een kleine speler met grote gevolgen

Lipoproteïne(a) is een LDL-achtig, zeer atherogeen partikel dat sterk geassocieerd is met het risico op hart- en vaatziekten (coronair lijden, CVA en aortaklepstenose). Het is stabiel in de bloedcirculatie en grotendeels onafhankelijk van de leeftijd en het moment van bloedafname.

Het is daarom nuttig om bij bepaalde patiëntengroepen eenmalig het Lp(a) te bepalen. De waarden worden bij voorkeur uitgedrukt in nmol/L, en het gehalte aan Lp(a) volgt een normale verdeling in de bevolking. Hoewel er geen exacte cut-offwaarde is waarbij het risico op hart- en vaatziekten plots toeneemt, probeert men in klinische studies toch bepaalde drempelwaardes te identificeren en definiëren:

- In primaire preventie ziet men bij waarden >250 nmol/L een statistisch significant verhoogd risico op cardiovasculaire events (x2). Waarden tussen 150-250 nmol/L bevinden zich in de grijze zone en zijn nuttig om patiënten met intermediair cardiovasculair risico te herclassificeren naar een hogere risicocategorie. Waarden boven 400 nmol/L zijn alarmerend (vergelijkbaar met familiale hypercholesterolemie).
- In secundaire preventie worden waarden >150 nmol/L als significant afwijkend beschouwd.

Specifieke behandelingen van verhoogd Lp(a) bevinden zich momenteel in fase 2 en 3 van klinische studies. Het is voorlopig nog onduidelijk of het verlagen van Lp(a) het risico op cardiovasculaire events verlaagt. Klassieke cholesterolverlagende medicatie zoals statines verlagen het Lp(a) niet. Alleen de PCSK9-inhibitoren hebben een beperkt verlagend effect op Lp(a), maar worden niet vergoed voor deze indicatie.



Dr. Stefaan Van de Walle
Hartcentrum AZ Delta

Vuur en vlam: ontsteking en colchicine bij hartziekte

Op fysiopathologisch vlak speelt inflammatie een belangrijke rol in het ontstaan van atherosclerose en plaque-ruptuur. De hypothese dat het afremmen van inflammatie cardiovasculaire events kan beïnvloeden werd bewezen met de CANTOS-studie (Canakinumab Anti-inflammatory Thrombosis Outcome Study). Canakinumab, een monoklonaal antilichaam tegen interleukine-1 β , verminderde een gecombineerd eindpunt van cardiovasculaire dood, niet-fatale hartinfarcten (MI), en niet-fatale CVA's met 14%. Omwille van de hoge kostprijs en het verhoogde risico op fatale infecties werd de behandeling echter niet verder ontwikkeld voor deze indicatie.

Het alkaloïde colchicine is ruim beschikbaar en wordt al lang als anti-inflammatoir middel gebruikt, onder meer bij jicht, pericarditis en familiale mediterrane koorts. Colchicine remt meerdere inflammatoire cascades via tubulinedisruptie.

Twee studies, COLCOT (Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial) en LODOCO2 (Low-Dose Colchicine 2), hebben lage dosis colchine, 0,5 mg per dag, getest ten opzichte van placebo bij telkens ongeveer 5000 patiënten en een daling van cardiovasculaire eindpunten vastgesteld van 23 tot 31%. Bij COLCOT ging het om patiënten met recent MI (< 30 dagen), bij LODOCO2 betrof het stabiele patiënten. De totale mortaliteit bleek niet significant verschillend, maar was in LODOCO2 wel numeriek hoger. Wat betreft bijwerkingen bleek diarree niet statistisch significant verschillend. Er was een laag maar verhoogd risico op pneumonie bij het gebruik van colchicine (0,9 vs 0,4%).

Een meta-analyse met 12000 patiënten met coronaire ziekte vond een relatief risico van 0,76 voor MI, 0,48 voor CVA en 0,61 voor dringende revascularisatie, zonder effect op cardiovasculaire of totale mortaliteit. Er bleken geen belangrijke gastro-intestinale bijwerkingen bij een dosis van 0,5 mg per dag.

In de 2024 ESC (Guidelines for the Management of Chronic Coronary Syndromes) heeft een lage dosis colchine, 0,5 mg dagdagelijks, daarom een IIA-aanbeveling gekregen met evidentiegraad A. Het moet dus overwogen worden ter preventie van myocardinfarct, CVA en nood aan revascularisatie.



Nieuwe inzichten in ritmestoornissen en syncope voor de huisarts

Vuorgesprekken sessie 3

VKF in de praktijk: welke nieuwe inzichten in de ESC 2024-richtlijnen?



Dr. Kris Gillis
Hartcentrum AZ Delta

In augustus werden op het jaarlijkse Europese Congres voor Cardiologie (ESC Congress 2024 in Londen) de nieuwe richtlijnen voor de behandeling van voorkamerfibrillatie voorgesteld. Op de voorgrond in deze richtlijnen staat het acronym 'AF-CARE'.

De "CARE" voor atriale fibrillatie of voorkamerfibrillatie wil in de eerste plaats de nadruk leggen op de behandeling van 'C'omorbiditeiten en risicofactoren die een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling en het in stand houden van VKF. Het betreft hier uiteraard een multidisciplinaire aanpak om VKF te voorkomen en, in de tweede plaats, de burden te verminderen. De 'A' in CARE staat dan weer voor "Avoid Stroke", aangezien het adequaat voorschrijven van anticoagulatie primordiaal is bij de behandeling van VKF. De CHA2DS2VASc-score werd daarom vereenvoudigd naar CHA2DS2VA-score, waarbij een score vanaf 2 een absolute indicatie is voor de opstart van anticoagulatie en bij risicofactor 1 de opstart ervan moeten worden overwogen. De derde letter in CARE staat voor 'R'educeren van symptomen door goede ritme- of ratecontrole. Bij paroxysmale VKF komt zo ablatie in deze nieuwe richtlijnen prominent naar voren als eerstelijnsbehandeling voor ritmecontrole, als evenwaardig alternatief voor anti-aritmica.

Tenslotte weten we ook dat de zorg voor patiënten met VKF hier niet stopt, maar dat voor deze patiënten een goede 'E'valuatie en opvolging met her-evaluatie noodzakelijk is.



Dr. Peter Pollet
Hartcentrum AZ Delta

Anamnese onder de loep: tips en trics voor syncope.

Syncope, gedefinieerd als voorbijgaand bewustzijnsverlies, is een vaak voorkomend probleem met een reeks mogelijke oorzaken, gaande van vaak banaal tot eerder zeldzaam en levensbedreigend. Het ontrafelen van de juiste etiologie van syncope is dus van cruciaal belang, maar niet altijd eenvoudig.

Hoewel we anno 2024 over een uitgebreid scala aan diagnostische en therapeutische middelen beschikken, blijft een goede anamnese de spreekwoordelijke hoeksteen om te achterhalen welke van die middelen we aanwenden bij de patiënt die zich met syncope presenteert. Enerzijds bestaat immers het risico op overonderzoek bij bijvoorbeeld onschuldige vasovagale syncopes, anderzijds mogen we gevaarlijke vormen van syncope niet missen.

Laat deze 'Fireside chats' dan ook een warme oproep zijn om voor de patiënt met syncope de tijd te nemen voor een grondige anamnese, waarbij enkele tips en tricks altijd meegenomen zijn. Ze zullen ons helpen ons doel te bereiken: de juiste behandeling voor de juiste diagnose bij de zeer diverse groep van patiënten met syncope.



Dr. Wim Anné
Hartcentrum AZ Delta

Nieuwe horizon van antitrombotica: Wat is de volgende stap?

Antitrombotica spelen een essentiële rol bij het voorkomen van kleptromboses bij mechanische hartkleppen, het voorkomen van beroertes bij patiënten met voorkamerfibrillatie en zijn essentieel in de preventie en behandeling van diepe veneuze trombose en longembolen.

Toch brengt het gebruik van antitrombotica een prijs met zich mee: zowel de klassieke vitamine K-antagonisten (VKA) als de direct werkende orale anticoagulantia (DOAC) vergroten het risico op bloedingen. DOAC's veroorzaken jaarlijks bij 2 tot 3% van de gebruikers majeure bloedingen. Dit leidt ertoe dat deze middelen bij 20-30% van de patiënten onderbenut en ondergedoseerd blijven.

De 'heilige graal' van de antitrombotische therapie zou een behandeling zijn die ongewenste klontervorming voorkomt zonder de normale hemostase te sterk te verstoren.

Er is een nieuwe klasse moleculen in ontwikkeling: factor XI- en factor XIa-remmers. In tegenstelling tot VKA's en DOAC's, die inwerken op de common pathway van het stollingssysteem (factor X en factor II, waar de extrinsieke en intrinsieke stollingspaden samenkomen), richten deze nieuwe remmers zich alleen op het intrinsieke systeem. Zo kunnen zij onnodige trombine- en factor X-activatie tegengaan zonder de extrinsieke pathway – essentieel voor de hemostase bij wonden, zoals na een val – te beïnvloeden.

Momenteel worden drie vormen van factor XI-remmers onderzocht: antisense oligonucleotiden zoals fesomersen, monoklonale antilichamen zoals abelacimab en kleine moleculen zoals asundexian en milvexian. Deze onderzoeken bevinden zich in fase II en III. Een grote VKF-studie met asundexian (OCEANIC-AF) moest echter vroegtijdig stoppen vanwege een hogere incidentie van beroertes. Hoewel dit een tegenslag is, blijven andere onderzoeken naar factor XI-remmers doorgaan, en geen enkel andere lopende studie moest vroegtijdig worden gestopt.

De hoop blijft dat we in de toekomst trombosevorming kunnen scheiden van de hemostase, zodat het risico op bloedingen bij het gebruik van antitrombotica verder kan worden verminderd.





©Jonas Lampens

Next event

Nieuwjaarssymposium Hartcentrum AZ Delta

RADar – AZ Delta, Campus Rumbke

23.01.2025

Koen Dejonckheere

Voorzitter raad van bestuur AZ Delta
CEO Gimv

Onze wereld in beweging

Koen Dejonckheere over economie, gezondheid en de gevolgen van de Amerikaanse verkiezingen.

Wat als Winston Churchill, Hercule Poirot en Laurel & Hardy samen een visie zouden delen? Dat zou je een unieke mix van strategische visie, scherpe analyse en humor noemen – het recept van Koen Dejonckheere, met een blik op de mogelijke macro-economische gevolgen van de Amerikaanse verkiezingen en het zorglandschap in 2025, beloven we een provocerende en inspirerende lezing die u niet mag missen.

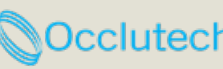
Met dit nieuwjaarssymposium steunen wij, met Hartcentrum AZ Delta sociale projecten van Stad en OCMW Roeselare.

Meer info & inschrijven via

ns25.hartcentrumazdelta.be



Onze sponsors

Avondsymposium namens

Hartcentrum AZ Delta

Dr. Willem-Jan Acou
Dr. Wim Anné
Dr. Bernard Bergez
Dr. Michel de Ceuninck
Dr. Erik de Worm
Dr. Erik Dhondt
Dr. Karl Dujardin
Dr. Kris Gillis
Dr. Rik Haspeslagh
Dr. Geert Hollanders
Dr. Victor Kamoën
Dr. Philip Muyldermans
Dr. Peter Pollet
Dr. Pascal Schroeyers
Dr. Francis Stammen
Dr. Stefaan Van de Walle
Dr. Maarten Vanhaverbeke

Contact

T 051 23 72 89
E secr.hartziekten@azdelta.be

www.cardiologie-azdelta.be



**Hart
centrum
AZ Delta**

