

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 12: Abdominale echografie

Vraag 12

Een 30-jarige vrouw presenteert zich op de spoedpoli met nieuw ontstane buikpijn, bolle ascitesbuik en icterus. In het huisartsenlab vindt u onder andere een verlengde stollingstijd, laag albumine, bilirubine van 4x de bovenlimiet. U vermoedt dat er sprake zou kunnen zijn van een Budd Chiari syndroom en voert, in afwachting van uitgebreider labonderzoek, zelf een abdominale echografie uit.

Welke van onderstaande bevindingen is kenmerkend voor een Budd Chiari syndroom?

- A. Multipele confluerende regeneratienoduli
- B. Trombose van de *a. hepatica communis*
- C. Trombose van de *vv. hepaticae*
- D. Trombose in de linker of rechter *v. portae* takken

Juiste antwoord:

C. Trombose van de *vv. hepaticae*

Literatuur: Bansal V; Budd Chiari syndrome: imaging review. Br J Radiol. 2018 Dec;91(1092):20180441. doi: 10.1259/bjr.20180441. Epub 2018 Jul 24

Commentaar aios 1:

- In de vraag via het programma zijn de essentiële voorvoegsels "a" en "vv" weggefallen. Uiteraard is bekend dat een Budd Chiari syndroom een veneus probleem is, maar het wordt lastig als juist deze aanduiding niet is toegevoegd. Derhalve graag deze vraag laten vervallen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Excuses voor het wegvallen van de *a* en *vv*, dit is inderdaad gebeurd bij het omzetten in het digitale toetssysteem. Hoewel hiermee de vraag lastig te interpreteren was, zijn de overige opties geen potentieel correcte antwoordopties. 80% van de aios beantwoordde de vraag correct, zodat het laten vervallen nadelig zou zijn voor de meerderheid van de aios.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 2: Inflammatoir Darmlijden (IBD) en niet-infectieuze afwijkingen

Vraag 14

Een 22-jarige Kaukasische man is bekend met M.Crohn, A2L2B1. U wilt hem voor het eerst gaan behandelen met een thiopurine.

Welke diagnostiek dient in dit geval te worden verricht voorafgaand aan het starten van deze specifieke medicatie?

- A. CMV serologie
- B. EBV serologie
- C. Hepatitis B serologie
- D. Quantiferon test

Juiste antwoord:

B. EBV serologie

Literatuur:

ECCO guideline, 2014. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease

ECCO guideline, 2015. European Evidence-based Consensus: Inflammatory Bowel Disease and Malignancies

Commentaar aios 1:

- In de gegeven literatuur (ECCO guideline, 2014. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease) wordt gezegd dat HBV "should be tested". Screening voor EBV kan overwogen worden (should be considered = meer nuance)

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

ECCO statement 5D in de guideline uit 2015 stelt dat "Given the risk of post-mononucleosis lymphoma, alternatives to thiopurine therapy should be considered in young male IBD patients who are EBV-seronegative". Om deze overweging te kunnen maken, is testen noodzakelijk. Hoewel de bewoordingen in de ECCO guideline uit 2014 subtieler zijn dan in de vraag geformuleerd, maakt de casus van een jonge man het testen op EBV o.i. geïndiceerd is bij deze patiënt alvorens een thiopurine te starten, om de afweging te kunnen maken en de risico's met patiënt te kunnen bespreken.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 1: MDL-Oncologie

Vraag 15

Een 50-jarige Chinese man bezoekt uw spreekuur. U zag eerder al zijn HBsAg(+) broer die in 2019 is geopereerd aan een HCC. De poli-bezoeker wil weten of behandeling van zijn HBV-infectie zinvol is. Laboratorium HBsAg(+), HBeAg(-), HBV-DNA 2000 IU/ml, ASAT 29 IU/l (normaal), ALAT 33 IU/l (normaal). Fibroscan F0-F1.

Moet hem nu behandeling met een nucleos(t)ide analoog worden geadviseerd?

- A. Ja, want zijn prognose verbetert bij goede virale suppressie
- B. Neen, want de serum transaminasen zijn niet verhoogd
- C. Neen, want hij heeft geen cirrose
- D. Neen, want zijn HBV-DNA is te laag

Juiste antwoord:

A. Ja, want zijn prognose verbetert bij goede virale suppressie

Literatuur: EASL CPG Hepatitis B Journal of Hepatology 2017 vol. 67:page 374.

Commentaar aios 1:

- O.b.v. richtsnoer HBV, welke gezien mag worden als leidraad voor HBV behandeling in Nederland klopt antwoord C (niet behandelen want geen cirrose), klopt antwoord D (niet behandelen van HBV is laag bij HbeAG negatieve patient met normaal ALT en geen sign. fibrose) en klopt antwoord B (alleen dit HBV DNA behandelen als fibrose / HbeAg+ / ALAT>ULN). Tevens zou hij wel recht hebben op behandeling o.b.v. de pos. Familieanamnese (maar dit is geen antwoord optie). Het juiste antwoord (A), vind ik overigens niet heel duidelijk omschreven. Geldt dit niet voor alle chronische HBV dat ze beter af zijn met goede virale suppressie? Maar we behandelen niet elke casus. Of wordt hier indirect bedoeld dat het dit in deze casus beter is omdat hij een pos. Familie anamnese heeft? In dat geval is het antwoord wel erg impliciet i.t.t. de andere 3 antwoordopties. Verzoek is de vraag te laten vervallen o.b.v. deze argumenten.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De indicatie om deze HBsAg-positieve Chinese man wel te behandelen met een nucleos(t)ide analoog is de positieve familie anamnese voor een HCC. Hierbij komt dat patiënt van Chinese afkomst is, wat het risico op het ontwikkelen van een HCC bij aanwezigheid van hepatitis B nog extra verhoogd. Met een behandeling van het hepatitis B virus wordt het risico op het ontwikkelen van een HCC verlaagd en daarmee de prognose van de patiënt verbeterd.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag 17

U wordt geconsulteerd door de gynaecoloog over een 34-jarige patiënte met jeuk. Patiënte is 31 weken zwanger van haar eerste kind. Het laboratoriumonderzoek toont een ASAT van 45 U/L, een ALAT van 84 U/L, een alkalisch fosfatase van 175 U/L en een gamma GT van 34 U/L, nuchtere galzuren van 15 $\mu\text{mol/L}$. Haar zus onderging een cholecystectomie op 22-jarige leeftijd in verband met galsteenlijden.

Wat is in dit geval de eerst aangewezen volgende stap?

- A. Genetisch onderzoek naar onderliggende mutatie
- B. Start cholestyramine
- C. Start ursodeoxycholzuur
- D. Uitsluiten onderliggende leverziekte

Juiste antwoord:

D. Uitsluiten onderliggende leverziekte

Literatuur: European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. J Hepatol. 2009;51(2):237-67

Commentaar aios 1:

- Via deze weg wil ik graag commentaar geven op vraag 17. De werkdiagnose is zwangerschapscholestase gezien de combinatie van jeuk en verhoogde galzure zouten in het derde trimester (ervan uitgaande dat de normaalwaarde $<10 \mu\text{mol/L}$ is). Gezien de hoge voorafkans is het te beargumenteren om te starten metursochol en om de diagnostiek naar andere oorzaken van de leverchemie afwijkingen parallel in te zetten (wat uiteraard nodig is om de diagnose volledig rond te krijgen).
 - o Bron: Westbroek et al. Journal of Hepatology 2016
- In de richtlijnlijn zwangerschapscholestase van de NVGO 2011 staat datursochol de eerste keuze is voor de behandeling van zwangerschapscholestase. Ik pleit voor het goedkeuren van beide antwoorden (huidige antwoordsleutel en start ursodeoxycholzuur).

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De eerste stap moet zijn het uitsluiten van een onderliggende leverziekte. Je wilt niet behandelen als er geen diagnose is gesteld en je wilt geen onderliggende leverziekte missen door er te snel van uit te gaan "dat het wel zwangerschapscholestase zal zijn". Vandaar dat dat de eerste stap moet zijn.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 1: MDL-Oncologie

Vraag 21

Een 62-jarige vrouw met een irresectabel pancreascarcinoom, momenteel in de palliatieve fase, meldt zich in verband met progressie van hevige pijnklachten in de bovenbuik. Zij gebruikt hoge doseringen lang- en kortwerkende opiaten, maar ervaart onvoldoende effect. Ook heeft zij veel last van obstipatie.

Wat is nu de meest zinvolle volgende stap in de pijnbehandeling bij deze patiënte?

- A. Plexus coeliacus-blokkade
- B. Plexus hypogastricus-blokkade
- C. Verandering van type lang- en kortwerkende opiaten
- D. Verder ophogen van de dosering langwerkende opiaten
- E. Verder ophogen van de dosering kortwerkende opiaten

Juiste antwoord:

A. Plexus-coeliacusblokkade

Literatuur: <https://www.pallialine.nl/pijn-bij-patienten-met-kanker>, 2019. De Richtlijn "Pijn bij patiënten met kanker" adviseert bij patiënten met bovenbuikpijn ten gevolge van een maligniteit een plexus coeliacusblokkade te verrichten, met name ter vermindering van opioïdgebruik.

Commentaar aios 1:

- Naar mijn mening kan het antwoord "verandering van type lang-/kortwerkende opiaten" niet fout gekeurd worden. Ik heb altijd geleerd dat je als eerste stap opioïd rotatie moet doen. In de vraag wordt ook geen informatie gegeven over hoogte van dosering en type opiaten. Dus een rotatie van middelen kan hier zeker nog een goede optie zijn voor je over gaat tot plexus coeliacus blokkade, wat een goede optie daarna is. Als ik de bron met het stroomschema naloop kom ik tot dezelfde conclusie en staat opioïd rotatie duidelijk benoemd als optie.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In dit specifieke geval is er een effectieve manier beschikbaar om de pijn bij pancreascarcinoom adequaat te bestrijden, daar waar dit met hoge doseringen opiaten in deze patiënt niet lukt. Indien dit alternatief niet voorhanden zou zijn, was roteren van opiaten een optie. In dit specifieke geval heeft een plexus coeliacusblokkade echter de voorkeur.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 3: MDL-infecties (Infecties van de tractus digestivus)

Vraag 25

Een 33-jarige man meldt zich op uw spreekuur met sinds één week bestaande klachten van loze aandrang en kleine hoeveelheden bloedverlies per anum. Anamnestic komt naar voren dat patiënt in de afgelopen periode meermaals onbeschermd seksuele contacten heeft gehad met andere mannen. Bij lichamelijk onderzoek ziet u peri-anaal geen ulceratieve afwijkingen. U denkt aan een proctitis met een infectieuze origine. U vraagt in ieder geval aanvullend bloedonderzoek aan naar HIV, hepatitis C en syfilis.

Wat is in dit geval de beste verdere aanpak?

- A. Anale swab voor NAAT (nucleic acid amplification test) op *Neisseria gonorrhoe* en *Chlamydia trachomatis* en vervolgens direct behandeling starten van beide verwekkers
- B. Anale swab voor NAAT (nucleic acid amplification test) op *Neisseria gonorrhoe* en *Chlamydia trachomatis* en Herpes Simplex virus
- C. Bloedafname voor serologisch onderzoek op *Neisseria gonorrhoe* en *Chlamydia trachomatis* en vervolgens direct behandeling starten van beide verwekkers
- D. Bloedafname voor serologisch onderzoek op *Neisseria gonorrhoe* en *Chlamydia trachomatis* en Herpes Simplex virus

Juiste antwoord:

A. Anale swab voor NAAT (nucleic acid amplification test) op *Neisseria gonorrhoe* en *Chlamydia trachomatis* en vervolgens direct behandeling starten van beide verwekkers

Literatuur: Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen, 2018 (Update 2019)

Commentaar aios 1:

- In de aangehaalde richtlijn staat niet dat er direct gestart moet worden met de behandeling van een dan nog niet aangetoonde SOA. Herpes lijkt minder waarschijnlijk op basis van het lichamelijk onderzoek, maar naar mijn mening staat het goede antwoord (uitslag van de NAAT afwachten) er niet tussen. Ik pleit dan ook voor het schrappen van de vraag.

Commentaar aios 2:

- Naar mijn mening zou het niet fout zijn om de anale swabs gonorrhoe/chlamydia af te nemen en deze af te wachten alvorens te starten met behandeling. In de richtlijn vind ik terug:
 - o Bij grote kans op gonorrhoe (bij purulente afscheiding, contact met patiënt met bewezen gonorrhoe): ceftriaxon 500 mg i.m., eenmalig; in afwachting van definitieve NAAT-onderbouwde (Ct/Ng) resultaten.
- Nu zou het anamnestic natuurlijk goed kunnen (risicogedrag, MSM), echter er wordt geen purulente afscheiding beschreven en geen contact met bewezen patient.
- En verder: Geadviseerd wordt om behandeling te starten als een van de onderstaande diagnostische testen positief is: een positieve amplificatietest (NAAT);

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

- En: Behandeling kan eveneens worden gestart na afname van materiaal voor diagnostiek bij: syndroommanagement (behandeling instellen op basis van klachten).
- Dit laatste in overweging genomen zou je inderdaad direct "kunnen" starten, maar geen zeer dringend advies en in klinische praktijk denk ik dat het ook te verantwoorden is om uitslag swab af te wachten alvorens te behandelen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de richtlijn waarnaar verwezen wordt staat inderdaad genoemd dat bij een bewezen infectie met gonorrhoe of chlamydia er een behandelindicatie bestaat, uiteraard. Daarnaast staat genoemd dat behandeling gericht op gonorrhoe eveneens gestart kan worden na afname van materiaal voor diagnostiek i.h.k.v. syndroommanagement. De kans dat in dit geval sprake is van een gonorrhoe danwel chlamydia infect is zeer groot en behandeling zou derhalve gestart kunnen worden direct na diagnostiek. Het klopt dat er in de richtlijn niet expliciet genoemd wordt dat behandeling gestart moet worden of dat het afwachten van de diagnostiek fout is. Echter, antwoord B, inclusief diagnostiek naar HSV wordt niet goed gerekend omdat er geen ulcera zichtbaar zijn bij lichamelijk onderzoek.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag 29

Een 55-jarige patiënte komt op uw spreekuur met klachten van vermoeidheid en jeuk. Het laboratorium onderzoek toont een ASAT van 65 U/L, een ALAT van 75 U/L, een alkalisch fosfatase van 335 U/L en een gamma GT van 175 U/L. Aanvullend immunologisch onderzoek toont positieve anti-mitochondriële antistoffen (AMA).

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Afname van een leverbiopsie
- B. Start ursodeoxycholzuur 13-15mg/kg
- C. Start ursodeoxycholzuur 13-15mg/kg en budesonide 9mg/dag.
- D. Start ursodeoxycholzuur 13-15mg/kg en bezafibraat 400mg/dag

Juiste antwoord:

B. Start ursodeoxycholzuur 13-15mg/kg

Literatuur: European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. J Hepatol 2017;67:145-72. (EASL CPG 2009 en 2017)

Commentaar aios 1:

- Beste commissie. In de aangehaalde richtlijn staat "EASL recommends that in adult patients with cholestasis and no likelihood of systemic disease, a diagnosis of PBC can be made based on elevated ALP and the presence of AMA at a titre [1:40]". In de vraag staat niet vermeld hoe hoog de AMA titer is. Als deze lager is dan [1:40], dan zou een leverbiopt en verdere diagnostiek gerechtvaardigd kunnen zijn. Gezien deze essentiële informatie ontbreekt zou ik ervoor willen pleiten om de vraag te laten vervallen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Hoewel de hoogte van de titer niet gegeven is, mag ervan uit gegaan worden op basis van gegevens in de vraag dat het een relevante positieve titer betreft.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 2: Inflammatoir Darmlijden (IBD) en niet-infectieuze afwijkingen

Vraag 32

Een 23-jarige patiënte met een actieve pancolitis ulcerosa, onder behandeling met dagelijks 4 gram mesalazine, geeft aan last te hebben van vermoeidheid. U besluit naast het starten van remissie-inductietherapie ook laboratoriumonderzoek te verrichten, waaronder een ferritine-bepaling.

Onder welke waarde van het ferritine bestaat er bij deze patiënte een indicatie voor ijzersuppletie?

- A. 20 µg/L
- B. 50 µg / L
- C. 100 µg/L
- D. 150 µg/L

Juiste antwoord:

C. 100 µg/L

Literatuur: ECCO consensus guideline, 2015. European Consensus on the Diagnosis and Management of Iron Deficiency and Anaemia in Inflammatory Bowel Diseases

Commentaar aios 1:

- De vraag is dusdanig geformuleerd dat de antwoorden 20, 50 en 100 allen goed zijn.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Hoewel de vraag wellicht beter geformuleerd had kunnen worden, was voor de meeste aios duidelijk was bedoeld werd, namelijk de grens waaronder ijzersuppletie geïndiceerd is.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntproblematiek

Vraag 41

Bij een 24-jarige man met dysfagie wordt een high resolution manometrie van de oesofagus verricht. De uitslag luidt: EGJ outflow obstruction. Een eerdere gastroscopie inclusief oesofagusbiopsie toonde geen afwijkingen. Voorgeschiedenis is blanco.

Wat is nu de eerstvolgende stap in de diagnostiek?

- A. 24-uurs pH metrie
- B. Barium oesofagram
- C. CT-thorax/bovenbuik
- D. Endo-echografie

Juiste antwoord:

B. Barium oesofagram

Literatuur: UEG Guideline 2020

ACG Guideline Achalasia 2020

Beveridge C, Lynch, K. Diagnosis and Management of Esophagogastric Junction Outflow Obstruction. Gastroenterology & Hepatology. March 2020 - Volume 16, Issue 3

Commentaar aios 1:

- In de Chicago classificatie voor oesofageale motiliteitstoornissen uit 2015 staat onderstaande. Hoewel de leeftijd van patiënt de kans op een maligniteit erg klein maakt, maakt de Chicago classificatie geen onderscheid in leeftijd als het gaat om het maken van een CT of het uitvoeren van een endo-echo. Daarom pleit ik ervoor om ook CT en endo-echo goed te rekenen.
- "Finally, EGJ outflow obstruction is defined by an elevated median IRP with some instances of intact or weak peristalsis such that the criteria of achalasia are not met. This has several potential etiologies including incompletely expressed achalasia, early achalasia, esophageal wall stiffness consequent from an infiltrative disease or cancer, vascular obstruction of the distal esophagus, or a manifestation of a sliding or paraesophageal hiatal hernia. Hence this finding should prompt further investigation such as with endoscopic ultrasound or CT to clarify its etiology."

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De kans op een maligniteit, na een negatieve gastroscopie, bij een 24-jarige patiënt is dermate klein dat dit wel degelijk invloed heeft op de vervolgstap. In dit geval geeft de leeftijd van de patiënt dus de doorslag voor het te volgen beleid. Bij een oudere patiënt was een CT scan of EUS wel aangewezen geweest.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag 50

Een 75-jarige man met COPD GOLD klasse 2, status na een TIA en beginnende Parkinson, die ascal 80 mg en hydrochloortiazide 12,5 mg gebruikt, staat gepland voor een ERCP in verband met een concrement van 8 mm in de ductus choledochus, vastgesteld op een echo abdomen. Hij heeft geen koorts. Zijn nierfunctie is normaal.

U wordt gebeld door de verpleegkundige van de kortverblijf afdeling – waar deze patiënt voor een dagopname opgenomen is – of ze een INR moet controleren, antibiotica moet geven en of patiënt een diclofenac zetpil 100mg moet krijgen.

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Geen INR controle, geen diclofenac zetpil, geen antibiotica
- B. Geen INR controle, geen diclofenac zetpil, wel antibiotica
- C. Geen INR controle, wel diclofenac zetpil, wel antibiotica
- D. Geen INR controle, wel diclofenac zetpil, geen antibiotica
- E. Wel INR controle, geen diclofenac zetpil, geen antibiotica
- F. Wel INR controle, geen diclofenac zetpil, wel antibiotica
- G. Wel INR controle, wel diclofenac zetpil, wel antibiotica
- H. Wel INR controle, wel diclofenac zetpil, geen antibiotica

Juiste antwoord:

- D. Geen INR controle, wel diclofenac zetpil, geen antibiotica**

Literatuur: Dumanceau Jean marc et. Al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy 2020; 52:127-149

Commentaar aios 1:

- Ik interpreteerde de vraag als volgt: de verpleegkundige vraagt wat er op haar dagbehandeling moet gebeuren. Diclofenac zetpil wordt toegediend op de ERCP kamer. Daarom heb ik dus als antwoord gezet om geen diclofenac zetpil toe te dienen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De vraag betreft de maatregelen die genomen moeten worden rondom de ERCP. De plaats van toediening van de diclofenac zetpil is niet relevant, belangrijk is dat de indicatie er is.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntie

Vraag 55

Een patiënte van 35 jaar presenteert zich met al jaren bestaande buikklasten met opgeblazen gevoel en krampen. Vaak blijft ze weg van haar werk bij heftige pijn. De ontlasting verloopt moeizaam met een frequentie van 2-3 keer per week. Meestal is de ontlasting van stevige consistentie. Na een geslaagde stoelgang lucht het wel wat op. Zij heeft al macrogol, psyllium en MgOH gebruikt zonder langdurig succes.

Wat is de volgende therapeutische optie?

- A. Alosetron (een 5-HT₃ antagonist)
- B. Linaclotide (een guanylaatcyclase C receptoragonist)
- C. Prucalopride (een 5-HT₄ receptoragonist)
- D. Rifaximine (een niet-absorbeerbaar breed spectrum antibioticum)

Juiste antwoord:

B. Linaclotide (een guanylaatcyclase C receptoragonist)

Literatuur: Farmacotherapeutisch rapport linaclotide (Constella®) bij de indicatie symptomatische behandeling van matig tot ernstig prikkelbaredarmsyndroom met constipatie (PDS-C) bij volwassenen. Camilleri M, Ford AC. Pharmacotherapy for Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med. 2017 Oct 27;6(11). pii: E101. doi: 10.3390/jcm6110101. Review.

Commentaar aios 1:

- Mijnsinziens zou prucalopride ook kunnen worden overwogen als behandeling voor chronische obstipatie bij falen van laxantia.
- Bron:
 - 1. Farmacotherapeutisch kompas: indicaties: symptomatische behandeling van chronische obstipatie bij volwassenen bij wie laxeremiddelen onvoldoende effect hebben
 - 2. "Prokinetic agents, such as prucalopride, may also be considered as a treatment option specifically targeting constipation." Moayyedi et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. UEG Journal 2017
- Ik zou er voor willen pleiten om prucalopride ook goed te rekenen.

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In deze casus is er sprake van prikkelbare darmsyndroom waarbij patiënte regelmatig weg blijft van werk wegens heftige pijn. Om deze specifieke reden is linaclotide de meest logische eerste keuze omdat dit specifiek bij PDS met obstipatie geïndiceerd is.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag 58

U ziet een patiënt met een chronische pancreatitis op uw spreekuur. Hij heeft veel pijn ondanks paracetamol en NSAID en is bekend met een gedilateerde ductus pancreaticus met multiple concrementen tot in de distale delen van de gang. Zijn pancreaskop is niet vergroot.

Welke behandeling geeft de grootste kans op vermindering van de pijnklachten gedurende de volgende 18 maanden?

- A. Chirurgische drainage door laterale pancreaticojejunostomie over de gehele lengte van de pancreasgang alvorens te beginnen met opiaten
- B. Endoscopische drainage van de pancreasgang door middel van plastic endoprothesen
- C. Endoscopische therapie van de pancreasgang concrementen, gecombineerd met ESWL
- D. Start pijnbestrijding met opiaten met een combinatie uit kort- en langwerkende opiaten, dosioptimalisatie op geleide van de klachten

Juiste antwoord:

A. Chirurgische drainage door laterale pancreaticojejunostomie over de gehele lengte van de pancreasgang alvorens te beginnen met opiaten

Literatuur: Yama Issa et al. Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis. The ESCAPE Randomized Clinical Trial. JAMA 2020;323(3):237-247

Commentaar aios 1:

- In de klinische praktijk is hier nog veel discussie over en wordt zo iets multidisciplinair besproken. Wat mij betreft op basis van deze bron nog geen standaard zorg en niet slechts 1 antwoord goed te rekenen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De commissie deelt de mening dat het goed is dergelijke casus in een MDO te bespreken. Dat neemt niet weg dat op basis van de op dit moment beschikbare evidence antwoord A het correcte antwoord op de vraag is.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag 59

De SEH-arts vraagt u tijdens een nachtdienst een 88-jarige, demente patiënt uit een verzorgingshuis mede te beoordelen. Hij is ingestuurd onder verdenking van een ileus. De patiënt kan zelf niets bijdragen, is onrustig en lijkt pijn te hebben. De buik is bol gespannen en hypertympaan. Bij rectaal toucher is de ampul leeg. Op een buikoverzicht wordt het 'coffee-bean sign' gezien met een gedilateerde colonlis rechtsboven in de buik. Op een CT van de buik zonder contrastmiddel wordt een 'whirlpool-sign' gezien.

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Consult chirurg in verband met noodzaak tot operatief ingrijpen
- B. Endoscopie ten behoeve van desufflatie
- C. Inbrengen maaghevel, infuus en pijnstilling; verder expectatief beleid
- D. Toediening van neostigmine

Juiste antwoord:

B. Endoscopie ten behoeve van desufflatie

Literatuur: Zheng Lou et al. Appropriate therapy of acute sigmoid volvulus in the emergency setting. World J Gastroenterol 2013;19(30):4979-4983

Commentaar aios 1:

- "Gedilateerde colonlis rechtsboven in de buik" geeft de suggestie alsof het een rechtszijdig volvulus is waarbij antwoord A (chirurgie) het juiste antwoord is.

Commentaar aios 2:

- Het probleem in de casus is duidelijk (volvulus) alleen de vermelding "een gedilateerde colonlis rechtsboven in de buik" wekt de indruk dat het een probleem in het proximale colon (coecumvolvulus) betreft. Deze is (zeker bij de patiente in de casus) niet vanzelfsprekend endoscopisch op te lossen. Mijn inziens is de voorgenoemde vermelding onnodig en verwarrend. Het is overigens meer waarschijnlijk dat de uitgezette colonlis over de gehele buik projecteert bij een evidente volvulus en niet slechts rechtszijdig. Verzoek is de vraag te schrappen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Naar de mening van de commissie is de casusbeschrijving voldoende duidelijk om een sigmoïdivolvulus de meest waarschijnlijke diagnose te maken.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 11: Endoscopie

Vraag 60

U verricht een antegrade dubbelballon-endoscopie (DBE) onder propofol-sedatie bij 34-jarige vrouw met het syndroom van Peutz-Jeghers. Een 1 cm grote poliep net distaal van het ligament van Treitz wordt grotendeels verwijderd. Een tweede poliep circa 1 meter lager in het jejunum wordt met enige moeite ook doorgenomen. Tijdens de ingreep is ook fentanyl toegediend. Een uur na de ingreep wordt u bij de patiënt geroepen in verband met heftige buikpijn. Een blanco CT laat geen vrij lucht in de buikholte zien. De pijn neemt daarna verder in ernst toe.

Wat is nu de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute pancreatitis
- B. Bijwerking van de propofol-sedatie
- C. Gedekte perforatie ten gevolge van de poliepectomie
- D. Hyperinflatie ten gevolge van gebruik van ballonnen bij de DBE

Juiste antwoord:

A. Acute pancreatitis

Literatuur: Double-balloon enteroscopy in Crohn's disease patients suspected of small bowel activity: findings and clinical impact. Mensink PB, Groenen MJ, van Buuren HR, Kuipers EJ, van der Woude CJ. *Gastroenterol.* 2009;44(4):271-6. doi: 10.1007/s00535-009-0011-4

Complications of Enteroscopy: How to Avoid Them and Manage Them When They Arise. Chavalitdhamrong D, et al. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America.* Volume 25, Issue 1, January 2015, Pages 83-95

Commentaar aios 1:

- De opgegeven literatuur geeft een risico van 6.5% op perforatie na therapeutische interventie en een risico van 0.3-1% op acute pancreatitis. Met een CT blanco is een gedekte perforatie niet uitgesloten. Gedekte perforatie lijkt mij dus het juiste antwoord.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Met een blanco CT scan is een perforatie niet geheel uitgesloten, maar wel minder waarschijnlijk gemaakt bij dit klinisch beeld.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 3: MDL-infecties (Infecties van de tractus digestivus)

Vraag 67

Een huisarts belt u om te overleggen over een 38-jarige patiënt met de ziekte van Crohn, die zich bij haar gepresenteerd heeft met plotseling ontstane diarree (8-10 maal daags), krampende buikpijn en een temperatuur van 38.0 graden Celsius. De M. Crohn is al jaren in remissie met 6-mercaptopurine als onderhoudstherapie. Een feces PCR levert een *Salmonella species* (non-typhi) op.

Wat is in dit geval het meest aangewezen advies?

- A. Aanvang antibiotica, thiopurine continueren
- B. Aanvang antibiotica, thiopurine tijdelijk staken
- C. Geen antibiotica, thiopurine continueren
- D. Geen antibiotica, thiopurine tijdelijk staken

Juiste antwoord:

- B. Aanvang antibiotica, thiopurine tijdelijk staken

Literatuur: Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in IBD. Rahier et al, J Crohn's and Colitis 2014;8:443-68. Swab richtlijn (<https://swab.nl/nl/richtlijnen-swab>).

Commentaar aios 1:

- In de door de auteurs bijgevoegde richtlijn valt in het supplementary material de volgende zin te lezen: "The immunocompromised traveller should have a lower threshold than immune competent travellers for initiating self-therapy for traveller's diarrhoea". Nergens in de richtlijn wordt gesproken over het al dan niet continueren van immuunmodulerende medicamenten. Daar het immuunsuppressieve effect langdurig aanhoudt na het staken van thiopurines (tot 3 maanden), en de behandeling van een infectieuze gastroenteritis met *Salmonella non-typhii* volgens de richtlijn maximaal 2 weken is (bij immuungecompromiteerde patiënten), is het staken van de immuunsuppressieve medicatie mijns inziens niet aangewezen. Antwoord A dient in mijn optiek derhalve ook goedgekeurd te worden.

Commentaar aios 2:

- In de door de auteurs bijgevoegde richtlijn valt in het supplementary material de volgende zin te lezen: "The immunocompromised traveller should have a lower threshold than immune competent travellers for initiating self-therapy for traveller's diarrhoea". Nergens in de richtlijn wordt gesproken over het al dan niet continueren van immuunmodulerende medicamenten. Daar het immuunsuppressieve effect langdurig aanhoudt na het staken van thiopurines (tot 3 maanden), en de behandeling van een infectieuze gastroenteritis met *Salmonella non-typhii* volgens de richtlijn maximaal 2 weken is (bij immuungecompromiteerde patiënten), is het staken van de immuunsuppressieve medicatie

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

mijns inziens niet aangewezen. Antwoord A dient in mijn optiek derhalve ook goedgerekend te worden.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Statement uit de gerefereerde richtlijn:

Salmonellosis is treated with antibiotics such as fluoroquinolones or third-generation cephalosporins, depending on the local susceptibility pattern. In rare cases of *S. typhimurium* osteomyelitis³³³ or septic arthritis³³⁴ combination of antibiotics and surgical treatment may be required. Immunomodulators should be temporarily withheld until resolution of the active infection as immunomodulator therapy is considered a high-risk predisposing condition for intestinal or systemic infections with *Salmonella* spp.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag 69

U wordt gebeld door de dienstdoende hematoloog die vanwege een hematologische maligniteit (lymfoom) bij een 68-jarige man wenst te starten met Rituximab. Patiënt is vorige maand door een van de hepatologen op de polikliniek MDL gezien en blijkt een doorgemaakte hepatitis B infectie te hebben. Er is sprake van een volledig normaal leverintegraal, HBsAg is negatief en anti-HBc is positief, onmeetbaar lage load voor hepatitis B, Fibroscan toonde F0/F1 Fibrose, tevens geen overige co-infecties. De consultvraag is of er actie ondernomen dient te worden met betrekking tot de doorgemaakte hepatitis B infectie.

Wat is volgens de richtlijn nu het meest aangewezen beleid?

- A. Rituximab is gecontra-indiceerd in deze patiënt
- B. Rituximab starten en antivirale therapie tot 12 maanden na staken van de rituximab
- C. Rituximab starten en HBV load monitoren tijdens de behandeling met rituximab
- D. Rituximab starten en verder geen actie ten aanzien van de doorgemaakte hepatitis B

Juiste antwoord:

- B. Rituximab starten en antivirale therapie tot 12 maanden na staken van de rituximab

Toelichting: Er is sprake van een hoog risico op re-activatie en er is derhalve een indicatie voor antivirale therapie in de vorm van Entecavir (ETV), Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) of Tenofovir alafenamide (TAF). Tevens dient de anti-virale therapie twaalf maanden gecontinueerd te worden na staken Rituximab

Literatuur: <https://www.hbvrichtsnoer.nl/immuunsuppressie-chemotherapie/> en [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(14\)01476-0/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(14)01476-0/pdf)

Commentaar aios 1:

- Het als correct afgegeven antwoord (B) correspondeert niet met de opgegeven referenties. In het HBV richtsnoer wordt gesteld tot 18 maanden door te behandelen. Bij rituximab. Geen van de antwoorden is dus correct o.b.v. de aangevoerde richtlijnen/literatuur. Verzoek vraag te schrappen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De tekst uit de richtsnoer luidt: HBsAg positieve patiënten dienen in principe profylactisch te worden behandeld met ETV, TDF of TAF. Duur: tot 12 maanden na het staken van immuunsuppressie of chemotherapie (of 18 maanden bij rituximab). Dus de aios heeft gelijk dat bij rituximab tot 18 maanden na staken moet worden doorbehandeld.

Aanpassing sleutel:

Vraag komt te vervallen

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 2: Inflammatoir Darmlijden (IBD) en niet-infectieuze afwijkingen

Vraag 71

Een 48-jarige patiënte bezoekt het IBD-verpleegkundig specialistisch spreekuur in verband met M. Crohn, gelokaliseerd in jejunum, ileum en colon. In het verleden is sprake geweest van een ileo-ileale fistel en op dit moment heeft zij een peri-anale fistel.

Wat is de juiste Montrealclassificatie bij deze patiënte?

- A. A2L2B2+p
- B. A2L2B3+p
- C. A2L3B2+p
- D. A2L3B3+p
- E. A3L2B2+p
- F. A3L2B3+p
- G. A3L3B2+p
- H. A3L3B3+p

Juiste antwoord:

H. A3L3B3+p

Literatuur: Handleiding behandeling IBD 2014-2015 NVMDL.

Commentaar aios 1:

- In de vraag staat niet vermeld op welke leeftijd de patient de ziekte kreeg. Van de opmerking "in het verleden" kan je denken dat ze de ziekte al langer dan 8 jaar heeft. Daarom zijn antwoord A2L3B3+p en A3L3B3+p beiden goed.

Commentaar aios 2:

- De "A" van de montreal classificatie is gebaseerd op de leetijd ten tijde van diagnose. Deze leeftijd is niet vermeld in de vraag.

Commentaar aios 3:

- In de vraag stond de leeftijd van de patiënt bij aanvang van de diagnose niet genoemd, dus de A kun je eigenlijk niet uit de vraag herleiden.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Her klopt dat de beginleeftijd niet gegeven is, dus A2 en A3 kunnen beiden correct zijn.

Aanpassing sleutel:

Antwoorden D en H worden beiden goed gerekend

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte

Vraag 79

Een 75-jarige man wordt opgenomen op de afdeling MDL na plaatsing voedingssonde bij recente diagnose obstruerend cardiacarcinoom. Hij is in de afgelopen maanden meer dan 10 kg afgevallen en weegt inmiddels nog maar 47 kg bij een lengte van 173 cm (BMI 15.6 kg/m²). Met name de afgelopen dagen heeft hij nauwelijks nog kunnen eten of drinken. Het serumkalium, -fosfaat en -magnesium zijn allen verlaagd. Er wordt gevreesd voor een refeedingsyndroom na start van de sondevoeding.

Welke van de volgende factoren dragen alle bij tot een verhoogd risico op een refeeding syndrome?

- A. BMI <16; ongewild gewichtsverlies >15% in de laatste 3-6 maanden; verlaagd kalium, fosfaat en magnesium
- B. BMI <16; ongewild gewichtsverlies >15% in de laatste 3-6 maanden; weinig tot geen intake afgelopen 5 dagen
- C. BMI <16; verlaagd kalium, fosfaat en magnesium; weinig tot geen intake afgelopen 5 dagen
- D. Ongewild gewichtsverlies >15% in de laatste 3-6 maanden; verlaagd kalium, fosfaat en magnesium; weinig tot geen intake afgelopen 5 dagen

Juiste antwoord:

A. BMI <16; ongewild gewichtsverlies >15% in de laatste 3-6 maanden; verlaagd kalium, fosfaat en magnesium

Literatuur: ESPEN guidelines definitions and terminology of clinical nutrition 2016. Cederholm T. Clinical Nutrition 36 (2017) 49-64.

Commentaar aios 1:

- Uit de gegeven literatuur: Screening for patients at risk of RS includes one or more of the following: BMI<16 kg/m² ; unintentional weight loss >15% in 3e6 months; little or no intake for >10 days; or low potassium, phosphate and magnesium before feeding. If two or more of the following factors exist a risk of RS should also be considered: BMI <18.5 kg/m²; unintentional weight loss >10% in 3e6 months; little or no nutritional intake for >5 days; or a history of alcohol misuse or chronic drug use (insulin, antacids, diuretics). Erg flauwe vraag als dan 5 dagen niet eten, niet goed gekeurd wordt. Het is wel degelijk een risicofactor voor refeeding syndroom namelijk (dus een correct antwoord) maar minder dan een laag kalium en magnesium (dus juiste vraag zou zijn "welke factoren dragen het MEEST bij")

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Leerpunt uit deze vraag is dat kortdurend (enkele dagen) niet/zeer weinig eten niet bijdraagt aan het refeedingsrisico dan de overige factoren. Met andere woorden: als iemand een paar dagen niet of heel weinig gegeten heeft, is dat geen risico voor refeeding, terwijl de andere factoren dat wel zijn.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag 80

Een patiënt met status na levertransplantatie zes maanden eerder klaagt over malaise en subfebriële temperatuur. In het bloedonderzoek ziet u verhoogde transaminasen en een milde leukopenie en trombopenie.

Welke verwekker is meest waarschijnlijk verantwoordelijk voor de klachten bij deze patiënt?

- A. Hepatitis E
- B. CMV (cytomegalovirus)
- C. HSV (herpes simplex virus)
- D. Coronavirus (SARS-CoV-2)

Juiste antwoord:

B. CMV (cytomegalovirus)

Literatuur: Razonable, Cytomegalovirus in solid organ transplant recipients- Guidelines of the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice, Clinical Transplantation 2019, 33:e13512

Commentaar aios 1:

- O.b.v. de aangedragen literatuur die de antwoorden zou moeten ondersteunen is mijn inziens niet geheel duidelijk waarom een COVID-19 infectie niet een mogelijke verklaring zou kunnen zijn. Ook deze kan leiden tot (sub)febriële temperatuur, en trombo/leukopenie en leverenzymstoornis. Verzoek tot aanvullende argumentatie waarom antwoord D zeker niet correct kan zijn.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262021/>

[COVID-19 in an international European liver transplant recipient cohort \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7335697/)

[\(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7335697/\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7335697/)

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Hoewel COVID-19 niet is uitgesloten, zijn er verder weinig aanknopingspunten om primair aan een COVID-infectie te denken. Onder de gegeven omstandigheden en met de gegeven informatie staat een CMV-infectie bovenaan in de DD.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag 83

Uw patiënte is gisteren opgenomen met pijn rechts in de bovenbuik en een CRP van 121 mg/dl. Het ALAT is 60 IU/L, AF 129 IU/L, GGT 210 IU/L, bilirubine 30 umol/L, leukocyten $12.6 \times 10^9/L$. Er is koorts; 38.6 graden. Klinisch past het beeld bij een cholecystitis acuta. De radioloog verrichtte een echografie en beschrijft een dubieus verdikte wand en enkele stenen, maar verder geen tekenen van cholecystitis. U vindt bij lichamelijk onderzoek een positief Murphy sign en vindt het beeld nog steeds zeer goed passen bij een cholecystitis.

Welk diagnosticum is nu het meest aangewezen?

- A. CT-scan van het abdomen
- B. EUS (endoechografie) van galblaas en galwegen
- C. HIDA scintigrafie
- D. MRCP

Juiste antwoord:

A. CT-scan van het abdomen.

Literatuur: Nederlandse richtlijn galsteenlijden 2016, hoofdstuk Diagnostiek acute calculeuze cholecystitis.

Commentaar aios 1:

- Onduidelijke vraagstelling. Met welke vraagstelling vraag je het diagnosticum aan? Er had moeten staan: Welk diagnosticum is nu het meest aangewezen OM EEN CHOLECYSTITIS AAN TE TONEN?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Naar de mening van de commissie komt uit de vraag voldoende naar voren dat gezocht moet worden naar een diagnosticum dat geschikt is om de diagnose cholecystitis te stellen. We zijn het wel eens met de aios dat dit nog beter verwoord had kunnen worden.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag 89

Een 45-jarige patiënte met status na gastric bypass presenteert zich met koliekpijn, mild verhoogd bilirubine van 32 micromol/L, zonder koorts. De abdominale echo toont cholecystolithiasis maar geen verwijde galwegen. U twijfelt over de diagnose choledocholithiasis.

Wat is nu de eerst aangewezen stap?

- A. Cholecystectomie met intraoperatief cholangiogram
- B. ERCP
- C. EUS
- D. MRCP

Juiste antwoord:

D. MRCP

Literatuur:

ESGE guideline, 2019. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline

ASGE guideline. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. 2010. Gastrointestinal Endoscopy.

Commentaar aios 1:

- Bezwaar: EUS is sensitiever voor de diagnose choledocholithiasis dan MRCP. EUS is derhalve ook een goed antwoord.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Gezien de gastric bypass in de voorgeschiedenis gaat in deze casus de voorkeur uit naar een MRCP. Zonder gastric bypass in de voorgeschiedenis zouden we de aios gelijk geven.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Categorie 2: Inflammatoir Darmlijden (IBD) en niet-infectieuze afwijkingen

Vraag 92

Een 29-jarige patiënte met M. Crohn L1B2 en onderhoudstherapie azathioprine (2.5 mg/kg) heeft last van perianale pijn en diarree. Bij lichamelijk onderzoek wordt een actief producerende perianale fistel gezien. Een MRI toont geen peri-anaal abces, maar er is wel sprake van actieve ziekte ter hoogte van het terminale ileum. Patiënte vertelt dat ze 8 weken zwanger is.

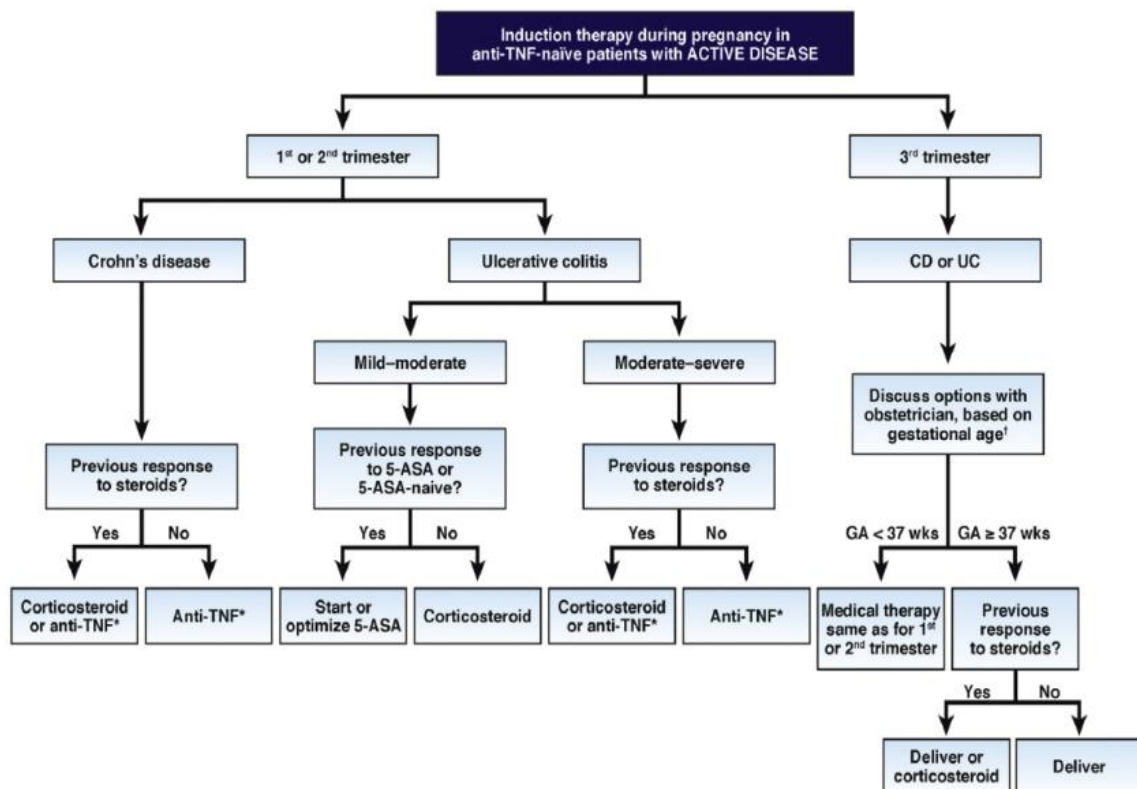
Wat is de meest aangewezen volgende stap?

- A. Ileo-coloscopie
- B. Start met een anti-TNF medicament
- C. Stop azathioprine; start prednison
- D. Stop azathioprine; start ustekinumab

Juiste antwoord:

B. Start met een anti-TNF medicament.

Literatuur: Nguyen et al. The Toronto consensus statements for the management of inflammatory bowel disease in pregnancy. Gastroenterology 2016 Mar;150(3):734-757.



Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Commentaar aios 1:

- In de vraag wordt niks gezegd over een recente coloscopie. Er is actieve ziekte aangetoond met MRI. Het lijkt mij dat er eerst een coloscopie moet worden verricht voor bepaling ernst en uitgebreidheid ziekte voordat er wordt gestart met anti-TNF.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In dit geval is er op basis van een MRI scan informatie verkregen over de activiteit van de Crohn en de fistel. De kans dat een ileocoloscopie bij deze zwangere patiënte informatie gaat opleveren die het behandelplan zou beïnvloeden, is niet groot. Derhalve gaat de voorkeur uit naar het behandelen van de ziekte met een anti-TNF medicament.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag 97

Een 65-jarige patiënt gebruikt al langere tijd pancreasenzymen in verband met exocriene pancreasinsufficiëntie zonder duidelijke verklaring. De consistentie van de ontlasting is normaal; de frequentie eenmaal daags. U laat het p-elastase in de ontlasting bepalen en dit blijkt 220 mcg/g (normaalwaarde >200mcg/g).

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Overmeten na onderbreking pancreasenzymen
- B. Stoppen pancreasenzym-suppletie
- C. Verlagen dosering pancreasenzymen
- D. Vetbalansstudie

Juiste antwoord:

B. Stoppen pancreasenzym-suppletie.

Literatuur: Faecal elastase 1: a novel, highly sensitive, and specific tubeless pancreatic function test. AU Löser C, Möllgaard A, Fölsch UR. Gut 1996;39:580.

Diagnostic Performance of Measurement of Fecal Elastase-1 in Detection of Exocrine Pancreatic Insufficiency: Systematic Review and Meta-analysis Rohini R. Vanga, et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2018;16:1220–1228.

Commentaar aios 1:

- Er is mijnsinziens te weinig informatie in deze casus gegeven om een goede afweging te kunnen maken. Ik zou ervoor willen pleiten om deze vraag te schrappen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Indien het elastase normaal is, is de kans groot dat de pancreas voldoende enzymproductie heeft. Het elastase wordt niet beïnvloed door pancreasenzym-suppletie. Onzes inziens is de gegeven informatie voldoende om de vraag te kunnen beantwoorden.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 1: MDL-Oncologie

Vraag 98

Een 77-jarige man, bekend met een C4M5 Barrett oesofagus, onderging een endoscopische resectie (middels multi-band EMR) van een verheven – voor carcinoom verdacht – gebied in het Barrett-segment. Het verdachte gebied werd in drie stukken (piecemeal) verwijderd. De PA toont in twee van de drie preparaten een T1A adenocarcinoom (tot in de muscularis mucosae, m3), geen angio-invasie, het basale snijvlak is vrij, lateraal niet te beoordelen. Het derde preparaat toont alleen hooggradige dysplasie.

Wat is in dit geval de meest aangewezen eerstvolgende stap?

- A. Aanvullende resectie (oesofagusresectie met buismaagreconstructie) zonder voorafgaand stadiëringsonderzoek
- B. Controlescopie over 8-12 weken ter beoordeling rest-laesies en rest van het Barrettsegment
- C. RFA van het resterende Barrett-segment
- D. Stadiëring middels PET-CT

Juiste antwoord:

B. Controlescopie over 8-12 weken ter beoordeling rest-laesies en rest van het Barrettsegment

Literatuur: Nederlandse richtlijn Barrett oesofagus 2018.

Commentaar aios 1:

- In de richtlijn Barrett Oesofagus is het volgende te lezen: “Na endoscopische resectie van zichtbare afwijkingen dient gestreefd te worden naar volledige eradicatie van het resterende Barrett-segment, waarbij RFA de voorkeur heeft.” De behandeloptie RFA dient derhalve mijns inziens in ieder geval in het te kiezen antwoord te staan. Bij B staat enkel inspectie van het gebied genoemd, terwijl de RFA van het resterende Barrett segment (antwoord C) essentieel is. Antwoord C dient mijns inziens dus (ook) goedgerekend te worden.

Commentaar aios 2:

- Ik heb de Nederlandse richtlijn Barrett oesophagus 2018 doorgenomen en voor zover ik kan vinden wordt er niks gezegd over een controle scopie 8-12 weken na endoscopische resectie vroeg carcinoom. Wel wordt er duidelijk aangegeven dat het belangrijk is om RFA te verrichten van resterende Barrett segment. Het juiste antwoord lijkt mij dus antwoord C.

Commentaar aios 3:

- In de richtlijn Barrett Oesofagus is het volgende te lezen: “Na endoscopische resectie van zichtbare afwijkingen dient gestreefd te worden naar volledige eradicatie van het resterende Barrett-segment, waarbij RFA de voorkeur heeft.” De behandeloptie RFA dient derhalve mijns inziens in ieder geval in het te kiezen antwoord te staan. Bij B staat enkel inspectie van het gebied genoemd, terwijl de RFA van het resterende Barrett segment (antwoord C) essentieel is. Antwoord C dient mijns inziens dus (ook) goedgerekend te worden.

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Pagina 38 van de richtlijn:

Follow-up na endoscopische behandeling van Barrett-oesofagus gerelateerde neoplasie

Er zijn geen vergelijkende onderzoeken waarbij het interval van de endoscopische controle is bestudeerd. In de meeste onderzoeken vonden endoscopische controles plaats na 3, 6, (9), 12, (18) en 24 maanden. Ten aanzien van de gebruikte endoscopische techniek gelden dezelfde richtlijnen als in paragraaf 3.1 (Endoscopische work-up van HGD en/of vroegcarcinoom in Barrett-oesofagus). Mogelijk moet hier wel onderscheid worden gemaakt tussen patiënten bij wie enkel de dysplastische afwijking met endoscopische resectie werd verwijderd en het resterende Barrett-epitheel in situ werd gelaten, en patiënten die een volledige endoscopische verwijdering van al het intestinale epitheel hebben ondergaan. Bij de eerste groep is stringente controle geïndiceerd, gegeven het hoge percentage metachrone afwijkingen.

Commissie:

Gezien het hoge risico op synchrone of metachrone laesies is het van belang dat dit eerst uitgesloten wordt na EMR van een neoplasie, alvorens over te gaan op RFA behandeling van het resterende Barrett epitheel. Omdat RFA absoluut gecontraïndiceerd is bij nog bestaande neoplasie zal eerst opnieuw geëvalueerd moeten worden of RFA verricht mag worden.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven

Online Voortgangstoets aios MDL, 23 november 2020

Categorie 11: Endoscopie

Vraag 99

De ESGE richtlijn 2020 over ERCP gerelateerde complicaties behandelt preventie van post-ercp-pancreatitis (PEP). Deze richtlijn maakt onderscheid tussen zekere (definite) en waarschijnlijke (likely) risicofactoren voor ontwikkelen van PEP.

Wat zorgt volgens deze richtlijn voor een zeker (definite) verhoogd risico op PEP?

- A. Jonge patiënt
- B. Niet gedilateerde galweg
- C. Precut
- D. Vrouwelijk geslacht

Juiste antwoord:

D. Vrouwelijk geslacht

Literatuur: JM Dumonceau, ESGE guideline Endoscopy 2020; 52: 127-149

Commentaar aios 1:

- In de opgegeven literatuur is de OR voor PEP bij niet gedilateerde extra-hepatische galweg 3.8. Terwijl voor vrouwelijk geslacht is de OR 1.4 tot 2.23 (tabel 3). Dus het risico van slanke galwegen is bekend waarom moeten dan weten hoe de richtlijn de risicofactoren indeelt met de term "definite".

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Meerdere van de genoemde factoren zijn te classificeren als risicofactor voor PEP. De richtlijn maakt onderscheid tussen "definite" en "likely" risicofactoren. Na het lezen van het commentaar en een afweging van het beschikbare bewijs, heeft de commissie besloten deze vraag te laten vervallen. Belangrijkste is dat men zich bewust is van de risicofactoren voor PEP, een weging/classificatie van deze risicofactoren naar mate van waarschijnlijkheid wordt minder relevant geacht.

Aanpassing sleutel:

Vraag komt te vervallen