

Categorie 1: MDL-oncologie

Vraag:

Een 50-jarige man met blanco voorgeschiedenis presenteert zich met stille icterus (bilirubine 90 $\mu\text{mol/l}$), zonder andere klachten of symptomen. CT-pancreas/thorax toont een resectabel pancreaskopproces van 2 cm zonder metastasen. Tijdens het oncologisch multidisciplinaire overleg wordt een resectie volgens Whipple geadviseerd.

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid ten aanzien van pre-operatieve endoscopische therapie?

- A. ERCP met fully-covered SEMS in ductus choledochus
- B. ERCP met plastic stent in ductus choledochus
- C. ERCP met uncovered SEMS in ductus choledochus
- D. Expectatief, voor nu geen pre-operatieve endoscopische therapie**

Codering: 2023-04

Literatuur: FMS Richtlijn pancreascarcinoom 2019, module 9

Opmerkingen aios:

De richtlijn zegt: Preoperatief stenten wordt toegepast bij patiënten die zich presenteren met een zeer hoog bilirubine of cholangitis, bij patiënten die vanwege matige conditie of wachttijden niet snel geopereerd kunnen worden en bij patiënten die worden voorbehandeld met neo-adjuvante therapie voor chirurgie.

Dus in deze casus moet er vanwege hoog bilirubine een fcSMES geplaatst worden. De richtlijn zegt niet vanaf welke waarde kan worden gesproken over 'zeer hoog'

Dit hangt ook af van de wachttijd voor een Whipple toch? Indien veel klachten van hyperbilirubinemie en nog screening door anesthesie etc dan overwegen toch te draineren

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de FMS richtlijn "pancreascarcinoom" (2019) staat in module 9 de volgende aanbeveling:

In principe is endoscopische drainage voorafgaand aan een resectie volgens Whipple niet geïndiceerd, tenzij er additionele argumenten zijn (invaliderende jeuk, lange wachttijd tot resectie, preoperatieve systeemtherapie).

In de casus zijn de additionele argumenten niet aan de orde en is pre-operatief stenten niet aangewezen.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 1: MDL-oncologie

Vraag:

Een 76-jarige man heeft een hemicolectomie rechts ondergaan vanwege coloncarcinoom, vastgesteld middels een volledige coloscopie (BBPS 9).

Wanneer is in dit geval een (surveillance/controlle) coloscopie geïndiceerd?

- A. 6 maanden na resectie van het coloncarcinoom
- B. 1 jaar na coloscopie met diagnose van het coloncarcinoom**
- C. 3 jaar na coloscopie met diagnose van het coloncarcinoom
- D. Expectatief, geen surveillance coloscopie meer geïndiceerd

Codering 2023-13

Literatuur: FMS Richtlijn colorectaal carcinoom 2020

Opmerkingen aios:

Het antwoord moet A zijn.

De nieuwe richtlijn poliepsurveillance (zie o.a. nieuwe zakkaartje) geeft aan dat je na colorectaal carcinoom waarbij preoperatief een volledige coloscopie is geweest 6mnd na resectie een coloscopie moet doen. Dat is hier het geval.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In FMS richtlijn "colorectaal carcinoom" (2020) staat het volgende:

Voer een coloscopie uit binnen 3 maanden postoperatief indien het volledige colon niet preoperatief in beeld is gebracht, of anders na 1 jaar. Volg de richtlijn coloscopie surveillance voor endoscopische follow-up nadien.

In de casus is het hele colon overzien voorafgaand aan de operatie en is controle geïndiceerd na 1 jaar na diagnose coloncarcinoom.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

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

Vraag:

Een 62-jarige man met colitis ulcerosa heeft een exacerbatie onder ustekinumab. U besluit tofacitinib, een JAK-remmer, bij patiënt te starten. U licht hem in over de belangrijkste bijwerkingen en risico's van dit middel.

Voor welk risico dient de patiënt in dit geval specifiek te worden gewaarschuwd?

- A. Het risico op een melanoom
- B. Het risico op een pneumonie
- C. **Het risico op herpes zoster**
- D. Het risico op leverproefstoornissen

Codering: 2023-17

Literatuur: FMS Richtlijn IBD volwassenen, module 6 2022

Opmerkingen aios:

Mijns inziens behoort antwoord B (pneumonie) ook tot de goede antwoordmogelijkheden. In het farmacotherapeutisch kompas staat bij Tofacitinib bij vaak voorkomende bijwerkingen (1-10%) naast herpes zoster ook pneumonie vermeld. " Vaak (1-10%): pneumonie, griep, herpes zoster, urineweginfectie, sinusitis, bronchitis, (naso)faryngitis. Anemie, lymfopenie. Hoofdpijn. Hypertensie. Hoesten. Buikpijn, braken, diarree, misselijkheid, gastritis, dyspepsie. Huiduitslag, acne. Artralgie. Perifeer oedeem. Stijging creatinekinase."

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In richtlijn FMS "Richtlijn IBD volwassen" (2022) staat in module 6:

De meest voorkomende bijwerkingen bij onderhoudsbehandeling zijn nasofaryngitis, hoofdpijn en artralgieën. Er worden vaker infecties gezien bij tofacitinib vergeleken met placebo. Met name een verhoogd risico op herpes zoster (1,5% bij 5 mg onderhoud, 5,1% bij 10 mg onderhoud vergeleken met 0,5% bij placebo) in het bijzonder bij ouderen (>65 jaar), Aziaten en patiënten die eerder niet reageerden op anti-TNF.[2] De herpes zoster verloopt meestal mild, lijkt dosisafhankelijk en leidt meestal niet tot staken van de therapie.[5] Bij een ernstige infectie dient de behandeling onderbroken te worden.

Pneumonie wordt in de richtlijn niet als zodanig genoemd. Leerdoel is dat m.n. het risico op herpes zoster besproken dient te worden.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

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

Vraag:

Een 55-jarige man met een bloedend ulcus duodeni wordt behandeld met endoscopische therapie en een protonpomp remmer.

Wat is in dit geval het meest aangewezen vorm van *Helicobacter Pylori* diagnostiek?

- A. C13-ureumademtest
- B. Feces antigeentest
- C. Rapid urease test
- D. Serologie**

Codering: 2023-29

Literatuur: Malfertheiner et al. Management of Helicobacter pylori infection. Gut 2022;71:1724-1762

Siavoshi Ann Transl Med 2015;3(1):11

Stefano Acta Biomed 2018;89:58-64

Opmerkingen aios:

Ik interpreteerde deze vraag dat patiënt net een bloeding heeft en dus ook net PPI heeft gekregen. De faeces test zal daarom goed/meest gevoelig zijn om HP op dit moment aan te tonen (en niet negatief worden beïnvloed worden aangezien patiënt nog maar net de PPI heeft gekregen).

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de NVMDL richtlijn Tractus digestivus bloedingen staat:

Bij alle patiënten met een ulcusbloeding moet worden getest op de aanwezigheid van Helicobacter pylori-infectie. Indien H. pylori-infectie aanwezig is dient eradicatietherapie te worden gestart volgens de lokale richtlijn. Let op: het testen op H. pylori en het vervolgens starten van eradicatietherapie wordt vaak vergeten! Het succes van de H. pylori-eradicatie dient altijd te worden bewezen bij gecompliceerd ulcuslijden, alvorens onderhoudsbehandeling met een PPI wordt gestopt.

Een negatief H. pylori-testresultaat verkregen tijdens de acute bloeding, dient te worden herhaald. De sensitiviteit van histologie, kweek en rapid/urease (CLO-)testen is laag als er een recente bloeding is geweest. Tijdens de acute bloeding is 25-55% van de testen fout-negatief.

In ESGE richtlijn “Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH)” staat:

The higher rates of false-negative results linked to H. pylori testing in the acute setting (at index endoscopy) of NVUGIH constitutes an obstacle to the implementation of this testing strategy.

It is therefore advisable to repeat diagnostic testing in patients with an initially negative H. pylori test, within 4 weeks of the acute bleeding episode.

Interestingly, no recent meta-analyses or RCTs further examining either the diagnostic performance of testing in the acute setting or the concept of re-testing after the bleeding event, have been published.

Er kon geen bewijs worden gevonden dat de meest aangewezen vorm van diagnostiek helicobacter pylori serologie zou zijn.

Aanpassing sleutel:

Vraag laten vervallen.

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag:

Een 45-jarige man blijkt een chronische hepatitis C genotype 3a infectie te hebben, waarvoor antivirale behandeling gestart zal worden. Vooraf aan de antivirale behandeling toont elastografie (middels fibroscan) de volgende uitslag: F3 fibrose en S3 steatose.

Wat is het meest aangewezen vervolgbeleid nadat een sustained virological response (SVR) is behaald?

- A. 6 maandelijks ECHO lever**
- B. Fibroscan herhalen 4-8 weken na behalen sustained virologische respons
- C. Terugverwijzen naar huisarts
- D. Vervolgen van transaminasen

Codering: 2023-40

Literatuur: EASL recommendations on treatment of hepatitis C (2020)

Opmerkingen aios:

Er kan toch regressie van fibrose komen na SVR. Dat maakt je vervolg beleid toch anders?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL richtlijn "recommendations on treatment of hepatitis C" (2020) staat de volgende aanbeveling:

Patients with advanced fibrosis (F3) or cirrhosis (F4) with SVR should undergo surveillance for HCC every 6 months by means of ultrasound, because the risk of de novo or incident HCC is reduced but not abolished by SVR (A1).

Hier is sprake van F3 fibrose (en daarnaast ook nog forse steatose) → derhalve blijft HCC screening geïndiceerd.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten**Vraag:**

Een 41-jarige vrouw wordt naar u verwezen in verband met verhoogde transaminasen. Uit aanvullend onderzoek, met onder andere een leverbiopt, wordt de diagnose auto-immuun hepatitis met een gecompenseerde cirrose gesteld.

Wat is het meest aangewezen beleid ten aanzien van de behandeling van de auto-immuun hepatitis?

- A. Budesonide 1dd9mg, na 2 weken toevoegen van azathioprine 1-2mg/kg/dag
- B. Budesonide 1dd9mg, na 2 weken toevoegen van azathioprine 2d1000mg
- C. **Prednisolon 0.5-1mg/kg, na 2 weken toevoegen van azathioprine 1-2mg/kg/dag**
- D. Prednisolon 0.5-1mg/kg, na 2 weken toevoegen van cellcept 2d1000mg

Codering: 2023-44

Literatuur: AASLD Practice guideline 2020: diagnosis and management of autoimmune hepatitis in adults and Children

Muratori et al, diagnosis and management of autoimmune hepatitis. BMJ 2023;380:e070201

EASL Clinical practice guidelines: autoimmune hepatitis (2015)

Opmerkingen aios:

Ik ben het niet eens met het antwoord op deze vraag. De huidige guidelines mogen danwel C suggereren, maar de laatste evidence op dit gebied geeft aan dat D het juiste antwoord moet zijn, n.a.v. de CAMARO trial. Deze trial zal de richtlijnen veranderen en moet ook als optie worden overwogen.

De CAMARO trial resultaten zijn eerder besproken tijdens de DDD en EASL.

Snijders R, et al. Abstract LBO-06: A controlled randomized trial of azathioprine vs. mycophenolate mofetil for the induction of remission in treatment-naive autoimmune hepatitis (CAMARO trial). Presented at: EASL Congress; June 21-24, 2023; Vienna (hybrid meeting).

Ondanks dat ik deze vraag goed beantwoord heb, wil ik er bezwaar tegen indienen. Op de afgelopen EASL en DDD werden de resultaten van de CAMARO studie gepresenteerd. Deze laten een zeer duidelijk verschil in het voordeel van MFM zien. Ik ben me ervan bewust dat de CAMARO nog niet in een peer-reviewed tijdschrift gepubliceerd is en de volledige data nog niet ingezien kunnen worden. Echter, ik denk dat het zeer goed te verdedigen is om nu al nieuwe AIH-patienten primair met MFM te behandelen, zeker aangezien dit al standaard tweedelijns therapie is. Ik zou er dus voor willen pleiten om antwoorden C en D beide goed te rekenen.

Ik zou ervoor willen pleiten dat antwoord C ook goed gerekend wordt (Pred + MMF) gezien uit de resultaten van de recente CAMARO studie naar voren komt dat MMF voordelen heeft boven AZA. Snijders R, et al. Abstract LBO-06: A controlled randomized trial of azathioprine vs. mycophenolate mofetil for the induction of remission in treatment-naive autoimmune hepatitis (CAMARO trial). Presented at: EASL Congress; June 21-24, 2023; Vienna (hybrid meeting).

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Ten tijde van de voortgangstoets waren de resultaten van de Camaro studie nog niet gepubliceerd. Inmiddels is dit wel het geval. De plaatsbepaling van cellcept binnen de behandeling van AIH zal moeten worden bekeken n.a.v. deze trial en mgl trials die gaan volgen over dit onderwerp. Derhalve is het nu nog niet volgens de standard om te behandelen met cell cept en zeker niet in deze begindosering van 2dd 1000mg. In de Camaro trial wordt er gestart met 2dd 500 mg cellcept.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag:

Bij een 63-jarige man met een goede performance status, bekend met een Child-Pugh A levercirrose zonder evidente portale hypertensie wordt op CT-abdomen een laesie gezien van 4 cm in segment 2 van de lever. De laesie wordt gekwalificeerd als LIRADS-5. Het alfafoetoproteïne is 120 ng/ml.

Wat is nu de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Biopt van de laesie
- B. Levertransplantatie
- C. Radiofrequente ablatie
- D. Resectie**

Codering: 2023-46

Literatuur: Reig et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. Journal of Hepatology 2022 vol 76 681-693

Opmerkingen aios:

Volgens de Barcelona criteria is 4 cm te groot voor resectie. Maar net als vorig jaar heb je geen info over überhaupt de mogelijkheid hiervan. Als het te centraal gelegen is of bij de grote vaten dan is het helemaal geen optie. Ik begrijp niet dat eigenlijk precies dezelfde vraag een jaar later weer terugkomt en zo slecht is verwoord.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Er is sprake van een single lesie in een patiënt zonder portale hypertensie en een goede leverfunctie. Volgens BCLC 2022 is resectie dan geïndiceerd. Deze lesie ligt in segment 2 en derhalve niet centraal en is daarmee resectabel.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten**Vraag:**

Een 54-jarige Nederlandse man met een BMI van 28 kg/m², bloeddruk 142/89mmHg, pols 72 slagen/min, komt op uw spreekuur vanwege een vermoeden op levercirrose. U verricht een fibroscan en de uitslag is 32 kPa, IQR 18%. Patiënt was ten tijde van de fibroscan 4 uur nuchter en had een ALT van 87 U/L (normaal waarde <45 U/L). Een echografie van de buik toonde een stompe leverpunt, nodulair leveroppervlak, splenomegalie en collateraalvorming. Er is geen ascites.

Wat is nu de eerstvolgende stap?

- A. Bepalen trombocytengetal
- B. Gastroscopie verrichten ter screening van varices
- C. Starten carvedilol**
- D. Starten propranolol

Codering: 2023-47

Literatuur: De Franchis R et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology 2022 vol 76. 959-974

Opmerkingen aios:

Slechte vraag. Gaat mijns inziens om twee leerpunten:

- start NSBB bij collateralen
- indicatie stelling gastroscopie bij deze populatie: hiervoor heb je trombocyten getal nodig. Indien in deze casus <150 wil je namelijk ook gastroscopie doen en kun je direct beoordelen of er small/medium slokdarm varices zijn (met indicatie NSBB).

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In Baveno VII richtlijn “Renewing consensus in portal hypertension” (2022) staan de volgende aanbevelingen:

2.16 In patients with virus- and/or alcohol-related cACLD and non-obese (BMI <25 kPa is sufficient to rule in CSPH (specificity and positive predictive value >90%), defining the group of patients at risk of endoscopic signs of portal hypertension and at higher risk of decompensation. (B.1) (Changed)

5.14 Treatment with NSBBs (propranolol, nadolol or carvedilol*) should be considered for the prevention of decompensation in patients with CSPH. (B.1) (New) *In contrast with the traditional NSBBs (i.e. propranolol and nadolol), carvedilol has intrinsic anti-alpha adrenergic vasodilatory effects that contribute to its greater portal pressure reducing effect.

5.15 Carvedilol is the preferred NSBB in compensated cirrhosis, since it is more effective at reducing HVPG (A.1), has a tendency towards greater benefit in preventing decompensation and towards better tolerance than traditional NSBBs and has been demonstrated to improve survival (B.1) compared to no active therapy in compensated patients with CSPH. (Changed)

5.16 The decision to treat with NSBBs should be taken when clinically indicated, independent of the possibility of measuring HVPG. (B.2) (Unchanged) 5.17 Patients with compensated cirrhosis who are on NSBBs for the prevention of decompensation do not need a screening endoscopy for the detection of varices s

In dit geval is er sprake van een fibroscan uitslag van 32 kPa. Derhalve kan klinisch significante portale hypertensie verondersteld worden en verbetert carvedilol de overleving.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag:

Een 38-jarige vrouw onderging routine laboratoriumonderzoek waarbij positieve antistoffen tegen mitochondriën (AMA) gevonden werden. Er werden geen andere afwijkingen gevonden, de patiënte heeft geen klachten en de levertesten (ASAT, ALAT, AF, GGT, bilirubine) zijn geheel normaal.

Wat is nu de aanbevolen diagnostische/therapeutische vervolgstap?

- A. Echo van de lever
- B. Geen actie nodig
- C. Jaarlijkse controle van de levertesten**
- D. Start ursodeoxycholzuur 13-15 mg/kilogram per dag

Codering: 2023-48

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. J Hepatol. 2017 Jul;67(1):145-172. Pagina 152

Opmerkingen aios:

PBC start urso vlg's EASL guideline 2017: dit verbetert prognose. Waarom wordt dit antwoord fout gerekend?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL richtlijn "The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis" (2017) staat:

AMA reactivity alone is not sufficient to diagnose PBC. EASL recommends following-up patients with normal serum liver tests who are AMA positive with annual biochemical reassessment for the presence of liver disease (III, 1).

Gezien normale levertesten en ontbreken van klachten is diagnose PBC niet onomstotelijk bewezen en is uroschol nu niet geïndiceerd.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie**Vraag:**

Een patiënt met gedecompenseerde levercirrose (Child-Pugh C) en een MELD score van 25 staat op de wachtlijst voor levertransplantatie. Er is sprake van een hepatitis C infectie welke nog niet behandeld is.

Wat is in dit geval de optimale timing voor hepatitis C behandeling?

- A. Na transplantatie**
- B. Voor transplantatie
- C. Zowel voor als na transplantatie

Codering: 2023-52

Literatuur: hcvrichtsnoer.nl/gedecompenseerde-levercirrose/

EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series(☆). J Hepatol, 2020. 73(5): p. 1170-1218

Opmerkingen aios:

Het is beide te verdedigen. Op de HCV richtsnoer:

Behandeling van patiënten met een gedecompenseerde levercirrose (Child-Pugh C) moet in verband met de timing en dosering van behandeling in overleg met een levertransplantatiecentrum uitgevoerd worden, met name als de patiënt op de wachtlijst voor een levertransplantatie staat. In principe moet er worden gestreefd naar viruseradicatie voor levertransplantatie. Er zijn in principe geen dosisaanpassingen van de DAA's noodzakelijk. De EASL richtlijn maakt onderscheid op basis van MELD score. Bij een MELD score < 18-20 wordt spoedige antivirale behandeling geadviseerd, liefst voor levertransplantatie. Bij een MELD score ≥ 18-20 moet behandeling tot na levertransplantatie worden uitgesteld, echter indien de wachttijd langer dan 6 maanden is kan behandeling voor transplantatie worden gestart. Een MELD score ≥14, een albumine <35 g/L en een genotype 3 infectie zijn belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van (verergering van) decompensatie tijdens DAA behandeling. Bij deze patiëntengroep is frequente monitoring vereist en mogelijk moet behandeling zelfs worden uitgesteld tot na levertransplantatie.

=> ip voor, echter als een LTx langer gaat duren valt te overwegen ervoor te behandelen.

Zie <https://hcvrichtsnoer.nl/orgaantransplantatie/>

C is volgens mij het goede antwoord.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL richtlijn "recommendations on treatment of hepatitis C" (2020) staat:

Overall, the short-term benefits observed must be balanced with the respective risks of death on the waiting list and likelihood of transplantation. A US study combining real data and modelling suggested that treating HCV before instead of after liver transplantation would only increase life expectancy in patients with a MELD score



<-23-27, depending on the United Network for Organ Sharing region. Above a MELD score of 20, the life expectancy benefit of treating before liver transplantation in the model was always less than 1 year, arguing for transplanting individuals with very severe disease prior to HCV therapy.

Er wordt derhalve onderscheid gemaakt op basis van MELD score. Bij een MELD score < 18-20 wordt spoedige antivirale behandeling geadviseerd, liefst voor levertransplantatie. Bij een MELD score \geq 18-20 moet behandeling tot na levertransplantatie worden uitgesteld.

In casus is sprake van een MELD score van 25, derhalve dient de behandeling uitgesteld te worden tot na Ltx.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag:

Niet-selectieve bètablokkers hebben een plaats in de behandeling van patiënten met cirrose met medium-large varices als primaire profylaxe.

In welke situatie dienen deze te worden gestaakt?

- A. In geval van acute nierinsufficiëntie**
- B. In geval van een eerste maal ontlastende paracentese
- C. In geval van een pneumonie
- D. In geval van een systolische bloeddruk < 100 mmHg

Codering: 2023-54

Literatuur: EASL practice guideline for management of patients with decompensated cirrhosis Journal of Hepatology 2018

De Franchis R et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology 2022 vol 76. 959-974

Opmerkingen aios:

In alle gevallen zou je de NSBB staken, gekke vraag.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In Baveno VII richtlijn “Renewing consensus in portal hypertension” (2022) staat de volgende aanbeveling:

In patients with ascites, traditional NSBBs or carvedilol should be dose-reduced or discontinued in case of persistently low blood pressure (systolic blood pressure <90 mmHg or mean arterial pressure <65 mmHg) and/or HRS-AKI.(B.1)

Once blood pressure returns to baseline and/or HRS-AKI resolves, NSBBs can be re-initiated or re-titrated.(B.1)

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag:

Een 56-jarige vrouw ligt opgenomen met een milde (bilair geduide) pancreatitis. Op beeldvorming is er sprake van cholecystolithiasis.

Wat is het optimale moment voor het verrichten van een cholecystectomie?

- A. Binnen 3 dagen na ontstaan van klachten**
- B. Tussen 3 dagen - 2 weken na ontstaan van klachten
- C. 4-6 weken na ontstaan van klachten
- D. Zodra de pancreatitis volledig tot rust is gekomen, maar minimaal 3 maanden na het ontstaan van de klachten

Codering: 2023-56

Literatuur: FMS Richtlijn galsteenlijden, module 7 acute biliaire pancreatitis

Opmerkingen aios:

Er wordt in de praktijk altijd aangehouden binnen dezelfde opname; in de praktijk is dit meestal >3 dagen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In FMS richtlijn galsteenlijden (module 7 acute biliaire pancreatitis) staat de aanbeveling:

Op grond van recente literatuur is het optimale tijdstip voor het verrichten van een cholecystectomie bij patiënten met een milde biliaire pancreatitis op de meest mogelijk vroege termijn. Een cholecystectomie binnen 72 uur voorkomt recidief biliaire klachten en leidt niet tot hogere peri-operatieve morbiditeit.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag:

Een 63-jarige icterische man bij wie recent een pancreaskopcarcinoom is vastgesteld dat vooralsnog resectabel lijkt presenteert zich met een cholangitis. Na overleg met de hepatobiliaire chirurg wordt besloten om een ERCP te verrichten met als doel galwegdrainage.

Welk type stent wordt bij voorkeur in deze context geplaatst?

- A. Plastic stent 7Fr
- B. Plastic stent 10 Fr
- C. Ongecoverde self expandable metalen stent
- D. Volledig gecoverde self expandable metalen stent**

Codering: 2023-57

Literatuur: FMS Richtlijn pancreascarcinoom 2019

Opmerkingen aios:

De standaard is toch een ongecoverde stent, deze zal minder snel disloceren.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In FMS richtlijn "pancreascarcinoom" (2019) staat de aanbeveling: Gebruik bij voorkeur bij indicatie voor preoperatieve drainage een zelf-ontplooiende bedekte metalen stent.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 10: Spoedeisende MDL**Vraag:**

Een 42-jarige man presenteert zich om 03.00 uur 's nachts op de SEH in verband met zwarte ontlasting sinds 3 dagen. Hij heeft een bloeddruk van 120/70 mm Hg, pols 75/min regulair eequaal en bij rectaal toucher wordt donkerbruine faeces aan de handschoen gezien. Het lab toont een Hb van 9,0 mmol/l en er is geen ureum/kreatinine mismatch. Patiënt gebruikt acetylsalicylzuur en clopidogrel in verband met een TIA 4 maanden geleden gecombineerd met 1dd 20 mg omeprazol. De Glasgow-Blatchford Bleeding score is 1.

Wat is in dit geval het aangewezen beleid?

- A. CT angio maken
- B. Ontslag van de SEH met gastroscopie poliklinisch op korte termijn**
- C. Ontslag van de SEH met staken van de beide plaatsjesaggregatieremmers en gastroscopie poliklinisch op korte termijn.
- D. Opname met PPI-perfusor en gastroscopie de volgende ochtend

Codering: 2023-84

Literatuur: Grainek IM et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy 2021; 53.

Opmerkingen aios:

Gezien Blatchford score 1, is D het goede antwoord.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In ESGE richtlijn “Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH)” staat de volgende aanbeveling:

ESGE recommends in patients with acute upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH) the use of the Glasgow– Blatchford Score (GBS) for pre-endoscopy risk stratification. Patients with $GBS \leq 1$ are at very low risk of rebleeding, mortality within 30 days, or needing hospital-based intervention and can be safely managed as outpatients with outpatient endoscopy. Strong recommendation, moderate quality evidence.

De patiënt in de casus heeft een Glasgow-Blatchford score van 1 en kan veilig poliklinisch behandeld worden

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag:

Een 55-jarige man, alcoholist en bekend met alcoholische levercirrose presenteert zich met een acute oesofageale varicesbloeding. U verricht een spoed gastroscopie met rubberbandligaties op de IC en de patiënt start met octreotide 50 ug/uur. Dezelfde dag wordt u gebeld in verband met een rebleed. Wat is de volgende stap?

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid volgens de Baveno VII richtlijn?

- A. Octreotide dosis ophogen naar 100 ug/uur
- B. Gastroscopie met Histoacryl injectie van de restvarices.
- C. Plaatsen van een self-expandable metal stent gevolgd door een spoed TIPS**
- D. Plaatsen van een Sengstaken ballon en re-scopie over 48 uur.

Codering: 2023-87

Literatuur: De Franchis et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology 2022 vol 76, 959-974. Recommendation 7.9

Opmerkingen aios:

Je hebt richtlijnen en je hebt klinische praktijk. Tijdens 3 jaar in academie nog nooit gehoord dat we een SEMS plaatsen; altijd relook met nieuwe poging RBL.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In Baveno VII richtlijn “Renewing consensus in portal hypertension” (2022) staan de volgende aanbevelingen:

6.29 In refractory variceal bleeding, balloon tamponade or self-expandable metal stents (SEMS) should be used as a bridge therapy to a more definite treatment such as PTFE-covered TIPS. SEMS are as efficacious as balloon tamponade and are a safer option. (B.1) (Changed)

6.30 Failure to control variceal bleeding despite combined pharmacological and endoscopic therapy is best managed by salvage PTFE-covered TIPS. (B.1) (Changed)

De vraag is: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid volgens de Baveno VII richtlijn? Er wordt gevraagd naar inhoud van richtlijn en niet naar klinische praktijk.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

U controleert een 42-jarige vrouw met colitis ulcerosa sinds 1,5 jaar. Bij presentatie was er sprake van een pancolitis. De colitis is nu al ruim 1 jaar in remissie. Zij heeft geen primair scleroserende cholangitis. Patiënte vraagt wanneer zij weer een (surveillance) colonoscopie moet ondergaan.

Wat is in dit geval het meest aangewezen antwoord op haar vraag?

- A. Geen surveillance scopie noodzakelijk
- B. Surveillance colonoscopie 5 jaar na laatste colonoscopie
- C. Surveillance colonoscopie 8 jaar na laatste colonoscopie
- D. Surveillance colonoscopie 8 jaar na start van symptomen**

Codering: 2023-89

Literatuur: FMS richtlijn “Inflammatoire darmziekten bij volwassenen”

Opmerkingen aios:

Ik vind dit een zeer verwarrende vraag en heb getwijfeld tussen C en D. Uiteindelijk gekozen voor C omdat de scopie ip 8 jaar na de index scopie moet plaatsvinden. De start van de symptomen kunnen theoretisch al maanden voor de index scopie liggen, dat moment wordt niet gerekend als T=0.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de FMS richtlijn “Inflammatoire darmziekten bij volwassenen” kopje surveillance beleid staat de aanbeveling:

Een screenings-coloscopie moet worden geadviseerd aan alle patiënten, 8 jaar na de start van symptomen om het risicoprofiel voor CRC van de patiënt te bepalen. Hierbij dienen uit elk colonsegment een aantal bipten genomen te worden ter bepaling van de maximale histologische uitbreiding van de ziekte.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

In geval van vermoeden op een *Helicobacter pylori* infectie kan gekozen worden voor bipten ter diagnostiek. Deze hebben als secundair doel het beoordelen van intestinale atrofie en/of metaplasie. De locatie van afname en wijze van insturen is van invloed op resultaten en vervolgbehandeling.

Wat is het eerst aangewezen beleid ten aanzien van het nemen van bipten en hoe dienen deze te worden ingestuurd voor pathologisch onderzoek?

- A. Afnemen van 2 bipten uit antrum en gezamenlijk in 1 potje insturen voor pathologisch onderzoek
- B. Afnemen van 2 bipten uit antrum en 2 bipten uit corpus en deze in elk een eigen potje insturen voor pathologisch onderzoek**
- C. Afnemen van 2 bipten uit antrum en 2 bipten uit corpus en deze gezamenlijk in 1 potje insturen voor pathologisch onderzoek
- D. Afnemen van 4 bipten uit 4 kwadranten van antrum en 4 bipten uit 4 kwadranten van corpus en deze in elk een eigen potje insturen voor pathologisch onderzoek

Codering: 2023-90

Literatuur: Pouw Roos E et al. Endoscopic tissue sampling - Part 1: Upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2021; 53.

Management of *Helicobacter Pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut 2022.

Opmerkingen aios:

De patholoog kan het antrum en corpus bipt histopathologisch onderscheiden. Daar hoeft je het niet voor in aparte potjes te doen (om ook IM in het corpus te weten). Sterker nog dit is geen groene geneeskunde om 2 potjes te gebruiken.



Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In ESGE richtlijn “ Endoscopic tissue sampling - Part 1: Upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts” (2021) staat de volgende aanbeveling:

ESGE recommends obtaining two biopsies from the antrum and two from corpus in patients with suspected Helicobacter Pylori infection and for gastritis staging. Strong recommendation, low quality of evidence

ESGE recommends placing biopsies from the antrum and corpus inot separate containers. Strong recommendation, high quality of evidence

De commissie waardeert de groene geneeskunde gedachte maar vooralsnog is de richtlijn leidend.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

Een 60-jarige man ondergaat een colonoscopie waarbij een 15 mm vlakke poliep in het colon transversum middels een en bloc endoscopische mucosale resectie (EMR) wordt verwijderd. Hij gebruikt clopidogrel vanwege een TIA in 2020.

Wat is in dit geval het aangewezen beleid ter preventie van een nabloeding?

- A. Clopidogrel na coloscopie gedurende 5 dagen na coloscopie staken
- B. Coagulatie van niet-bloedende vaten in het resectievlak
- C. Expectatief beleid**
- D. Sluiten van het resectievlak met hemoclips

Codering: 2023-93

Literatuur: FMS Richtlijn Poliepectomie van het rectum en colon

Turan et al. The Role of Clips in Preventing Delayed Bleeding After Colorectal Polyp Resection: An Individual Patient Data Meta-Analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2022

Opmerkingen aios:

Bij een rechtzijdige poliep >10 mm waarbij de pt ook een TAR gebruikt is het niet verkeerd om het wondbed dicht te clippen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de richtlijn "Poliepectomie van van het rectum en colon" (2022) staat:

Het preventieve effect van clippen op post procedurele bloeding ontbreekt voor distale poliepen en voor poliepen < 20 mm, ook bij het gebruik van antistolling.

Gezien de huidige kosten per hemoclip wordt aanbevolen clippen alleen te overwegen voor grote (≥ 20 mm) rechtszijdige poliepen in hoog risicopatiënten, bepaald door gebruik van anticoagulantia of (dubbele) plaatjesremmers, in combinatie met comorbiditeit en poliep grootte.

De hier genoemde poliep is kleiner dan 20 mm en derhalve is preventief clippen van het wondvlak niet geïndiceerd.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.