



Categorie 1: MDL-Oncologie

Vraag: Bij een 49-jarige man wordt een coloncarcinoom geconstateerd in het colon ascendens. Er werden geen adenomen aangetroffen in het colon. Zijn vader en een oom (broer van moeder) hadden darmkanker op respectievelijk 67- en 72-jarige leeftijd. De patholoog zet immunohistochemisch onderzoek in op MMR-eiwitten, hierbij wordt afschakeling van MLH1 gevonden.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Bepalen aanwezigheid MLH1 promoter hypermethylering; bij aangetoonde hypermethylatie verwijzen naar klinisch geneticus
- B. Bepalen aanwezigheid MLH1 promoter hypermethylering, bij aangetoonde hypermethylatie NIET verwijzen naar klinisch geneticus**
- C. Verwijzing naar klinisch geneticus; genetische analyse afwachten alvorens advies te geven met betrekking tot type resectie
- D. Verwijzing naar klinisch geneticus; genetische analyse NIET afwachten en advies om subtotale colectomie te verrichten

ID: 30514

Literatuur: richtlijn erfelijke darmkanker

Opmerkingen aios:

Patient is jonger dan 50 jaar en gediagnostiseerd met CRC, dan moet je patient naar de klinisch geneticus sturen. Zie zakkaart colonoscopie.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het zakkaartje coloscopie dateert uit 2013, verwezen wordt daarbij naar de toen geldende richtlijn erfelijke darmkanker. Deze richtlijn is sindsdien geupdate en de huidige richtlijn schrijft verwijzing naar de klinische geneticus voor indien er (o.a.) sprake is van:

- CRC < 40 jaar met normale of met afwijkende IHC / MSI uitslag (altijd verwijzen)
- CRC < 70 jaar met afwijkende IHC / MSI (tenzij hypermethylering van de *MLH1*-promoter, dan niet verwijzen)
- CRC < 50 jaar indien er geen uitslag van IHC / MSI is.

In de casus was de IHC wel bekend en dient dit dus betrokken te worden in het besluit wel/niet te verwijzen. Omdat er afschakeling van MLH1 is, dient promotor hypermethylatie aangetoond danwel uitgesloten te worden. Indien aanwezig, dan is verwijzing niet geïndiceerd.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 1: MDL-Oncologie

Vraag: Bij een 56-jarige man worden meerdere serrated poliepen gevonden bij coloscopie. De grootste poliepen bevinden zich in het colon ascendens en zijn resp. 11, 15 en 17 mm groot. Uit de rest van het colon worden nog 12 poliepen verwijderd die door de patholoog geclassificeerd worden als serrated poliep (7 maal, waarvan 5 in colon transversum en 2 in colon descendens) danwel hyperplastische poliep (5 maal, allen gelokaliseerd in sigmoid). Patiënt heeft twee jongere broers van respectievelijk 51 en 54 jaar.

Welk advies is in dit geval het meest aangewezen voor de broers van de patiënt?

- A. Coloscopie elke 1-2 jaar
- B. Coloscopie elke 2-3 jaar
- C. Coloscopie elke 5 jaar**
- D. Deelname bevolkingsonderzoek darmkanker

ID: 30444

Literatuur: richtlijn erfelijke darmkanker

Opmerkingen aios:

Er zijn voor verschillende syndromen (Lynch, MAP, FAP, AFAP en SPS) verschillende surveillance termijnen voor zowel patient als familie. Dit is allemaal heel goed na te zoeken met verscheidene samenvattingskaarten. Relevant zou zijn geweest om te testen of iemand weet hoe het zit met die follow-up voor een patient; voor een familielid lijkt me dit geen relevante toetsvraag (cq feitenkennis).

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De commissie is van mening dat kennis voor de adviezen voor eerstegraads familieleden wel degelijk relevant is. Serrated Polyposis Syndroom is een syndroom dat wordt vastgesteld op klinische gronden. Deze patiënten komen niet bij de klinisch geneticus. Het is dus aan de behandelend MDL-arts om kennis te hebben van de adviezen die aan de familieleden moeten worden gegeven en dient deze dan ook met de patiënt te bespreken.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 1: MDL-Oncologie

Vraag: Een 71-jarige patiënt ondergaat een coloscopie vanwege een positieve FIT-test. Bij coloscopie wordt een sessiele poliep in het sigmoïd verwijderd.

De PA-uitslag luidt:

Tubulair adenoom met adenocarcinoom; differentiatiegraad: goed/matig; invasiediepte: submucosa; (Lymf-)angio invasie: niet aanwezig; tumor budding: laag (Bd1). Afstand tot resectievlak 0.1cm

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Aanvullende chirurgische resectie na voorafgaande stadiëringsonderzoeken
- B. Aanvullende chirurgische resectie zonder voorafgaande stadiëringsonderzoeken
- C. eFTR (endoscopische full thickness resectie) van het litteken
- D. Endoscopische surveillance**

ID: 30544

Literatuur: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/startpagina_-_crc.html
Module 5.1.2 Follow-up na lokale behandeling T1 coloncarcinoom

Opmerkingen aios:

De tumor reikt tot in de submucosa. Er wordt niet beschreven of de poliep middels ESD of EMR behandeld is. Hierdoor ontstaat verwarring en zijn er meerdere antwoorden goed.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Er wordt een afstand tot het resectievlak beschreven, waaruit op te maken is dat het een *en bloc* resectie betreft. In dat geval is, bij bovengenoemde kenmerken, endoscopische surveillance aangewezen en zijn de alternatieve antwoorden niet aangewezen.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



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

Vraag: Welke behandeluitkomst bij patiënten met de ziekte van Crohn is geassocieerd met een verbetering van de prognose op lange termijn?

- A. Histologische remissie
- B. Klinische remissie
- C. Patient reported score (PROMs)
- D. Transmurale remissie**

ID: 30554

Literatuur: Inflamm Bowel Dis. 2017 Aug;23(8):1403-1409. Therap Adv Gastroenterol. 2021 Jun 9;14

Opmerking aios:

Mijns inziens is histologische remissie ook een goed antwoord. Zie bijvoorbeeld de Britse IBD richtlijn uit 2019, die stelt: 'There is, however, growing evidence that the presence of endoscopic and histological inflammation is predictive of future flares, lack of sustained remission, need for corticosteroids and colectomy.' Tevens geven de auteurs van het STRIDE-II rapport aan in American Journal of Gastroenterology: 'Available data indicate that histological remission may be associated with better outcomes in UC, including lower relapse rates and lower cancer risk, providing a rationale for making this a primary outcome in clinical trials and in daily practice' (zie PMID 31809296)

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Histologische remissie / mucosal healing is ook geassocieerd met een verbetering van de lange termijn prognose. Transmurale remissie lijkt echter bij de Ziekte van Crohn een nog betere lange termijn prognose te geven en is dus waarschijnlijk een meer aangewezen behandeldoel bij Crohn. De vraag is echter niet welke behandeluitkomst het meest aangewezen is. Gezien de nog beperkte hoeveelheid evidence op dit eindpunt in combinatie met de huidige ECCO-ESGAR Guideline (Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications) die mucosale healing beschrijft als na te streven behandeluitkomst heeft de commissie besloten ook antwoord A goed te keuren.

Aanpassing sleutel:

A en D worden beide goed gerekend.



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

Vraag: Een 26-jarige kraanmachinist presenteert zich op de polikliniek met klachten van frequent kleine beetjes dunne ontlasting met soms ook bloedbijmenging. Hij wordt door deze klachten ernstig gehinderd in zijn werkzaamheden. Op basis van endoscopisch onderzoek wordt de diagnose “mild actieve linkszijdige colitis ulcerosa *de novo*” gesteld. Er zijn geen indicatoren voor een ernstig beloop.

Wat is de meest aangewezen eerstelijnsbehandeling?

- A. Alleen budesonide oraal
- B. Alleen mesalazine klysma
- C. Alleen mesalazine oraal
- D. Mesalazine klysma + budesonide oraal
- E. Mesalazine klysma + mesalazine oraal**

ID: 30569

Literatuur: Rubin *et al.* ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. The American Journal of Gastroenterology; Journal of Crohn's and Colitis, Volume 11, Issue 7, July 2017, Pages 769–784 (ECCO guideline)

Opmerkingen aios:

- Op www.mdl.nl in de richtlijn IBD staat in het stroomschema bij linkszijdige colitis ulcerosa met mild/matige activiteit dat in een 1e stap gekozen kan worden tussen 5ASA oraal of 5ASA hoog volume klysma. Antwoord "alleen mesalazine klysma" is dus ook correct. We dienen de NL richtlijn te volgen (tenzij op mdl.nl naar een internationale richtlijn verwezen wordt).
- Beste toetscommissie. Ondanks dat de ECCO richtlijn van recentere datum is, valt er iets voor te zeggen om ook het beleid conform de meest recente Nederlandse richtlijn die te vinden is op de website van de NVMDL aan te houden. Dit betreft de richtlijn uit 2008. Op pagina 50 van deze richtlijn staat bij de conclusies “5-ASA toegediend als klysma is effectiever dan lokaal werkzame corticosteroïdentherapie of orale 5-ASA therapie bij linkszijdige CU.” In de overige overwegingen en aanbevelingen wordt hier niet op teruggekomen. Ook wordt er niet expliciet geadviseerd om orale 5-ASA en 5-ASA klysma's te combineren. Dit maakt dat op basis van de meest recente en geldende Nederlandse richtlijn ook alleen mesalazine klysma's als meest aangewezen eerstelijnsbehandeling kan worden gekozen. Ik zou ervoor willen pleiten om ook dat antwoord goed te rekenen. Alvast dank voor uw reactie.
- zie MDL NL richtlijn
https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/richtlijn_2008_Inflammatoire-darmziekten-bij-volw_samenvatting_0.pdf Bij mild/matige linkszijdige colitis is de eerste stap 5-asa oraal OF 5-asa hoog volume klysmata. Pas stap 2 is beide geven.
- icc.ibd.com/richtlijn. Stroomdiagram Linkszijdig, mild/matig, 5-ASA 2-4g oraal OF 5-ASA hoog volume klysma. Geen harde indicatie voor zowel klysma als oraal.



Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Op pagina 50 van de Nederlandse IBD richtlijn staat onder “overige overwegingen”: De optimale dosering van remissie-inductie therapie bij CU is onvoldoende uitgezocht. Interessant is dat het gebruik van combinatiepreparaten van orale en rectale 5-ASA preparaten tot hogere effectiviteit kan leiden (Marteau, 2005; Safdi, 1997; d’Albasio, 1997),

De reeds verouderde richtlijn uit 2008 laat dus al ruimte voor de huidige evidence en geeft een vingerwijzing naar combinatie therapie. Als men de tekst dus leest (en niet alleen het stroomschema volgt) komt men, in combinatie met de meer recentere richtlijnen uit Europa en de Verenigde Staten, op antwoord E uit.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



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

Vraag: Een 22-jarige patiënte ondergaat een ileocoloscopie wegens buikpijn, chronische diarree en een verhoogd calprotectine in de faeces. Bij dit onderzoek worden aften in het terminale ileum en een milde tot matig actieve rechtszijdige colitis gevonden, compatibel met de ziekte van Crohn. Biopten laten een chronische niet-specifieke ontsteking zien, mogelijk passend bij IBD.

Welke behandeling is het meest aangewezen?

- A. **Budesonide**
- B. Mesalazine
- C. Prednison
- D. Thiopurine

ID: 30574

Literatuur: Ecco guidelines on therapeutics In Crohn's disease. JCC 2020, volume 14, issue 1, 4-22. Recommendation 1.2

Opmerkingen aios:

- In het stroomschema van inductietherapie van Crohn op mdl.nl staat dat als er geen sprake is van perianale ziekte, en zowel het colon als het ileum aangedaan is er als 1e stap gekozen dient te worden voor corticosteroiden in afbouwschema en niet voor budesonide. ANTwoord 'Prednison' dient dus ook goedgekeurd te worden. Als de ECCO richtlijn voorrang heeft op de Nederlandse richtlijn dient deze op www.mdl.nl te staan.
- icc.ibd.com/richtlijn. Geen perianale ziekte, colon en ileum aangedaan: corticosteroiden afbouwschema (prednison). Colon niet aangedaan, ileum wel: budesonide.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Als men alleen het stroomschema bekijkt van de Nederlandse richtlijn IBD uit 2008, kan men op antwoord C uitkomen. Bij het lezen van de volledige tekst, staat echter op p. 75 het volgende: Patiënten met de ZvC met milde tot matige activiteit gelokaliseerd in het terminale ileum of proximale colon worden bij voorkeur behandeld met budesonide preparaten. Op p. 78-79 staat vervolgens: Budesonide 1dd 9mg gedurende 2 tot 4 maanden is effectief voor de behandeling van een milde tot matig actieve ZvC, gelokaliseerd in het terminale ileum wel of niet in combinatie met ziekteactiviteit van het proximale colon. Aanbeveling: *Het heeft de voorkeur remissie-inductie behandeling van milde- tot matige ziekteactiviteit van het terminale ileum en/of proximale colon te starten met budesonide 1dd 9mg gedurende 2 tot 4 maanden vanwege het milder bijwerkingprofiel bij vrijwel gelijke effectiviteit als klassieke corticosteroiden. Indien er binnen 2 tot 4 weken geen duidelijke verbetering is van de symptomen, wordt een omzetting naar systemische corticosteroiden aanbevolen.* Antwoord A is hiermee het beste antwoord.

Aanpassing sleutel:

Handhaven huidige antwoordsleutel.



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

Vraag: Een 32-jarige vrouw komt op uw spreekuur vanwege chronische diarree en buikpijn die ongeveer een jaar geleden zijn ontstaan. De huisarts heeft een analyse van de ontlasting gedaan: faeces calproectine is laag en bij parasitair onderzoek wordt een *Dientamoeba fragilis* gevonden. Patiënte geeft aan graag behandeld te willen worden.

Wat is nu voor deze patiënte het meest aangewezen advies ten aanzien van de behandeling van de dientamoeba?

- A. Behandeling kan worden overwogen, eerste keus is amoxicilline-clavulaanzuur
- B. Behandeling kan worden overwogen, eerste keus is clioquinol**
- C. Behandeling kan worden overwogen, eerste keus is metronidazol
- D. Behandeling is in geen geval geïndiceerd

ID: 30634

Literatuur: Van Gestel R. et al. Parasitology 2019; 146:113101139; SWAB richtlijn

Opmerkingen aios:

In de richtlijn staat dat behandeling enkel overwogen moet worden als er sprake is van langdurige klachten en overige oorzaken zijn uitgesloten. In dit geval is er nog geen colonoscopie verricht om microscopische colitis uit te sluiten, derhalve is antwoord D correct.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De klachten zijn langdurig aanwezig in deze casus. Het is niet zo dat behandeling pas zou moeten worden overwogen nadat een coloscopie uitgevoerd is. De formulering van het correcte antwoord ("kan worden overwogen") is onzes inziens in deze situatie correct. Het is niet zo dat behandeling in geen geval geïndiceerd is; antwoord D is daarmee niet correct.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Vraag: Een 30-jarige patiënte, werkzaam op een kinderdagopvang, ervaart sinds enkele weken in toenemende mate klachten van krampende buikpijn, diarree, boeren en stinkende flatulentie. Er is ook sprake van gewichtsverlies, anorexie en algehele malaise. Fecesonderzoek toont zowel de druppelvormige trofozoieten als cysten van een ééncellige dunnedarm parasiet.

Wat is nu de meest aangewezen behandeling?

- A. Behandeling is niet nodig, deze infectie is self-limiting
- B. Start metronidazol eenmaal daags 2 gram gedurende 3 dagen**
- C. Start metronidazol driemaal daags 500mg gedurende 10 dagen
- D. Start paromomycine eenmaal daags 2 gram gedurende 3 dagen
- E. Start paromomycine driemaal daags 500mg gedurende 10 dagen

ID: 30639

Literatuur: SWAB richtlijn antimicrobiële therapie voor acute infectieuze diarree

Opmerkingen aios:

Het antibiotica beleid in het Erasmus MC zegt dat metronidazol gedurende 7 dagen gegeven moet worden, waardoor antwoord B ook niet correct is.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Bij deze landelijke voortgangstoets baseren we ons op de landelijk geldende richtlijnen, in dit geval de SWAB richtlijn. Het correcte antwoord is in lijn met deze richtlijn.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen

Vraag: Een 58-jarige patiënt zonder overgewicht bezoekt uw polikliniek vanwege pyrosis met onvoldoende effect van Omeprazol 40 mg 1dd1. Gastroduodenoscopie toont geen afwijkingen en een hoge resolutie manometrie (HRM) toont een normale 'integrated relaxation pressure' (IRP) met een 'distal contractile integral' (DCI) < 100 mmHg.s.cm ofwel afwezige slokdarmperistaltiek.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. 24 uurs pH + impedantie meting
- B. Dosis PPI verdubbelen; evalueren over 6-8 weken**
- C. H2-receptor antagonist toevoegen
- D. Verwijzen voor Toupet fundoplicatie

ID: 30659

Literatuur: Richtlijn refluxziekte 2010.

Opmerkingen aios:

- Bij patiënten zonder afwijkingen bij gastroscopie moet, als PPI 1dd geen effect heeft, overgegaan worden tot pH-metrie volgens de Nederlandse richtlijn uit 2010, zie figuur 3 in die richtlijn. Alleen bij aangetoonde refluxoesofagitis moet eerst dubbele dosering PPI geprobeerd worden voor 8 weken. In deze vraag zijn er geen afwijkingen bij gastroscopie, dus zou direct een pH-metrie moeten plaatsvinden.
- Het juiste antwoord is natuurlijk een 24-uurs pH-metrie en niet verdubbeling van de PPI zoals door u gesteld. Ik citeer de richtlijn Refluxziekte: ""De PPI-test is met name populair in de eerste lijn. Voor gebruik in de tweede lijn wordt de PPI-test vaak minder geschikt geacht, vanwege haar lage specificiteit en vanwege het feit dat de meeste patiënten al een behandeling met een PPI achter de rug hebben, met onvoldoende resultaat."" En in de conclusie: ""Indien bij scopie geen oesofagitis wordt aangetroffen wordt protonpompremming in een standaarddosering (Zie Tabel 3) gedurende 8 weken geadviseerd. Wanneer na deze termijn alsnog hinderlijke symptomen worden gerapporteerd, wordt aanbevolen een 24-uurs slokdarm-pH- en/of -impedantiemeting uit te voeren."" NB standaarddosering omeprazol is 40mg 1dd, zie tabel 3 in de richtlijn."

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het verweer is inderdaad terecht. Aangezien er geen oesophagitis bij gastroscopie gezien werd, is een pH en impedantie-meting de volgende geadviseerde stap. Als er in de casus wel een oesophagitis te zien was en PPI 1d40mg was onvoldoende, dan was een verdubbeling gedurende 8 weken geadviseerd, en indien niet effectief, dan pas de pH-impedantie.

Aanpassing sleutel:

Sleutelwijziging van B naar A.



Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag: Een 46-jarige Nederlandse man wordt succesvol met Direct Acting Antivirals behandeld voor chronische hepatitis C. Voorafgaand aan de behandeling leverde een fibroscan een stiffness van 16.5 kPa op, passend bij cirrose. Tegelijk bepaald bloedonderzoek leverde de volgende uitslagen op: ASAT 61 U/L, ALAT 73 U/L en normale waarden voor bilirubine, albumine, PT en trombocyten. Zes maanden na de succesvolle behandeling zijn de transaminasen genormaliseerd en levert herhaalde fibroscan een stiffness van 7.3 kPa op, passend bij matige fibrose (F2)
Wat is in dit geval het advies voor hepatocellulair carcinoom (HCC) surveillance?

- A. Er is geen indicatie voor surveillance
- B. Surveillance is alleen geïndiceerd indien er sprake is van cofactoren die het risico op HCC verhogen (zoals overgewicht, alcohol, chronische hepatitis B)
- C. Surveillance (echografie elke 6 maanden) blijft geïndiceerd**
- D. Surveillance middels echografie blijft geïndiceerd met een frequentie van eenmaal per 3 jaar

ID: 30694

Literatuur: European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C – Final update of the series. J Hepatol. 2020;73:1170–218.

D'Ambrosio R, Aghemo A, Fraquelli M, Rumi MG, Donato MF, Paradis V, et al. The diagnostic accuracy of Fibroscan® for cirrhosis is influenced by liver morphometry in HCV patients with a sustained virological response. J Hepatol. 2013;59:251–6.

Sultanik P, Kramer L, Soudan D, Bouam S, Meritet J-F, Vallet-Pichard A, et al. The relationship between liver stiffness measurement and outcome in patients with chronic hepatitis C and cirrhosis: a retrospective longitudinal hospital study. Aliment Pharmacol Ther. 2016;44:505–13.

Opmerkingen aios:

Door de vraag dusdanig te stellen ontstaat er twijfel over de diagnose "cirrose", aangezien hier lijkt dat de hoge fibroscan waarde wordt gedreven door het verhoogde ALT (o.a.). "passend bij" is dus niet juist om de vraag goed te kunnen beantwoorden. Daarbij is dit wel heel suggestief omdat de fibroscan waarde binnen 6 maanden lijkt te normaliseren, iets wat je bij een echte cirrose mi niet zo snel ziet. Als je wilt toetsen of iemand weet dat je na SVR bij een cirroticus dus door moet met halfjaarlijkse echo's, moet je daar dus geen twijfel over laten bestaan.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Verwezen wordt naar de EASL richtlijn: deze is duidelijk onder hoofdstuk Post-treatment follow-up of patients who achieve an SVR: Patients with advanced fibrosis (METAVIR score F3) and patients with cirrhosis (F4) who achieve an SVR should remain under surveillance for HCC every 6 months by ultrasound. Recommendations: 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. Dus: hierbij is de essentie juist dat je kijkt naar de situatie voorafgaande aan de SVR. De vraag is daarmee goed te beantwoorden en antwoord C is het correcte antwoord.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag: U ziet een 55-jarige vrouw op de polikliniek in verband met een solitair leveradenoom van 3 cm. Patiënte is post-menopauzaal en op de laatste scan is er een lichte regressie van het adenoom gezien ten opzichte van de voorgaande scan 12 maanden eerder.

Wat is in dit geval het meest aangewezen advies met betrekking tot follow up?

- A. Follow-up CT over 1 jaar
- B. Follow-up CT over 2 jaar
- C. Follow-up MRI over 1 jaar
- D. Follow-up MRI over 2 jaar
- E. Geen verdere follow-up**

ID: 30709

Literatuur: Klompenhouwer et al, Evidence of good prognosis of hepatocellular adenoma in post-menopausal women, J Hepatol. 2016 Dec;65(6):1163-1170.

Opmerking aios:

O.b.v. clinical guideline van de EASL suggereert figuur 4 annual imaging EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de study van Klopemaker uit 2016 die specifiek over deze groep gaat staat in de conclusie: this study showed that HCAs become significantly smaller in diameter after the occurrence of menopause in female patients. Especially HCA <50 mm demonstrated regression after subsequent follow-up of at least six months. Therefore, routine surveillance of HCA in post-menopausal patients with HCA <50 mm that showed regression in subsequent follow-up is not required. De crux zit erin dat er sprake is van een kleine laesie, die reeds enige regressie toont, bij een postmenopauzale vrouw.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag: Op uw polikliniek controleert u regelmatig een 60-jarige man met een post-alcoholische levercirrose. In het laboratorium onderzoek heeft hij trombocyten van $167 \times 10^9/L$ en een fibroscan waarde van 19.5 kPa (IQR 2.2; success rate 10/10).

Wat is in dit geval de meest aangewezen follow up?

- A. Eén keer per jaar echo abdomen en gastroscopie
- B. Halfjaarlijks echo abdomen**
- C. Halfjaarlijks echo abdomen en fibroscan
- D. Halfjaarlijks echo abdomen en indien niet eerder verricht nu een gastroscopie

ID: 30714

Literatuur: BAVENO VI richtlijn 2015, EASL Clinical Practice Guidelines: Hepatocellular Carcinoma

Opmerkingen aios:

De BAVENO VI richtlijn geeft aan: "Patients with a liver stiffness <20 kPa and with a platelet count >150,000 have a very low risk of having varices requiring treatment, and can avoid screening endoscopy". Deze patient heeft een stijfheid van 19.5 kPa. In de richtlijn wordt het advies gegeven op basis van geen decimalen, maar hele getallen. Dit betekent dat 19.5 zou moeten worden afgerond naar 20 en dat er wel een indicatie is voor een screening gastroscopie. Ik zou ervoor willen pleiten om ook het antwoord elk half jaar een echo en indien nog niet verricht een gastroscopie ook goed te rekenen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De richtlijn benoemt een grens van 20 kPa. 19.5 is lager dan 20.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag: Een 67-jarige man bekend met hypertensie en atriumfibrilleren bezoekt de poli MDL in verband met een nieuw gevonden pancreascyste op een echo. Er wordt een MRI-pancreas gemaakt. Hierop wordt het beeld van een side-branch intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) gezien in de pancreaskop met een diameter van 35 mm. Er zijn geen aankleurende nodules. De ductus pancreaticus heeft een diameter van 4 mm. Het serum CA19-9 is 23 kU/l.

Wat is in dit geval de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Aanvullende endo-echoscopie met eventueel punctie
- B. Controle met MRI-pancreas over 6 maanden en bepalen van serum CA19.9
- C. **Controle met MRI-pancreas over 12 maanden en bepalen van serum CA19.9**
- D. Verwijzen naar chirurgie voor pylorus-sparende pancreaticoduodenectomie

ID: 30739

Literatuur: European Study Group on Cystic Tumours of the P. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms, Gut 2018;67(5):789-804.

Opmerkingen aios:

- In de aangehaalde richtlijn ("European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms") staat in figuur 1 dat er bij geen indicatie voor chirurgie (zoals hier het geval is obv dezelfde richtlijn) in het eerste jaar elke 6 maanden CA19.9 en een MRI en/of EUS gedaan moet worden. Na 1 jaar dient dit jaarlijks gedaan te worden. Daarom wil ik ervoor pleiten dat het antwoord: MRI en CA19.9 over 6 maanden juist is ipv het antwoord dat nu als goed in het model staat (MRI en CA 19.9 over 12 maanden). Er wordt namelijk gevraagd wat de meest aangewezen vervolgstap is bij deze patiënt met een nieuw gediagnosticeerde side-branch IPMN. Alvast dank voor uw reactie.
- Het juiste antwoord moet B zijn volgens de genoemde bron. Het eerste jaar na diagnose (wat in de casus het geval is), is half jaarlijkse controle. Zie figuur 1 van European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms
- Dit antwoord klopt niet. De European Study group on cystic tumours of the pancreas (Gut 2018;67(5):789-804) geeft duidelijk aan dat in het eerste jaar van diagnose er iedere 6 maanden een MRI + Ca19.9 moet plaatsvinden. Pas hierna kan worden overgegaan op jaarlijkse surveillance
- In de bron die bij de vraag staat genoemd, valt te lezen dat in het eerste jaar na diagnose een surveillance termijn van 6 maanden wordt geadviseerd. Daarna pas een termijn van 12 maanden. Antwoord B is dus goed. Zie figuur 1 van de guideline.
- "In bron ""- Pancreatology 2017, 738-753. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas."" staat dat cyst grootte > 3cm een worrisome feature is en derhalve een EUS verricht moet worden. Zo is dat ook in de RAKU richtlijn (UMCU, Meander, Antonius, Diak) opgenomen: Branch-duct IPMN "High risk stigmata" voor maligniteit:

X Obstructie icterus bij cystemeuze laesie in de pancreaskop (tenzij eenduidig SCN)

X Aankleurende murale nodule/ solide massa \geq 5 mm

X Ductus pancreaticus \geq 10 mm, tenzij anders verklaard



Eén van deze high risk stigmata aanwezig: resectie.

“Worrisome features”:

X Pancreatitis (klinisch)

X Cyste ≥3 cm

X Aankleurende murale nodule <5 mm

X Verdikte/ aankleurende cyste wand

X Main duct 5.0-9.9 mm

X Abrupte kaliberverandering PD met distale atrofie

X Lymfadenopathie op MRI

X Verhoogd serum CA19.9 (wanneer patiënt niet-icterisch is en geen pancreatitis heeft)

X Cyste groei ≥5 mm/ jaar (gemeten op de MIP projectie van de MRCP)

X De novo diabetes mellitus

Eén van deze worrisome features aanwezig: EUS."

- De Fukuoka guidelines geven aan dat bij een 'worrisome feature' zoals een cyste >3cm (zoals in deze casus het geval is) eerst een EUS gedaan moet worden, zie ook figuur 2 in de publicatie (Tanaka, Pancreatology (2017) 738-753)
- In het flow-chart van de richtlijn waarna verwezen wordt: European Study Group on Cystic Tumours of the P. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms, Gut 2018;67(5):789-804. Staat dat in het eerste jaar van diagnose er: Klinische evaluatie, Ca-19.9 en MRI/en of EUS elke 6 maanden moet plaats vinden. Na het eerste jaar van diagnose, jaarlijks. Gezien in de vraag de diagnose pas nu net gesteld is, zou de eerste controle MRI dus over 6 maanden moeten plaats vinden en indien geen worrisome features kan het interval dan uitgebreid worden naar 1 jaar.
- In de gerefereerde richtlijn is de lezen dat gedurende het eerste jaar 1x per halfjaar de genoemde onderzoeken plaats dienen te vinden. Na het eerste jaar wordt het onderzoek jaarlijks herhaald.
- Obv guideline over o.a. IPMNs, zou het na 6 maanden moeten worden vervolgd (antwoord B): Zie figuur geheel links (1e jaar halfjaarlijkse controle): <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/67/5/789/F1.large.jpg?download=true> Artikel: <https://gut.bmj.com/content/67/5/789>.
- in het eerste jaar na de diagnose IPMN dient elk half jaar een controle verricht te worden met MRI (of EUS) en CA19.9, zie figuur 1 in de door jullie aangegeven richtlijn
- Geacht concilium, Ook na het opnieuw lezen van de richtlijn begrijp ik het antwoordmodel niet. In het stroomschema in de richtlijn waarnaar verwezen wordt, staat toch duidelijk dat in het eerste jaar na diagnose elke 6 maanden follow-up dient plaats te vinden. Pas na het eerste jaar kan dit interval verlengd worden naar 1x/jaar. Derhalve lijkt mij het juiste antwoord: MRI+CA19.9 herhalen na 6 maanden.
- Conform de aangehaalde literatuur moet er bij een nieuwe diagnose IPMN beeldvorming na 6 maanden herhaald worden, niet pas na een jaar
- Gezien dit een nieuwe SB-IPMN is moet in het 1e jaar de FU na 6 maanden zijn en niet 12 maanden. Indien er op 6 maanden geen absolute of relatieve indicatie zijn voor resectie wordt de FU jaarlijks. zie figuur 1 en sectie 4.2 pagina 792 European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms, GUT 2018;67(5):789-804.
- Nieuw gediagnosticeerde cyste dient in t eerste jaar a 6 mnd vervolgd te worden
- Het juiste antwoord is antwoord B. Zie figuur 1 van de eigen aangehaalde referentie. Het eerste jaar na diagnose is de surveillance a 6 maanden.
- Volgens mij is surveillance het eerste jaar na 6 maanden, daarna jaarlijks. Dit staat ook zo in het stroomdiagram in de Europese richtlijn (referentie) op pagina 794.



- Juiste antwoord moet B zijn Bron: The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. Gut 2018. (zie grafiek)

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Bij deze vraag is een sleutfout opgetreden, het juiste antwoord moet inderdaad antwoord B zijn.

Aanpassing sleutel:

Sleutelwijziging C naar B.



Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag: Een 63-jarige vrouw wordt via de SEH opgenomen met acuut ontstane hevige buikpijn, een >3 x verhoogd amylase en een CRP van 250 mg/l. Bij echo abdomen wordt cholecystolithiasis vastgesteld. U stelt de diagnose acute biliare pancreatitis met een voorspeld ernstig beloop.

In welk geval is er bij bovenstaande patiënte een indicatie voor een spoedige ERCP (<24 uur)?

- A. Bij cholangitis**
- B. Bij choledocholithiasis op beeldvorming (echo of MRCP)
- C. Bij een serum bilirubine >40 µmol/l
- D. In elk geval

ID: 31174

Literatuur: Lancet 2020; 396: 167-176. Schepers NJ, et al. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy versus conservative treatment in predicted severe acute gallstone pancreatitis (APEC): a multicentre randomised controlled trial.

Opmerking aios:

Als het antwoord cholangitis is, dan zijn de antwoorden 'steen op beeldvorming' en bili>40' ook goed. Omdat deze o.b.v. de Tokyo guidelines voor cholangitis i.c.m. een CRP>250 ook diagnostisch zijn voor cholangitis. Dus alle antwoorden (en zeker A en D) zijn goed.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In deze casus is er sprake van een acute biliare pancreatitis. Bij dit ziektebeeld wordt de indicatie voor ERCP bepaald op basis van het al dan niet aanwezig zijn van een cholangitis. Omdat de pancreatitis op zich ook een CRP stijging kan geven, kan deze niet als diagnosticum voor de cholangitis worden gebruikt. Evenmin kan een bilirubine >40 µmol/L in deze setting als bewijzend voor cholangitis worden gezien. Het beste antwoord blijft daarmee A, indien er sprake is van een cholangitis.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag: U ziet een 60-jarige man op de polikliniek vanwege een pancreascyste die bij toeval werd gezien op een echo abdomen ter follow-up galblaaspoliepen. Er is een aanvullende CT-scan gemaakt. Het blijkt te gaan om een main duct IPMN (intraductaal papillair mucineus neoplasma).

Wat vormt in dit geval een absolute indicatie tot chirurgie bij een MD-IPMN?

- A. Acute pancreatitis veroorzaakt door IPMN
- B. Diabetes mellitus de novo
- C. Verhoogd CA 19.9 (>37 U/mL)
- D. Verwijding ductus pancreaticus \geq 10 mm**

ID: 31169

Literatuur: European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. Gut 2018;67:789–804. doi:10.1136/gutjnl-2018-316027

Opmerkingen aios:

Main duct ipmn wordt altijd verwijderd dus wellicht is side branch hier in de vraag bedoeld?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Gevraagd wordt naar een absolute indicatie voor resectie. Een MD-IPMN tussen 5 en 9.9mm wordt beschouwd als een relatieve indicatie voor resectie (zie bron), gevraagd werd naar de absolute indicatie voor resectie.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte

Vraag: Een huisarts belt u voor overleg. Bij één van haar patiënten vond zij een verlaagd vitamine B12-gehalte. Zij heeft ook methylmalonzuur en homocysteïne laten bepalen, maar vindt het lastig om de uitslagen van methylmalonzuur en homocysteïne te interpreteren.

Welke combinatie van uitslagen zou in dit geval een bevestiging zijn van de diagnose vitamine B12-deficiëntie?

- A. Normaal methylmalonzuur en normaal homocysteïne
- B. Normaal methylmalonzuur en verhoogd homocysteïne
- C. Verhoogd methylmalonzuur en normaal homocysteïne
- D. Verhoogd methylmalonzuur en verhoogd homocysteïne**

ID: 31089

Literatuur: Stabler SP. Vitamin B12 deficiency. N Engl J Med. 2013;368(2):149-160. Carmel R. Cobalamin (Vitamin B12). Modern Nutrition in Health and Disease. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006:482-497. Moestrup SK. New insights into carrier binding and epithelial uptake of the erythropoietic nutrients cobalamin and folate. Curr Opin Hematol 2006;13:119-23. Xanthakos SA. Nutritional deficiencies in obesity and after bariatric surgery. Pediatr Clin North Am 2009;56:1105-21.

Opmerkingen aios:

Deze vraag lijkt me niet relevant voor een MDL-toets. Puur internistische vraag. Voorstel tot vervallen van vraag.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Kennis over het vaststellen van een vitamine B12 tekort acht de commissie onderdeel van de basiskennis van een MDL-arts.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte

Vraag: Bij een 67-jarige man werd in verband met mesenteriale ischemie enige jaren geleden een fors stuk van het jejunum en ileum verwijderd. Nu blijkt er sprake van een symptomatische stenose van de resterende dunne darm over een aanzienlijk traject, waarvoor u wederom resectie overweegt. U maakt zich zorgen over het optreden van darmfalen na resectie.

Vanaf welke dunne darmrestlengte treedt er met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid darmfalen op?

- A. **Indien het resterend darmdeel korter is dan 100 cm**
- B. Indien het resterend darmdeel korter is dan 150 cm
- C. Indien het resterend darmdeel korter is dan 200 cm

ID: 31084

Literatuur: Platell, C, Coster J, et al. The Management of patients with Short Bowel Syndrome. World Journal of Gastroenterology 2002;8(1)13-20. Parekh, N, Seidner D. Managing Short Bowel Syndrome: Making the Most of What the Patient Still Has. 2005;72(9)833-3

Opmerkingen aios:

- Dit is een verwarrende vraag en ik heb lang getwijfeld tussen A en C. Natuurlijk is er bij A een grotere waarschijnlijkheid op darmfalen dan bij C. Maar per definitie is een darmsegment <2meter een short bowel. Zie ESPEN guidelines IF p249: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/1__ESPEN_guidelines_on_chronic_intestinal_failure_in_adults.pdf Waaronder ik hier twijfelde is vanwege ""soortgelijke"" antwoordopties in de voortgangstoets van 2020, vraag 32: Onder welke waarde van het ferritine bestaat er bij deze patiënte een indicatie voor ijzersuppletie? A. 20 ug/L B. 50 ug / C. 100 ug/L D. 150 ug/L Juiste antwoord: C. 100 ug/L Een commentaar van een AIOS: De vraag is dusdanig geformuleerd dat de antwoorden 20, 50 en 100 allen goed zijn. Met als reactie vd commissie: Hoewel de vraag wellicht beter geformuleerd had kunnen worden, was voor de meeste aios duidelijk wat bedoeld werd, namelijk de grens waaronder ijzersuppletie geïndiceerd is. > Ik ben dus uit gegaan van de grens van SBS, <2m (in parallel met de grens voor ijzersuppletie), ook met in mijn achterhoofd de gedachte dat er naar SBS wordt gevraagd en de definitie hierbij (dat is het leerpunt), dan puur alleen hoe korter hoe slechter de darmfunctie. De beredenering met voorgaande VT vraag is nu moeilijk te volgen.
- Recent hier onderwijs over gehad waarbij werd gezegd dat er sprake is van een short bowel indien er < 200cm dunne darm is. Bron: Buchman et al, Gastroenterology 2003; Nightingale et al, Gut, 2006

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Op basis van de vraagstelling is antwoord A het beste antwoord. Er werd niet gevraagd naar de definitie van een short bowel syndrome, maar naar de lengte waarbij vrijwel zeker darmfalen zou optreden. Op basis van o.a. de bron waaraan gerefereerd wordt is het correcte antwoord 100cm. De vraag uit 2020 waaraan de aios refereert betreft een vraag die niet optimaal geformuleerd was, maar waarbij het merendeel van de aios deze geïnterpreteerd had zoals deze bedoeld was. Daarmee



zouden zij gedupeerd worden indien de vraag zou komen te vervallen en is toen tot handhaven besloten, zoals toegelicht in de reactie vanuit de commissie.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag: U wordt gebeld door een verpleegkundige van de verkoeverkamer over een patiënt met hevige buikpijn nadat u een uur geleden tijdens een colonoscopie een grote poliep heeft verwijderd. Patiënt is hemodynamisch stabiel. Na het opnieuw bekijken van de endoscopieplaatjes met een collega ziet u een target sign op het snijvlak van de verwijderde poliep. U vermoedt daarom toch een perforatie ter plaatse van de poliepectomie plaats die u aanvankelijk niet als zondanig heeft herkend.

Wat is nu de meest aangewezen volgende stap, naast het starten van antibiotica?

- A. Afwachtend beleid
- B. CT abdomen laten verrichten
- C. Overleg met een chirurg voor een acute chirurgische interventie
- D. Nieuwe scopie ter lokalisatie perforatie en sluiten met clips

ID: 31074

Juiste antwoord:

- D. Nieuwe scopie ter lokalisatie perforatie en sluiten met clips

Literatuur: Paspatis GA, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement - Update 2020. *Endoscopy* 2020 Sep;52(9):792-810. doi: 10.1055/a-1222-3191. Epub 2020 Aug 11.

Opmerkingen aios:

- De bijgeleverde referentie zegt het volgende: ESGE recommends that symptoms or signs suggestive of iatrogenic perforation after an endoscopic procedure should be rapidly and carefully evaluated and documented with a computed tomography (CT) scan. ESGE recommends that endoscopic closure should be considered depending on the type of the iatrogenic perforation, its size, and the endoscopist expertise available at the center. Een CT is dus een must, maar endoscopische sluiting een overweging. Het lijkt mij dat CT-scan het juiste antwoord op deze vraag is.
- Moet volgens mij wel het tweede antwoord zijn. De richtlijn zegt: ESGE recommends that symptoms or signs suggestive of iatrogenic perforation after an endoscopic procedure should be rapidly and carefully evaluated and documented with a computed tomography (CT) scan.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Indien onduidelijk is of er sprake is van een perforatie, is er inderdaad een indicatie voor een CT scan. In dit geval was het duidelijk dat er een perforatie opgetreden was (target sign zichtbaar op de foto's van de endoscopie) en werd deze kort na de procedure geconstateerd, waarbij dan de eerste stap is op de perforatie endoscopisch te pogen te sluiten.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag: Een 58-jarige man komt op de SEH van uw ziekenhuis wegens een eerste episode met hematemesis. U verricht met spoed een gastroscopie en ziet bloedende maagvarices, geclassificeerd als GOV-1 (gastro-oesofageale varices type 1) volgens de Sarin classificatie.

Wat is de meest aangewezen eerste behandelstap in deze situatie?

- A. Histoacryl-injectie
- B. Plaatsen van een Ella-stent
- C. Rubberbandligatie
- D. TIPS-plaatsing

ID: 31034

Juiste antwoord:

- C. Rubberbandligatie**

Literatuur: richtlijn "Richtlijn Bloedingen tractus digestivus" van de NVMDL September 2017

Opmerkingen aios:

- Comment: aangehaalde bron stelt iets anders: De classificatie van maagvarices in GOV 1 en 2 en IGV 1 en 2 heeft invloed op de therapiekeuze. GOV 1 kunnen worden beschouwd als uitbreiding van slokdarmvarices langs de curvatura minor naar de maag. Echter, deze varices zijn meestal te groot voor het plaatsen van een rubberband. Deze therapie is daarom minder effectief 58,59. Bij de endoscopische therapie van maag- of duodenumvarices verdient de injectie met n-butyl-2-cyanoacrylaat (Histoacryl®) de voorkeur.
- In de richtlijn waar naar gerefereerd wordt staat: Bij de endoscopische therapie van maag- of duodenumvarices verdient de injectie met n-butyl-2-cyanoacrylaat (Histoacryl®) de voorkeur. De classificatie van maagvarices in GOV 1 en 2 en IGV 1 en 2 heeft invloed op de therapiekeuze. GOV 1 kunnen worden beschouwd als uitbreiding van slokdarmvarices langs de curvatura minor naar de maag. Echter, deze varices zijn meestal te groot voor het plaatsen van een rubberband. Deze therapie is daarom minder effectief dus is volgens mij histoacryl het juiste antwoord.
- Letterlijke tekst uit de geciteerde richtlijn: GOV 1 kunnen worden beschouwd als uitbreiding van slokdarmvarices langs de curvatura minor naar de maag. Echter, deze varices zijn meestal te groot voor het plaatsen van een rubberband. Deze therapie is daarom minder effectief 58,59. Bij de endoscopische therapie van maag- of duodenumvarices verdient de injectie met n-butyl-2-cyanoacrylaat (Histoacryl®) de voorkeur. Antwoord A zou dus juist moeten zijn.
- De bijgeleverde referentie (richtlijn bloedingen tractus digestivus van NVMDL) zegt het volgende: GOV 1 kunnen worden beschouwd als uitbreiding van slokdarmvarices langs de curvatura minor naar de maag. Echter, deze varices zijn meestal te groot voor het plaatsen van een rubberband. Deze therapie is daarom minder effectief. Bij de endoscopische therapie van maag- of duodenumvarices verdient de injectie met n-butyl-2-cyanoacrylaat



(Histoacryl®) de voorkeur. Het lijkt mij dat op deze vraag het juiste antwoord dus Histoacryl moet zijn, en niet rubberbandligatie.

- In de BAVENO VI richtlijn ([https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(15\)00349-9/pdf](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(15)00349-9/pdf)) staat de volgende statement: ""EVL or tissue adhesive can be used in bleeding from gastroesophageal varices type 1 (GOV1)"". In dit geval zouden dus beide antwoorden: Histoacryl-injectie en rubberbandligatie goedgekeurd moeten worden.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Zowel bij de samenvatting van de aanbevelingen in de landelijke richtlijn, als in de tabel met het algoritme voor behandeling van varicesbloedingen, wordt rubberbandligatie genoemd als eerste keus therapie bij GOV1 varices. In de tekst van de richtlijn wordt inderdaad de beperking van deze behandeling aangegeven. De BAVENO VI consensus laat inderdaad de keuze tussen RBL en histoacryl behandeling. Om deze reden worden beide behandelopties goedgekeurd.

Aanpassing sleutel:

A en C worden beide goed gerekend.



Categorie 11: Endoscopie

Vraag: U ziet een 57-jarige vrouw op het spreekuur met chronische diarree. Ter uitsluiting van een microscopische colitis vraagt u een coloscopie met afname van random bipten aan. Ze gebruikt clopidogrel 1dd 75mg in verband met een TIA drie jaar geleden. Een jaar geleden onderging zij nog een coloscopie in het kader van het bevolkingsonderzoek, waarbij geen poliepen of tumor werden gezien.

Wat is het meest aangewezen beleid met betrekking tot de clopidogrel rondom de coloscopie?

- A. Clopidogrel 5-7 dagen vooraf aan de coloscopie staken
- B. Clopidogrel 5-7 dagen vooraf aan de coloscopie staken en bridgen met carbasalaatcalcium
- C. Clopidogrel 5-7 dagen vooraf aan de coloscopie staken en bridgen met fraxiparine
- D. Clopidogrel continueren

ID: 30964

Juiste antwoord:

- D. Clopidogrel continueren

Literatuur:

https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_antitrombotische_therapie_final_mei_2016.pdf (coloscopie met bipten is laag risico ingreep)

Opmerkingen aios:

Comment op de formulering: de vraag had m.i. moeten bevatten dat je in geval van een poliep geen poliepectomie wil doen. In de praktijk zal men namelijk altijd de kans op een re-scopie ivm niet kunnen weghalen van een poliep willen voorkomen. Mede gezien laag trombose risico in geval van staken. De vraag is nu niet expliciet genoeg om er als lezer blind van uit te gaan dat er zeker geen poliep wordt gezien, want natuurlijk continueer je dan de clopidogrel.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De kans op het moeten verrichten van een poliepectomie van enige omvang is klein, omdat er recent nog een coloscopie verricht is. Dit was ook de reden om de recente coloscopie in de stam van deze vraag op te nemen.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 12: Abdominale echografie

Vraag: Een 33-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis en een BMI van 27 kg/m² wordt via de huisarts naar u verwezen. Patiënte gebruikt geen medicatie, behalve de orale anticonceptiepil (ethinylestradiol/levonorgestrel). Er is in verband met buikpijnklachten en een opgeblazen gevoel een abdominale echo gemaakt. Hierop wordt een solitaire homogene, scherp begrensde, hyper-echogene laesie van 2,5 cm in de lever gezien (pijl). Verder echografisch geen afwijkende bevindingen.



Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. MRI scan, bij voorkeur met Primovist contrast
- B. Geruststelling, geen follow-up
- C. Staken van de pil en over 6 maanden de echo herhalen
- D. Staken van de pil, gewichtsverlies adviseren en over 6 maanden de echo herhalen

ID: 30939

Juiste antwoord:

- B. Geruststelling, geen follow up

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol 2016;65:386-398

Opmerkingen aios:

De DD van hyper-echogene laesies met scherpe begrenzing behelzen ook adenomen. Aangezien dit nu niet is uitgesloten en orale anticonceptie dan gecontraïndiceerd is moet of verder onderzoek verricht worden of het geen adenoom is of de pil gestaakt worden en in de vruchtbare leeftijd surveillance worden verricht (jaarlijks). <https://radiopaedia.org/articles/hyperechoic-liver-lesions?lang=us>

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Zoals in de EASL richtlijn is te lezen: On CEUS, HCA usually shows homogeneous contrast enhancement in the arterial phase, typically with rapid complete centripetal filling. In the early portal venous phase, it usually becomes isoechoic or, more rarely, remains slightly hyperechoic. Dus er is hier geen adenoom in de DD.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

Categorie 7: Pancreas en galwegen

Vraag: Een 78-jarige man ligt inmiddels al bijna twee maanden opgenomen in verband met een necrotiserende pancreatitis. Op basis van het klinisch beeld en de inflammatieparameters wordt besloten tot een necrosectomie. In een MDO wordt de optie van een endoscopische necrosectomie en een percutaan-chirurgische step-up benadering besproken.

Bij welke van bovengenoemde benadering is het risico op ernstige complicaties of sterfte het hoogst?

- A. Chirurgische benadering
- B. Endoscopische benadering
- C. Er is geen verschil in ernstige complicaties en sterfte tussen deze twee behandelingen

ID: 30469

Juiste antwoord:

C. Er is geen verschil in ernstige complicaties en sterfte tussen deze twee behandelingen

Literatuur: Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. Lancet. 2018 Jan 6;391(10115):51-58 (TENSION trial)

Opmerkingen aios:

The rate of pancreatic fistulas and length of hospital stay were lower in the endoscopy group. The outcome of this trial will probably result in a shift to the endoscopic step-up approach as treatment preference. --> wat is een ernstige complicatie (er staat nergens gedefinieerd wat beschouwd moet worden als ernstig)? fistels zijn niet gewenst, deze trial laat zien dat endoscopische therapie daar minder kans op heeft. Met deze kennis heb ik gekozen voor antwoord ""chirurgische benadering"".

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Hoewel de definitie van "ernstige" complicaties inderdaad niet is gegeven, is hier in de vraagstelling lekkerlijk de tekst van de conclusie van de TENSION trial overgenomen ('In patients with infected necrotising pancreatitis, the endoscopic step-up approach was not superior to the surgical step-up approach in reducing major complications or death').

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.