

## Categorie 1: MDL-Oncologie

### Vraag:

Een 67-jarige man, met in de voorgeschiedenis hypertensie, presenteert zich op de SEH met progressieve buikpijn, misselijkheid en uitblijvende defecatie. Hij is sinds kort bekend met een coloncarcinoom in het colon transversum dat ten tijde van diagnose niet te passeren was met de endoscoop. Bij eerder verricht stadiëringsonderzoek blijkt er geen sprake van metastasen op afstand. U verricht een CT-abdomen waarbij er sprake blijkt van een obstructief coloncarcinoom.

Welke behandeling is in dit geval het meest aangewezen?

- A. Acute oncologische resectie, eventueel met deviërend ileostoma
- B. Colonstent ter overbrugging tot een operatie
- C. Ontlastend colostoma in afwachting van herstel van klinisch beeld
- D. Starten met systemische therapie

**ID: 30454**

### Juiste antwoord:

- A. Acute oncologische resectie, eventueel met deviërend ileostoma

**Literatuur:** Richtlijn colorectaal carcinoom 2019

*Pag 121: De voorkeursbehandeling bij rechtszijdige lokalisatie is acute resectie met of zonder primaire anastomose. Toepassing van de stent is beperkt in het rechtzijdige colon en vormt veelal een kleine subgroep binnen de cohortseries, waarover geen separate uitspraken kunnen worden gedaan.; Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020.*



## Categorie 1: MDL-Oncologie

**Vraag:** Via de huisarts wordt een 31-jarige vrouw naar uw spreekuur verwezen vanwege bovenbuikspijn. Haar moeder heeft in de voorgeschiedenis een lobulair mammacarcinoom en is recent gediagnosticeerd met een maagcarcinoom van het diffuse type. Tevens heeft moeder een zus op 40-jarige leeftijd verloren aan maagcarcinoom. Moeder is inmiddels verwezen naar de klinisch geneticus en er wordt genetisch onderzoek verricht. In afwachting van het resultaat vraagt patiënte welke genetische mutatie het meest waarschijnlijk is en wat het beleid moet zijn als zij zelf deze mutatie ook blijkt te hebben.

Wat is in dit geval het meest aangewezen antwoord aan patiënte?

- A. CDH1 mutatie; jaarlijks surveillance gastroscopie
- B. CDH1 mutatie; profylactische gastrectomie
- C. MUTYH mutatie; jaarlijks surveillance gastroscopie
- D. MUTYH mutatie; profylactische gastrectomie
- E. STK11 mutatie; jaarlijks surveillance gastroscopie
- F. STK11 mutatie; profylactische gastrectomie

**ID: 30474**

**Juiste antwoord:**

- B. CDH1 mutatie; profylactische gastrectomie**

**Literatuur:** Richtlijn voor diagnostiek en preventie, STOET 2017. Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical practice guidelines 2020 (Lancet Oncology)



## **Categorie 1: MDL-Oncologie**

**Vraag:** Een 69-jarige fitte man ondergaat een gastroscopie in verband met passageklachten. Op 35 t/m 38 cm van de tandenrij wordt een voor maligniteit verdachte afwijking gevonden; biopsen tonen adenocarcinoom. Bij stadiëringsonderzoek blijkt er sprake van een iT3N1M0 slokdarmcarcinoom.

Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling met het oog op curatie?

- A. Pre- en postoperatieve chemoradiotherapie, resectie na de neoadjuvante therapie
- B. Pre- en postoperatieve chemotherapie, resectie na de neoadjuvante therapie
- C. Pre- en postoperatieve radiotherapie, resectie na de neoadjuvante therapie
- D. Preoperatieve chemoradiotherapie, gevolgd door resectie
- E. Preoperatieve chemotherapie gevolgd door resectie
- F. Preoperatieve radiotherapie, gevolgd door resectie

**ID: 30504**

**Juiste antwoord:**

- D. Preoperatieve chemoradiotherapie, gevolgd door resectie

**Literatuur:** richtlijn oesofaguscarcinoom



## 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**

**Juiste antwoord:**

- B. Bepalen aanwezigheid MLH1 promoter hypermethylering, bij aangetoonde hypermethylatie NIET verwijzen naar klinisch geneticus

**Literatuur:** richtlijn erfelijke darmkanker



### **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**

**Juiste antwoord:**

- C. Coloscopie elke 5 jaar

**Literatuur:** richtlijn erfelijke darmkanker



## **Categorie 1: MDL-Oncologie**

**Vraag:** Een 63-jarige vrouw met atrofische gastritis ondergaat een endoscopische submucosale dissectie (ESD) van een 3.5 cm type 0-IIa laesie in het antrum. Er waren geen andere laesies bij inspectie van de maag. Random maagbiopten toonden geen dysplasie. Het ESD-preparaat toont een diffuus infiltrerend zegelringcelcarcinoom met een invasiediepte van 0.1 mm in de submucosa (SM1). De basale en laterale snijvlakken zijn vrij van tumor. Er is geen lymfangioinvasie.

Wat is nu de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Aanvullende stadiëring middels CT-scan (thorax/abdomen)
- B. Diagnostische laparoscopie
- C. Endoscopische follow-up over 8-12 weken en zo nodig aanvullende endoscopische behandeling.
- D. Expectatief beleid

**ID: 30519**

**Juiste antwoord:**

- A. Aanvullende stadiëring middels CT-scan (thorax/abdomen)

**Literatuur:** Richtlijn maagcarcinoom 2017



## Categorie 1: MDL-Oncologie

**Vraag:** U verricht een gastroscopie bij een 59-jarige man met dyspeptische klachten. In de maag ziet u een 15 mm grote solitaire nodulaire afwijking met een licht erosief oppervlak. Biopten tonen een neuroendocriene tumor (NET) die positief voor synaptofysine en chromogranine, met een Ki-67 van 15%. Gastrine is negatief. Biopten uit het antrum en corpus tonen een normale foveolaire laag, zonder aanwijzingen voor atrofie of intestinale metaplasie. Wel wordt pariëtaalcel hyperplasie beschreven. Nader onderzoek naar het MEN1 syndroom wordt ingezet.

Wat is daarnaast de meest aangewezen eerstvolgende stap?

- A. EMR om de NET te verwijderen
- B. ESD om de NET te verwijderen
- C. Gallium 68 DOTATOC scan
- D. Oncologische maagresectie

**ID: 30524**

**Juiste antwoord:**

- C. Gallium 68 DOTATOC scan

**Literatuur:** Delle Fave G, O'Toole D, Sundin A, Taal B, Ferolla P, Ramage JK, et al. ENETS Consensus Guidelines Update for Gastroduodenal Neuroendocrine Neoplasms. *Neuroendocrinology*. 2016;103(2):119-24.



## **Categorie 1: MDL-Oncologie**

**Vraag:** U verricht een colonoscopie in het kader van het bevolkingsonderzoek bij een 70-jarige vrouw. In het colon descendens ziet u een voor carcinoom verdachte afwijking van 30 mm, niet stenoserend en niet endoscopisch te verwijderen. In het rectum vindt u tevens een 15 mm grote poliep zonder verdachte kenmerken bij (virtuele) chromoendoscopie. U wilt drie dingen doen:

1. De tumor bioteren ten behoeve het stellen van een PA-diagnose
2. Inktmarkeringen plaatsen distaal van de tumor
3. De rectumpoliep verwijderen

In welke volgorde dient u bovenstaande stappen idealiter uit te voeren?

- A. 1-2-3
- B. 3-2-1
- C. 1-3-2
- D. 3-1-2

**ID: 30529**

**Juiste antwoord:**

- B. 3-2-1**

**Literatuur:**

Backes Y, Seerden TCJ, van Gestel R, Kranenburg O, Ubink I, Schiffelers RM, et al. Tumor Seeding During Colonoscopy as a Possible Cause for Metachronous Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2019;157(5):1222-32 e4.





## **Categorie 1: MDL-Oncologie**

**Vraag:** Bij een 60-jarige patiënt met een endoscopisch bewezen rectumcarcinoom leest u het volgende verslag na stadiëringsonderzoek:

MRI rectum: 3 cm grote tumor van 6-9 cm ab ano. De tumor toont focaal doorgroei door de muscularis propria met een extramurale uitbreiding van 6 mm. De afstand tot de mesorectale fascia is tenminste 2 mm. Er worden 2 homogene, ovale klieren gezien in het mesorectum van 6-7 mm. Geen extra-mesorectale klieren. CT thorax abdomen toont geen afstandsmetastasen.

Wat is in dit geval de correcte klinische stadiëring?

- A. cT3bN0M0
- B. cT3bN1M0
- C. cT3cN0M0
- D. cT3cN1M0

**ID: 30534**

**Juiste antwoord:**

- C. cT3cN0M0

**Literatuur:** Richtlijn colorectaal carcinoom



## **Categorie 1: MDL-Oncologie**

**Vraag:** U verricht een coloscopie bij een 63-jarige man, waarbij u een 8 mm grote gladde lesie in het rectum met EMR in toto endoscopisch radicaal verwijdert. Er werden geen andere laesies gezien.

De pathologie uitslag is als volgt:

Diameter poliep: 0,8 cm

Type tumor: neuroendocriene tumor graad 1

Proliferatie KI-67: 2%

Mitose per 2mm<sup>2</sup>: 0

Diameter tumor (NET): 0,8 cm

Vorm van de laesie: sessiel

(Lymf-)angioinvasie: niet aanwezig

Snijvlak: vrije met marge > 0,1 cm

Percentage positieve tumorcellen Chromogranine: 1%

Percentage positieve tumorcellen Synaptofysine: 100%

Wat is het meest aangewezen beleid ten aanzien van de follow-up?

- A. Afzien van follow-up
- B. Eenmalige endoscopische follow-up
- C. Jaarlijks endoscopische follow-up
- D. Jaarlijks endoscopische follow-up en tevens volgen chromogranine A in het serum
- E. Jaarlijks endoscopische follow-up en tevens volgen chromogranine A in het serum en DOTATOC scan

**ID: 30539**

**Juiste antwoord:**

- A. Afzien van follow-up

**Literatuur:** richtlijn neuro-endocriene tumoren 2014



## **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**

**Juiste antwoord:**

- D. Endoscopische surveillance

**Literatuur:** [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal\\_carcinoom\\_crc/startpagina\\_-\\_crc.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/startpagina_-_crc.html)  
Module 5.1.2 Follow-up na lokale behandeling T1 coloncarcinoom



## **Categorie 1: MDL-Oncologie**

**Vraag:** Een 67-jarige patiënte wordt gediagnostiseerd met een anuscarcinoom.

Wat is in dit geval de eerste stap in het stadiërend onderzoek?

- A. Anale endo-echografie
- B. CT scan van thorax en abdomen
- C. MRI rectum
- D. PET-CT scan

**ID: 30549**

**Juiste antwoord:**

- C. MRI rectum

**Literatuur:**

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/anuscarcinoom/diagnostiek/beeldvormend\\_onderzoek/mri.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/anuscarcinoom/diagnostiek/beeldvormend_onderzoek/mri.html)



## **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**

**Juiste antwoord:**

- D. Transmurale remissie

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

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

**Vraag:** U ziet een 25-jarige vrouw met de ziekte van Crohn in (langdurige) remissie met adalimumab monotherapie. Ze wil zich laten vaccineren tegen gele koorts.

Welke strategie wordt in dit geval aanbevolen ten aanzien van het gebruik van de adalimumab in relatie tot de gele koorts vaccinatie?

- A. Adalimumab voortzetten rondom vaccinatie
- B. Eén gift adalimumab overslaan voorafgaand aan vaccinatie en één gift adalimumab overslaan na vaccinatie
- C. Staken adalimumab 1 maand voorafgaand aan vaccinatie tot 1 maand na vaccinatie
- D. Staken adalimumab 3 maanden voorafgaand aan vaccinatie tot 1 maand na vaccinatie

**ID: 30559**

**Juiste antwoord:**

- D. Staken adalimumab 3 maanden voorafgaand aan vaccinatie tot 1 maand na vaccinatie

**Literatuur:**

RIVM, LCI 2020 versie 1.5

Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen



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

**Vraag:** Voor intraluminale ziekte bij M. Crohn wordt vaak een step-up approach gebruikt, waarbij er na falen van een therapielijng geëscaleerd wordt naar een volgend type therapie. Dit geldt niet voor patiënten met complexe peri-anale fisteling.

Wat is het te volgen behandelalgoritme bij een patiënt met complexe peri-anale fisteling, bij wie recent door de chirurg setons zijn geplaatst?

- A. Afwachten effect van setonplaatsing
- B. Afwachten effect van setonplaatsing in combinatie met antibiotica
- C. Starten met antibiotica en een thiopurine
- D. Starten met een anti-TNF geneesmiddel (eventueel in combinatie met antibiotica)

**ID: 30564**

**Juiste antwoord:**

- D. Starten met een anti-TNF geneesmiddel (eventueel in combinatie met antibiotica)

**Literatuur:** Torres *et al*, ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 14, Issue 1, January 2020, Pages 4–22



## **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**

**Juiste antwoord:**

- E. Mesalazine klysma + mesalazine oraal**

**Literatuur:** Rubin *et al.* ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. The American Journal of Gastroenterology: March 2019 - Volume 114 - Issue 3 - p 384-413; Journal of Crohn's and Colitis, Volume 11, Issue 7, July 2017, Pages 769–784 (ECCO guideline)





## **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 afters in het terminale ileum en een milde tot matig actieve rechtszijdige colitis gevonden, compatibel met de ziekte van Crohn. Biopsen 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: 3100**

**Juiste antwoord:**

- A. Budesonide

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



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

**Vraag:** Een 40-jarige man, bekend met een ileocolische Crohn in remissie, gebruikt azathioprine en infliximab. Hij belt omdat hij een positieve corona-test heeft. Hij voelt zich hierbij niet ziek, heeft geen koorts, maar is wel neusverkouden.

Wat is het meest aangewezen advies ten aanzien van zijn immunosuppressiva gebruik?

- A. Azathioprine doorgebruiken, Infliximab infuus uitstellen tot 20 dagen na positieve testuitslag
- B. Azathioprine stoppen voor 20 dagen, Infliximab doorgebruiken
- C. Beide medicamenten 20 dagen staken
- D. Beide medicamenten mogen worden gecontinueerd

**ID: 30579**

**Juist Antwoord:**

- D. Beide medicamenten mogen worden gecontinueerd

**Literatuur:** <https://www.crohn-colitis.nl/actueel/coronavirus-vraag-en-antwoord/>  
McGregor CGc et al. Maintenance therapy with Infliximab of Vedolizumab in IBD is not associated with increased SARS-CoV-2 seroprevalence: UK experience in the 2020 pandemic. Gut 2021 Feb 12;gutjnl-2021-324116.



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

**Vraag:** Een 35-jarige man wordt naar u verwezen ter overname behandeling van zijn M. Crohn. Hij is sinds zijn 22e jaar bekend met een M. Crohn, bij diagnose gelokaliseerd in het ileocoecaal gebied. Drie jaar na diagnose bleek er sprake van een actieve ontsteking over een traject van 20 cm in het jejunum en bleek er tevens sprake te zijn van een ileo-sigmoidale fistel.

Wat is nu de juiste Montreal classificatie bij deze patiënt?

- A. A1L3B3p
- B. A1L3+L4B3p
- C. A2L1B2p
- D. A2L3+L4B3

**ID: 30584**

**Juiste antwoord:**

- D. A2L3+L4B3**

**Literatuur:** Handleiding behandeling IBD 2014-2015 NVMDL



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

**Vraag:** Een 28-jarige patiënte heeft afgelopen jaar vanwege therapie-refractaire colitis ulcerosa een subtotale colectomie ondergaan. In tweede instantie is er een IPAA (ileo-pouch anale anastomose) aangelegd. Een jaar nadien meldt zij zich met toegenomen ontlastingsfrequentie, buikkrampen en urgency. Bacteriële infecties worden uitgesloten. Bij pouchoscopie wordt roodheid, kwetsbaarheid en ulceratie van de pouch gezien. Biopten tonen chronisch actieve ontsteking. De ileumlis proximaal van de pouch en de cuff zijn niet afwijkend.

Wat is nu de meest aangewezen behandeling?

- A. Beclomethason suppositoria
- B. Ciprofloxacin per os gedurende 2 weken
- C. Mesalazine suppositoria
- D. Prednisolon per os gedurende volgens afbouwschema

**ID: 30589**

**Juiste antwoord:**

- B. Ciprofloxacin gedurende 2 weken**

**Literatuur:** BSG guideline Lamb CA, et al. Gut 2019;68; Journal of Crohn's and Colitis, Volume 11, Issue 6, June 2017, Pages 649–670



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

**Vraag:** Een 35-jarige vrouw, bekend met colitis ulcerosa, gebruikt sinds 3 jaar infliximab monotherapie en ontwikkelt onder deze therapie een exacerbatie. Er is sprake van adequate dalspiegels en er zijn geen antistoffen aantoonbaar. U besluit de infliximab te staken en te switchen naar een biological die aangrijpt op  $\alpha 4\beta 7$  integrine.

Welk medicament is voor deze vrouw nu het meest aangewezen?

- A. Adalimumab
- B. Tofacitinib
- C. Ustekinumab
- D. Vedolizumab

**ID: 30594**

**Juiste antwoord:**

- D. Vedolizumab

**Literatuur:** N Engl J Med. 2013 Aug 22;369(8):699-710. doi: 10.1056/NEJMoa1215734. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. Feagan BG1, Rutgeerts P, Sands BE, Hanauer S, Colombel JF, Sandborn WJ, Van Assche G, Axler J, Kim HJ, Danese S, Fox I, Milch C, Sankoh S, Wyant T, Xu J, Parikh A; GEMINI 1 Study Group.



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

**Vraag:** Een 33-jarige vrouw komt op uw polikliniek. Ze heeft M. Crohn en was jaren in remissie met azathioprine, maar momenteel heeft ze veel klachten. Recent werden bij coloscopie meerdere ulceraties gezien in het terminale ileum met een totaal aangedaan segment van ongeveer 12 cm, goed te passeren met de coloscoop. Er werd geen ziekte-activiteit gezien in het colon en bij MRI dunne darm is geen ziekte-activiteit gezien proximaal van het terminaal ileum. Patiënte twijfelt erg tussen een operatie (ileoceaalresectie) en het starten van anti-TNF, en vraagt zich af welke van deze twee opties de beste kwaliteit van leven geeft.

Hoe is na een jaar de kwaliteit van leven in de groep patiënten die gestart zijn met anti-TNF ten opzichte van patiënten die een ileoceaalresectie hebben ondergaan?

- A. Beter
- B. Gelijk
- C. Slechter

**ID: 30599**

**Juiste antwoord:**

- B. Gelijk**

**Literatuur:** Ponsioen et al. Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017 Nov;2(11):785-792



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

**Vraag:** Een 24-jarige patiënte met M. Crohn die in remissie is onder therapeutisch gedoseerd 6-mercaptopurine, heeft binnen 1 jaar meerdere keren last van een koortslip. Ze vraagt uw advies.

Wat is het meest aangewezen advies bij een recidiverende HSV-infectie onder thiopurine-gebruik?

- A. De thiopurine tijdelijk staken zodra zij last heeft van een koortslip en pas hervatten als de symptomen van de koortslip volledig zijn verdwenen
- B. Start aciclovir crème lokaal zodra zij last heeft van een koortslip
- C. Start valaciclovir oraal in therapeutische dosering, eventueel gevolgd door valaciclovir profylaxe bij frequente recidieven
- D. Vaccineren tegen het herpes simplex virus

**ID: 30604**

**Juiste antwoord:**

- C. Start valaciclovir oraal in therapeutische dosering, eventueel gevolgd door valaciclovir profylaxe bij frequente recidieven.

**Literatuur:** Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. J.F. Rahier et al; JCC (2014) 8, 443-468



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

**Vraag:** U wordt door een chirurg gebeld. Zij wil weten of er een indicatie is voor het verrichten van een follow-up coloscopie na ongecompliceerde diverticulitis (CT: Hinchey 1a) bij een gezonde 62-jarige Nederlander zonder familiale belasting voor colorectaal carcinoom. De patiënt onderging nooit eerder een coloscopisch onderzoek en is inmiddels klachtenvrij.

Is er in dit geval volgens de Nederlandse richtlijn een indicatie voor een coloscopie bij deze patiënt om een maligniteit uit te sluiten?

- A. Ja
- B. Nee

**ID: 30609**

**Juiste antwoord:**

- B. Nee**

**Literatuur:** Richtlijn Acute Diverticulitis. Kennisinstituut.

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute\\_diverticulitis/follow-up\\_coloscopie\\_na\\_diverticulitis.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_diverticulitis/follow-up_coloscopie_na_diverticulitis.html)





### **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Een 63-jarige man is met uitwendige radiotherapie behandeld voor prostaatacarcinoom. Enkele jaren later komt hij op uw spreekuur wegens recidiverend rectaal bloedverlies met hierbij anemie en transfusie-behoefte. Bij coloscopie ziet u een radiatie-proctopathie welke de distale 3 cm van het rectum beslaat. Hij heeft eerder behandeling met sucralfaatklysma's en APC-behandeling ondergaan, maar dat had geen effect op de klachten.

Voor welke behandeling is voldoende evidence om als behandeling aan te bevelen bij deze patiënt?

- A. Hyperbare zuurstoftherapie
- B. Klysмата met korte keten vetzuren
- C. Mesalazine
- D. Metronidazol

**ID: 30614**

**Juiste antwoord:**

- A. Hyperbare zuurstoftherapie

**Literatuur:** Paquette, The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Chronic Radiation Proctitis. Dis Colon Rectum 2018; 61: 1135–1140



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

**Vraag:** Een 42-jarige patiënt is opgenomen via de spoedeisende hulp met melena. Bij gastroscopie blijkt er sprake van een ulcus duodeni, waarvoor behandeling met adrenaline en clips. Op de afdeling wordt de patiënt behandeld met een PPI pomp. Bij de gastroscopie zijn geen bipten genomen.

Wat is op dit moment de meest geschikte test om *Helicobacter pylori* infectie uit te sluiten?

- A. Gastroscopie herhalen met bipten voor histologie
- B. Gastroscopie herhalen met urease sneltest
- C. *H. pylori* feces antigeentest
- D. *H. pylori* serologie

**ID: 30619**

**Juiste antwoord:**

- D. *H. pylori* serologie

**Literatuur:** Diagnosis of helicobacter pylori using invasive and noninvasive approaches. Journal of pathogens. 2018



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

**Vraag:** Een 30-jarige patiënt komt op de spoedeisende hulp wegens buikpijn en acuut ontstane waterdunne en bloederige diarree sinds 2 dagen met een frequentie van 10 keer per dag. Hij is niet in staat om te eten en drinken en toont klinisch tekenen van dehydratie.

Wat is nu de eerst aangewezen behandeling?

- A. Azithromycine oraal
- B. Ciprofloxacin intraveneus
- C. Ciprofloxacin oraal
- D. Intraveneuze vochtsuppletie

**ID: 30624**

**Juiste antwoord:**

- D. Intraveneuze vochtsuppletie

**Literatuur:** [https://www.hetacuteboekje.nl/hoofdstuk/acute\\_water-en\\_elektolytstoornissen/hypovolemie\\_en\\_infuusvloeistoffen.html](https://www.hetacuteboekje.nl/hoofdstuk/acute_water-en_elektolytstoornissen/hypovolemie_en_infuusvloeistoffen.html)



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

**Vraag:** Een 65-jarige patiënt meldt zich op de spoedeisende hulp in verband met (progressieve) spierzwakte en tintelingen in zijn benen. Hij vertelt enkele weken eerder een episode van acute diarree te hebben gehad. De neuroloog vermoedt dat er waarschijnlijk sprake is van een Guillain Barré syndroom.

Wat is in dit geval de meest waarschijnlijk de verwekker geweest van de episode van de acute diarree?

- A. *Campylobacter jejuni*
- B. *Salmonella* spp
- C. Enterotoxine producerende *Escherichia coli*
- D. *Yersinia* spp

**ID: 30629**

**Juiste antwoord:**

- A. *Campylobacter jejuni*

**Literatuur:** Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease; 10th edition. Chapter 110: infectious enteritis and proctocolitis.



### **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**

**Juiste antwoord:**

- B. Behandeling kan worden overwogen, eerste keus is clioquinol**

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



### **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**

**Juiste antwoord:**

- B. Start metronidazol eenmaal daags 2 gram gedurende 3 dagen**

**Literatuur:** SWAB richtlijn antimicrobiële therapie voor acute infectieuze diarree



### **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Een 70-jarige vrouw wordt verwezen naar de SEH wegens hematemesis en melena. Patiënte onderging twee jaar geleden een percutane coronaire interventie en gebruikt daarvoor momenteel nog acetylsalicylzuur. Bij gastroscopie wordt een Forrest IIc ulcus duodeni gevonden.

: Wat is nu volgens de richtlijn, naast een *H. pylori* test en het starten van een PPI intraveneus, het meest aangewezen beleid?

- A. Acetylsalicylzuur continueren, controle gastroscopie na 4-6 weken
- B. Acetylsalicylzuur continueren, geen controle-gastroscopie
- C. Acetylsalicylzuur staken en op dag 3 hervatten, controle gastroscopie na 4-6 weken
- D. Acetylsalicylzuur staken en op dag 3 hervatten, geen controle gastroscopie

**ID: 30644**

**Juiste antwoord:**

- B. Acetylsalicylzuur continueren, geen controle-gastroscopie

**Literatuur:** Diagnosis and management of non-variceal upper-GI hemorrhage: ESGE guideline. Endoscopy 2015; 47: 1–46; Tevens NvMDL Richtlijn Bloedingen tractus digestivus 2017



#### **Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:** Een 60-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis ondergaat een gastroscopie in verband met chronische dyspepsie. Familie anamnese is negatief voor maagcarcinoom. Random bipten uit het antrum laten intestinale metaplasie zonder dysplasie zien, bipten uit het corpus zijn normaal, *Helicobacter pylori* wordt niet aangetoond.

Wat is in dit geval het meest correcte endoscopische surveillance advies ?

- A. Geen surveillance
- B. Surveillance gastroscopie met bipten over 1 jaar
- C. Surveillance gastroscopie met bipten over 3 jaar
- D. Surveillance gastroscopie met bipten over 5 jaar

**ID: 30649**

**Juiste antwoord:**

- A. **Geen surveillance**

**Literatuur:** Pimentel-Nunes et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II). *Endoscopy* 2019;51:365-88.





#### **Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

Welk van onderstaande antitrombotica geeft het hoogste risico op een maagbloeding?

- A. DOAC (Directe Orale Anticoagulatcia)
- B. Laag-gedoseerd salicylaat
- C. P2Y12-remmer (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor)
- D. Vitamine K-antagonist (coumarine derivaat)

**ID: 30654**

**Juiste Antwoord:**

**B. Laag-gedoseerd salicylaat**

**Literatuur:** NHG-Behandelrichtlijn - Preventie van maagcomplicaties door medicijngebruik Versie 1.0, maart 2021.



#### **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 funduplicatie

**ID: 30659**

**Juiste antwoord:**

- B. Dosis PPI verdubbelen; evalueren over 6-8 weken**

**Literatuur:** Richtlijn refluxziekte 2010.



#### **Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:** Een patiënt komt voor Barrett surveillance. Bij scopie betreft het een C3M4 Barrett slokdarm zonder focale afwijkingen bij inspectie en een graad C reflux oesofagitis.

Wat is nu de meest aanbevolen gang van zaken volgens de richtlijn Barrett oesofagus?

- A. Geen surveillance bipten afnemen, verhogen van de PPI en herhalen van de scopie over 6-8 weken
- B. Surveillance bipten afnemen, graad C reflux oesofagitis melden in pathologie-aanvraag, herhalen scopie over 6-8 weken
- C. Surveillance bipten afnemen, graad C reflux oesofagitis melden in pathologie-aanvraag, volgende surveillance over 3 jaar indien geen dysplasie in de bipten
- D. Surveillance bipten afnemen, graad C reflux oesofagitis melden in pathologie-aanvraag, volgende surveillance over 5 jaar indien geen dysplasie in de bipten

**ID: 30664**

**Juiste antwoord:**

- A. Geen surveillance bipten afnemen, verhogen van de PPI en herhalen van de scopie over 6-8 weken

**Literatuur:** Richtlijn Barrett oesofagus 2018.



#### **Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:** U bent werkzaam in een Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) en verricht een gastroscopie bij een 74-jarige vrouw. Er blijkt sprake van een C2M4 Barrett segment, zonder zichtbare afwijkingen. U neemt volgens protocol bipten af en krijgt na een week de uitslag die laaggradige dysplasie (LGD) laat zien in één van de bipten. U laat de bipten reviseren door een expert patholoog op dit gebied en deze bevestigt de diagnose LGD.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Verhogen van de PPI en na 6 weken scopie herhalen met bipten
- B. Vervolgscofie over 6 maanden afspreken
- C. Verwijzen naar een Barrett Expertise centrum voor behandeling van de Barrett met dysplasie
- D. Verwijzen naar een Barrett Expertise centrum voor verdere follow-up

**ID: 30669**

**Juiste antwoord:**

- D. Verwijzen naar een Barrett Expertise centrum voor verdere follow-up

**Literatuur:** Nederlandse richtlijn Barrett oesofagus, 2018, pag 29. Bij 2x een bevestigde diagnose LGD is er een indicatie voor behandeling. Een bevinding van LGD is echter al een indicatie voor verwijzing. Iha hoort screening Barrett hoort thuis bij expert.



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

**Vraag:** Een 32-jarige man, afkomstig uit Eritrea, heeft een pancytopenie. Bij echografisch onderzoek zien we echorijke periportale tekening in de lever, passend bij periportale leverfibrose, en splenomegalie. Er blijkt sprake te zijn van portale hypertensie en er wordt onderzoek ingezet naar een eventuele onderliggende parasitaire aandoening.

Welke parasiet is de meest waarschijnlijke veroorzaker van bovenstaand beeld?

- A. Ascaris lumbricoidis
- B. Fasciola hepatica
- C. Giardia lamblia
- D. Schistosoma mansoni

**ID: 30674**

**Juiste antwoord:**

- D. Schistosoma mansoni

**Literatuur:** Ross AGP, et al. Schistosomiasis. N Engl J Med 2002; 346:1212-1220.

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

**Vraag:** Een 59-jarige man heeft tekenen van acuut leverfalen na gebruik van benzbromaron, een middel tegen jicht. Patiënt gaat snel achteruit en ontwikkelt nierfalen en een encefalopathie graad 3. Tevens is er verdenking op een infectie.

Welke behandeling behoort in dit geval te worden gestart volgens de richtlijn acuut leverfalen?

- A. Anti-epileptica en protonpompremmer
- B. Breedspectrum antibiotica en anti-epileptica
- C. Breedspectrum antibiotica en antifungale therapie
- D. Selectieve darm decontaminatie

**ID: 3079**

**Juiste antwoord:**

- C. Breedspectrum antibiotica en antifungale therapie

**Literatuur:** [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acuut\\_leverfalen/startpagina\\_-\\_acuut\\_leverfalen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acuut_leverfalen/startpagina_-_acuut_leverfalen.html)



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

**Vraag:** Een 35-jarige Turkse vrouw met normale BMI bezoekt uw spreekuur i.v.m. chronische hepatitis B. Zij heeft bij herhaling ALAT waardes van 55-60 IU/L, een HBV DNA van 6000 IU/mL en bij fibroscan is er sprake van 9.1 kPa (IQR 1.1; success rate 10/10).

: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Poliklinische controle over 6-12 maanden waarbij ALAT en HBV DNA worden gecontroleerd en bij doorstijgen van HBV DNA > 20 000 IU/mL zal antivirale medicatie worden gestart
- B. Poliklinische controle over 6-12 maanden waarbij er ALAT en HBV DNA worden gecontroleerd en er een ECHO abdomen wordt verricht in verband met HCC surveillance
- C. Starten met antivirale therapie
- D. Terugverwijzing naar de huisarts

**ID: 30684**

**Juiste antwoord:**

- C. Starten met antivirale therapie

**Literatuur:** HBV Richtsnoer. EASL Clinical Practice Guideline Hepatitis B, Journal of Hepatology 2017;67:370



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

**Vraag:** U ziet op de polikliniek een patiënt die werd verwezen door de hematoloog in verband met het spoedig starten van chemotherapie. Er is geen indicatie voor behandeling met rituximab. Patiënt is bekend met een chronische hepatitis B infectie (HBsAg positief, HBeAg negatief, lage virale load).

Wat is nu het meest aangewezen beleid ten aanzien van de hepatitis B tijdens chemotherapie?

- A. Dat is afhankelijk van het type chemotherapie, hier is nu geen uitspraak over te doen
- B. Profylactisch behandelen met antivirale therapie tijdens chemotherapie (ongeacht type chemotherapie), hiermee doorgaan tot 12 maanden na chemotherapie
- C. Tijdens chemotherapie monitoren van ALAT (maandelijks) en HBV-DNA (driemaandelijks) ter beoordeling van hepatitis B activiteit, eventueel starten van antivirale therapie op basis van de uitslagen

**ID: 30689**

**Juiste antwoord:**

- B. Profylactisch behandelen met antivirale therapie tijdens chemotherapie (ongeacht type chemotherapie), hiermee doorgaan tot 12 maanden na chemotherapie**

**Literatuur:** Hepatitis B richtsnoer: <https://www.hbvrichtsnoer.nl/immuunsuppressie-chemotherapie/>  
EASL Clinical Practice Guidelines Hepatitis B, Journal of Hepatology 2017;67:370





### **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**

**Juiste antwoord:**

- C. Surveillance (echografie elke 6 maanden) blijft geïndiceerd

**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.



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

**Vraag:** U wordt gebeld door een huisarts over een 50-jarige asymptomatische man, bij wie bij routine screening een verhoogd ferritine van 800 ug/l (normaalwaarde 20- 400 ug/l) wordt gevonden. Het aanvullend onderzoek toont een licht verhoogd ALAT en ASAT (< 1.5 x de normaalwaarde), een normale leverfunctie en een transferrine saturatie van 40%. Patiënt heeft een BMI van 29 kg/m<sup>2</sup> en gebruikt 2 EH alcohol per dag.

Wat is in dit geval het meest aangewezen advies?

- A. Doorverwijzing voor genetisch onderzoek naar hereditaire hemochromatose
- B. Doorverwijzing voor het starten van aderlatingen
- C. Doorverwijzing voor leverbiopt
- D. Opnieuw testen na 6 maanden na advies m.b.t. gewichtsreductie en beperken van alcoholinname

**ID: 30699**

**Juiste antwoord:**

- D. Opnieuw testen na 6 maanden na advies m.b.t. gewichtsreductie en beperken van alcoholinname.

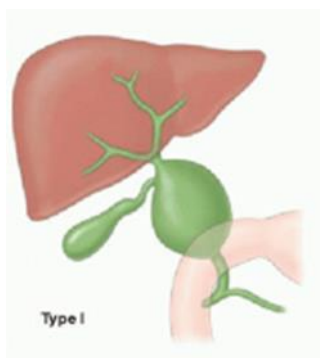
**Literatuur:** Nederlandse richtlijn Hereditaire Hemochromatose ([www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl))

### Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

**Vraag:** Een 35-jarige vrouw wordt verwezen vanwege een eenmalige episode van buikpijn. Op een door de huisarts aangevraagde echografie wordt een normaal leverparenchym gezien met een open vena portae & venae hepaticae en een cysteuze verwijding van de extrahepatische ductus hepatocholedochus (CBD). Bij laboratoriumonderzoek zijn de leverenzymen normaal. U verricht een MRCP en daarbij wordt een choledochus cyste vastgesteld, TODANI classificatie 1a (cysteuze dilatatie van de CBD tot maximaal 28 mm over een lengte van 32 mm, de CBD ter hoogte van de hilus en papil zijn 7 mm breed)

Wat is nu meest aangewezen beleid ten aanzien van de choledochuscyste?

- A. Cystenterostomie
- B. Follow-up met een MRCP over 12 maanden
- C. Expectatief, geruststelling en ontslag uit controle
- D. Resectie met biliodigestieve anastomose door middel van een Roux-en-Y-reconstructie



ID: 30704

**Juiste antwoord:**

- D. Resectie met biliodigestieve anastomose door middel van een Roux-en-Y-reconstructie

**Literatuur:** J Hepatobiliary Pancreat Sci (2017) 24:1–16



### **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**

**Juiste antwoord:**

- E. Geen verdere follow-up

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



### **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**

**Juiste antwoord:**

- B. Halfjaarlijks echo abdomen**

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



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

**Vraag:** U heeft een 67-jarige man opgenomen met een gedecompenseerde levercirrose ten gevolge van hemochromatose met o.a. ascites en een hyponatriëmie. Hij vraagt u om dieetadviezen.

Welke dieetadviezen zijn het meest aangewezen?

- A. Een eiwitarm dieet, een snack voor het slapen gaan en minstens 2-3x daags een kop bouillon
- B. Een eiwitrijk dieet, een snack bij het opstaan en minstens 2-3x daags een kop bouillon
- C. Een zoutarm dieet, een snack voor het slapen gaan en minstens 2-3x daags een kop koffie
- D. Een zout- en eiwitarm dieet, een snack bij het opstaan en minstens 2-3x daags een kop koffie

**ID: 30719**

**Juiste antwoord:**

- C. Een zoutarm dieet, een snack voor het slapen gaan en minstens 2-3x daags een kop koffie

**Literatuur:** Nutrition in Chronic Liver Disease EASL Guideline, EASL Clinical Practice Guidelines: Hepatocellular Carcinoma

## Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

**Vraag:** Een 38-jarige man is bekend met PSC. Hij komt nu in verband met jeuk met bij laboratoriumonderzoek een stijging van zijn AF, GGT en bilirubine. Hij heeft nooit een bacteriële cholangitis gehad. De MRCP toont een dominante stenose van de ductus hepaticus communis. U stelt een ERCP met behandeling van de stenose voor en bespreekt de risico's en het plan.

Waaruit bestaat het optimale beleid voorafgaand en tijdens de ERCP procedure ten aanzien van antibiotica en interventies?

- A. Antibiotica vooraf en alleen dilatatie
- B. Antibiotica vooraf en dilatatie + stentplaatsing
- C. Geen antibiotica vooraf, alleen dilatatie
- D. Geen antibiotica vooraf, dilatatie + stentplaatsing

**ID: 30724**

**Juiste antwoord:**

- A. Antibiotica vooraf en alleen dilatatie

**Literatuur:** Aabakken et al, Role of endoscopy in primary sclerosing cholangitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Association for the Study of the Liver (EASL) Clinical Guideline . Endoscopy 2017; 49(06): 588-608

Ponsioen et al, No Superiority of Stents vs Balloon Dilatation for Dominant Strictures in Patients With Primary Sclerosing Cholangitis. Gastroenterology 2018;155:752–759



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

**Vraag:** Een 60-jarige patiënt met levercirrose Child-Pugh B wordt opgenomen op SEH met ascites. Er wordt een diagnostische ascitespunctie verricht, waarbij het aantal neutrofielen in de ascites  $0.50 \times 10^9/L$  is. Het bilirubinegehalte in het serum bedraagt  $100 \mu\text{mol/L}$ .

Wat is het meest aangewezen beleid ten aanzien van de behandeling?

- A. Start antibiotica en albumine i.v. (1.5 g/kg op dag 1 en 1 g/kg op dag 3)
- B. Start antibiotica en furosemide 40mg 1dd + spironolacton 100mg 1dd
- C. Starten met albumine 20-40mg/dag; geen antibiotica
- D. Starten met furosemide 40mg 1dd + spironolacton 100mg 1dd; geen antibiotica

**ID: 30729**

**Juiste antwoord:**

- A. Start antibiotica en albumine i.v. (1.5 g/kg op dag 1 en 1 g/kg op dag 3)

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis 2018





## **Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen**

**Vraag:** U verricht een ERCP bij een 84-jarige, verder vitale man met veel jeuk bij een acuut opgetreden obstructie-icterus. Behoudens pantozol zo nodig 20 mg gebruikt hij geen medicatie. Op de CT is een duidelijk uitgezette ductus hepatocholedochus te zien die net niet te vervolgen is tot de papil. Het bilirubine is 262  $\mu\text{mol/L}$  en de eGFR 38ml/min.

Waarmee wordt het risico op een post ERCP pancreatitis bij deze patiënt het sterkst verlaagd?

- A. Na de procedure ringerlactaat 3cc/kg toedienen gedurende tenminste 8 uur
- B. Prehydreren voorafgaand aan ERCP met ringerlactaat 3cc/kg gedurende tenminste 8 uur
- C. Tijdens de procedure 100 mg diclofenac i.v. toedienen
- D. Voorafgaand aan de procedure 100 mg diclofenac als zetpil toedienen

**ID: 30734**

**Juiste antwoord:**

- D. Voorafgaand aan de procedure 100 mg diclofenac als zetpil toedienen

**Literatuur:** ERCP-related adverse events:European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. DOI <https://doi.org/10.1055/a-1075-4080> | Endoscopy 2019

## **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 aankeurende 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**

**Juiste antwoord:**

- C. Controle met MRI-pancreas over 12 maanden en bepalen van CA19.9

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



**115)**

**Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen**

**Vraag:** Bij een 49-jarige man met primaire scleroserende cholangitis (PSC) wordt tijdens een screening middels echo lever een galblaaspoliep van 9 mm gevonden. De patiënt is verder in goede conditie en is klachtenvrij.

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Aanvullende beeldvorming met CT-lever
- B. Aanvullende beeldvorming met MRI-lever
- C. Cholecystectomie
- D. Surveillance echo over 6 maanden
- E. Surveillance echo over 12 maanden

**ID: 31179**

**Juiste antwoord:**

- C. Cholecystectomie

**Literatuur:** ESGE guideline. Eur Radiol 2017 sept; 27(9): 3856-66. Wiles R, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps : Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).

Tevesns: richtlijn American College of Gastroenterology 2014 en EASL PSC CPG 2021



## **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**

**Juiste antwoord:**

- A. Bij cholangitis

**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.



## **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**

**Juiste antwoord:**

- D. Verwijding ductus pancreaticus  $\geq 10$  mm

**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

### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntie**

**Vraag:** Een 30-jarige patiënte heeft al jaren last van de buik met buikpijn, opgeblazen gevoel en krampen. De ontlasting is aan de dunne kant (patiënte benoemt het als 'diarree') met een frequentie van 2-3 keer per dag. Na de ontlasting heeft zij minder klachten. Haar gewicht is stabiel, zij heeft geen koorts, in de familie geen verhoogd risico op IBD of CRC. Bij lichamelijk onderzoek ziet u geen bijzonderheden behalve globaal wat gevoelige buik bij palpatie. Zij maakt zich zorgen en wil een duidelijke diagnose.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Beperkt aanvullend ontlastings- en bloedonderzoek
- B. Coeliakie serologie, faecesonderzoek op parasieten en calprotectine, een coloscopie en een defecografie
- C. Coloscopie
- D. Diagnose PDS-D stellen zonder verder onderzoek

**ID: 31164**

**Juiste antwoord:**

- A. Beperkt aanvullend ontlastings- en bloedonderzoek

**Literatuur:** Kellow J, Drossman DA, Chang L, Chey WD, Tack J, et al. Rome IV Diagnostic Algorithms for Common GI symptoms. Second Edition. Rome Foundation. Raleigh, North Carolina.



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntproblematiek**

**Vraag:** U ziet op de polikliniek een 67-jarige man met klachten van met name dunne ontlasting, tot 6 keer per dag, waarbij hij soms ook 1 dag geen defecatie heeft. Af en toe is de ontlasting keutelig. Daarnaast heeft hij last van fecale incontinentie waarvoor hij reeds een bekkenbodempfysiotherapeut heeft bezocht. Deze behandeling had weinig effect op de klachten. Patiënt heeft 4 jaar geleden een coloscopie ondergaan waarbij geen afwijkingen werden gevonden.

Wat is nu het meest aangewezen advies?

- A. Coloscopie met biopsen om microscopische colitis uit te sluiten
- B. Psylliumvezels 2dd1 sachet
- C. Opnieuw verwijzing naar de bekkenbodempfysiotherapeut

**ID: 31159**

**Juiste antwoord:**

- B. Psylliumvezels 2dd1 sachet

**Literatuur:** Anorectal disorders. Rao et al. Gastroenterology 2016;150:1430–1442

## Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiënt

**Vraag:** Een 45-jarige man heeft een 24-uurs pH-impedantiemetric ondergaan vanwege pyrosis. Protonpompinhibitie werd volgens protocol gestaakt. Een recente gastroduodenoscopie was zonder afwijkingen.

De uitslag is als volgt:

Tijd met pH onder de 4 bedraagt in staande houding 4%, liggend 0.9%, totaal 2.3% (normaalwaarden <9%, <3%, <6%). Symptoommarker is 25 keer ingedrukt, in dagboek staat steeds: "branden".

Symptoom associatiematen zijn voor de pH: symptom index (SI) 34%, symptom association probability (SAP) 89%. Bij impedantie worden ook enkele zwak zure reflux-episoden gemeten, geen niet-zure refluxepisoden. De SI bij impedantie is 38%, de SAP 91% (normaalwaarden SI <50%, SAP <95%).

Wat is de meest waarschijnlijke diagnose op basis van deze metingen?

- A. Functioneel zuurbranden
- B. Gastro-oesofageale refluxziekte
- C. Hypersensitieve oesofagus
- D. Nervus vagusletsel

**ID: 31154**

**Juiste antwoord:**

- A. Functioneel zuurbranden

**Literatuur:** Fass, Zerbib, Gyawali: AGA Clinical Practice Update on Functional Heartburn: Expert Review. Gastroenterology Volume 158, Issue 8, June 2020, Pages 2286-2293





### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodemp problematiek**

**Vraag:** Een 34-jarige vrouw komt op uw spreekuur wegens ernstige obstipatie. Ze is al meerdere keren opgenomen geweest voor klinische lavage met macrogol via een neusmaagsonde. Ze vertelt de ontlasting “wel te voelen zitten” maar “ze krijgt het er niet uit, hoe hard ze ook perst”. Soms haalt ze het met haar vingers uit het rectum.

Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Bekkenbodemyssynergie
- B. Hypotone musculus puborectalis
- C. Sfincterletsel
- D. Ziekte van Hirschsprung

**ID: 31149**

**Juiste antwoord:**

- A. Bekkenbodemyssynergie

**Literatuur:** Aziz et al: An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. EXPERT REVIEW OF GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY 2020, VOL. 14, NO. 1, 39–46



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiënt**

**Vraag:** Een 54-jarige man komt voor coloscopie wegens positieve fecestest bij het BVO naar darmkanker. Bij coloscopie wordt geen poliep of tumor gevonden. Wel wordt een ulcus in het rectum gezien, waarvan bipten worden genomen. De uitslag van de histologie luidt: fibromusculaire obliteratie van de lamina propria, met hypertrofie van de muscularis mucosae, en een gering ontstekingsinfiltraat.

Wat is nu de meest aangewezen behandeling?

- A. Antibiotica
- B. Chirurgische resectie
- C. Diltiazem topicaal
- D. Steroiden topicaal
- E. Vezels en bekkenbodempatiënt

**ID: 31144**

**Juiste antwoord:**

- E. Vezels en bekkenbodempatiënt

**Literatuur:** Sharara et al: Solitary rectal ulcer syndrome: endoscopic spectrum and review of the literature. Gastrointestinal Endoscopy Volume 62, Issue 5, November 2005, Pages 755-762



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodemp problematiek**

**Vraag:** U ziet een 65-jarige patiënte met klachten van misselijkheid, vroege verzadiging en braken na de maaltijd. Zij heeft diabetes mellitus type 2 en depressie in de voorgeschiedenis. U verricht een gastroscopie en een maagledigingsonderzoek en stelt de diagnose gastroparese. U wilt starten met medicamenteuze behandeling, echter patiënte gebruikt citalopram en haar QT-tijd is 500 ms. Er is een derhalve verhoogd risico op ritmestoornissen bij medicamenteuze therapie.

Welk van de onderstaande middelen is de meest veilige keuze wat betreft dit risico?

- A. Domperidon
- B. Erytromycine
- C. Ondansetron
- D. Prucalopride

**ID: 31139**

**Juiste antwoord:**

- D. Prucalopride

**Literatuur:** Giudicessi et al. Cardiovascular safety of prokinetic agents: A focus on drug-induced arrhythmias. *Neurogastroenterol Motil.* 2018 Jun;30(6):e13302



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodemp problematiek**

**Vraag:** Bij defecatie zijn diverse spieren van de bekkenbodemp betrokken. De relaxatie van één van deze spieren is verantwoordelijk voor het openen van de anorectale hoek tijdens defecatie.

Wat is de naam van deze spier?

- A. Externe anale sfincter
- B. Interne anale sfincter
- C. Musculus pubococcygeus
- D. Musculus puborectalis

**ID: 31134**

**Juiste antwoord:**

- D. Musculus puborectalis

**Literatuur:** Rao et al. Anorectal Disorders. Gastroenterology 2016



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntproblematiek**

Vraag: Linaclotide is een guanylate cyclase-C (GCC) receptor agonist. Het beïnvloedt de intestinale secretie van chloride en bicarbonaat en potentieel de gastrointestinale transit. Meerdere RCT's laten zien dat het middel effectief is voor klachtenverlichting in een specifieke subgroep patiënten met het prikkelbare darmsyndroom (PDS).

PDS-patiënten met welk predominant symptoom hebben het meeste baat bij dit middel?

- A. Diarree
- B. Flatulentie
- C. Obstipatie
- D. Opgeblazen gevoel, bloating

**ID: 31129**

**Juiste antwoord:**

- C. Obstipatie**

**Literatuur:** Shah et al. Efficacy and tolerability of Guanylate Cyclase-C Agonist for Irritable Bowel Syndrome with Constipation and Chronic Idiopathic Constipation: A systematic Review and Meta-Analysis. Am J Gastroenterol. 2018 Jan;113(30):329-338



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntie**

**Vraag:** Een 67-jarige patiënte komt op uw polikliniek in verband met fecale incontinentie. Zij heeft reeds bulkvormers, diarree remmers en bekkenbodempatiëntie geprobeerd zonder effect. Er is bij aanvullend onderzoek geen sprake gebleken van een sfincterdefect.

Wat is nu de meest aangewezen vervolgstap in de behandeling?

- A. Anale botox-injecties
- B. Colostoma
- C. Gracilis plastiek
- D. Sacrale neuromodulatie

**ID: 31124**

**Juiste antwoord:**

- D. Sacrale neuromodulatie

**Literatuur:** Guillaume et al. Pathophysiology and Therapeutic Options for Fecal Incontinence J Clin Gastroenterol 2017; 51: 4



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntie**

**Vraag:** Er komt een 66-jarige man naar uw spreekuur wegens fecale incontinentie. De voorgeschiedenis vermeldt prostaatcarcinoom waarvoor radiotherapie. Hij heeft 3x per dag dunne ontlasting waarbij er regelmatig sprake is van ongewild ontlastingsverlies.

Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke oorzaak van de fecale incontinentie?

- A. Combinatie van een sfincterdefect en dunne ontlasting
- B. Combinatie van een sfincterdefect en rectumprolaps
- C. Combinatie van verminderde rectale capaciteit en dunne ontlasting
- D. Combinatie van verminderde rectale capaciteit en rectumprolaps

**ID: 31119**

**Juiste antwoord:**

- C. Combinatie van verminderde rectale capaciteit en dunne ontlasting

**Literatuur:** Rao et al. Anorectal Disorders. Gastroenterology 2016;150:1430–1442



## Categorie 11: Endoscopie

**Vraag:** Een 55-jarige man wordt verwezen voor coloscopie wegens rectaal bloedverlies. Voordat u begint met scopie ziet u dit:



Wat is nu de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Condylomata Acuminata
- B. Hemorroiden
- C. Fissura ani
- D. Rectumcarcinoom

**ID: 31114**

**Juiste antwoord:**

- B. Hemorroiden**

**Literatuur:** Herold et al. Coloproctology. Second edition. Hemorrhoids. P37.



### **Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodemb problematiek**

**Vraag:** Een 40-jarige patiënt presenteert zich met zeer lokale, oppervlakkige pijn rechtsonder in de buik. U stelt de diagnose ACNES (anterior cutaneous nerve entrapment syndrome).

Wat is de eerste keus van behandeling bij deze patiënt?

- A. Injectie lokaal anestheticum op punctum maximum
- B. Neurectomie
- C. Oxycodon met gereguleerde afgifte tot 2dd10mg
- D. Pulsed radiofrequency (PRF) van de aangedane anterieure cutane zenuwtak

**ID: 31109**

**Juiste antwoord:**

- A. Injectie lokaal anestheticum op punctum maximum

**Literatuur:** Richtlijn Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome 2021



## **Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte**

**Vraag:** Een 68-jarige man wordt opgenomen ter analyse van algehele malaise en gewichtsverlies (>15% over een periode van 3 maanden). Op de SEH is reeds een maagsonde geplaatst en de verpleegkundige belt u met de vraag of ze mag starten met sondevoeding. U bent bang voor het ontstaan van een refeeding syndroom.

Welke elektrolyten dienen in dit kader bepaald te worden voordat gestart wordt met sondevoeding?

- A. Fosfaat, Kalium, Calcium
- B. Fosfaat, Magnesium, Calcium
- C. Fosfaat, Magnesium, Kalium
- D. Magnesium, Kalium, Calcium

**ID: 31104**

**Juiste antwoord:**

- C. Fosfaat, Magnesium, Kalium

**Literatuur:** BMJ 2008 Jun 28; 336(7659): 1495–1498.



## **Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte**

**Vraag:** U verwijst een patiënt met de werkdiagnose Irritable Bowel Syndrome (IBS) naar de diëtiste om een Low-FODMAP dieet toe te passen.

Voor welke nutriënten is FODMAP een verzamelnaam?

- A. Korte keten koolhydraten
- B. Lange keten koolhydraten
- C. Middellange keten triglyceriden
- D. Lange keten triglyceriden
- E. Vertakte keten aminozuren
- F. Onvertakte keten aminozuren

**ID: 31099**

**Juiste antwoord:**

- A. Korte keten koolhydraten

**Literatuur:** Altobelli E, Del Negro V, Angeletti PM, Latella G. Low-FODMAP Diet Improves Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Meta-Analysis. *Nutrients*. 2017 Aug 26;9(9):940; *J Hum Nutr Diet*. 2018 Jun;31(3):422-435. doi: 10.1111/jhn.12546. Epub 2018 Feb 23.



## **Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte**

**Vraag:** Een 67-jarige vrouw is opgenomen met een voorspeld ernstige acute biliare pancreatitis. Haar orale intake is onvoldoende. Er is een indicatie voor plaatsing van een neus-maag-sonde (NMS) voor enterale voedingsondersteunende therapie.

Welke methode ter controle van de ligging van de sonde is hier als eerste aangewezen?

- A. Auscultatie van ingeblazen lucht in de maag
- B. Beoordeling van de kleur van maag-aspiraat
- C. Controle van pH van maag-aspiraat
- D. Röntgenfoto (X-buikoverzichtsfoto of X-thorax met afbeelding van de bovenbuik)

**ID: 31094**

**Juiste antwoord:**

- C. Controle van pH van maag-aspiraat

**Literatuur:** Landelijke multidisciplinaire richtlijn neus-maagsonde (Herziening 2017); oa in samenwerking met NVMDL

## 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**

**Juiste antwoord:**

- D. Verhoogd methylmalonzuur en verhoogd homocysteïne

**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.

## **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: 31079**

**Juiste antwoord:**

- A. Indien het resterend darmdeel korter is dan 100 cm

**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

### **Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte**

Op welke ziektebeeld dient men bedacht te zijn bij het refeedingsyndroom?

- A. Hartfalen
- B. Ileus
- C. Leverfalen
- D. Nierinsufficiëntie

**ID: 31079**

**Juiste antwoord:**

- A. Hartfalen

**Literatuur:** Baars et al. Ned Tijdschr Geneeskd 2002 11 mei;146(19).

### **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.





### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:** Een 54-jarige patiënt wordt verwezen naar een levertransplantatiecentrum onder verdenking van acuut leverfalen. Tot aan zijn presentatie op de spoedeisende hulp was patiënt volledig gezond. Er blijkt sprake van een acute hepatitis van nog onbekende origine. De arts-assistent op de SEH vraagt u of er sprake is van acuut leverfalen.

Welke van de volgende factoren maakt in dit geval het onderscheid tussen acute hepatitis en acuut leverfalen?

- A. Albumine <20 g/L
- B. ASAT en ALAT >10.000 U/L
- C. Bilirubine >200 µmol/L
- D. Hepatische encephalopathie

**ID: 31069**

**Juiste antwoord:**

- D. Hepatische encephalopathie

**Literatuur:** EASL guideline Management of decompensated cirrhosis 2018, Nederlandse richtlijn Acuut Leverfalen (mdl.nl)



### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:** Op Schiphol wordt een 21-jarige man onderschept, die verdacht wordt van body packing van cocaïnebolletjes. Op een CT-scan worden 3 latex bolletjes in zijn maag gezien. Hij heeft geen klachten. U wordt gebeld door de medische dienst van Schiphol.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Afwachten tot de latex bolletjes uitgepoept worden
- B. Spoedgastroscopie met extractie van de latex bolletjes
- C. Spoedlaparotomie met extractie van de latex bolletjes
- D. Ziekenhuisopname met observatie en laxeren

**ID: 31059**

**Juiste antwoord:**

- D. Ziekenhuisopname met observatie en laxeren

**Literatuur:** Birk Michael et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2016; 48: 1–8



### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:** Bij een hemodynamisch stabiele patiënt, verwezen in verband met een ferriprievae anemie, ziet u bij endoscopie een Forrest III ulcus in de bulbus van het duodenum.

Wat is nu de behandeling van voorkeur?

- A. Adrenaline injectie
- B. Adrenaline-injectie gevolgd door Gold-Probe coagulatie
- C. Gold-Probe coagulatie
- D. Expectatief, geen endoscopische behandeling

**ID: 31054**

**Juiste antwoord:**

- D. Expectatief, geen endoscopische behandeling

**Literatuur:** Richtlijn Bloedingen tractus digestivus September 2017

### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:** Een 54-jarige man wordt in de avond gepresenteerd op de SEH in verband met melaena. Hij heeft recent NSAIDs gebruikt in verband met een pijnlijke knie bij hardlopen, gebruikt medicijnen in verband met zijn COPD Gold 2, maar heeft geen andere comorbiditeit. Bij rectaal toucher wordt er inderdaad zwarte ontlasting aan de handschoen gezien. Hij is hemodynamisch volledig stabiel, heeft een normaal Hb en ureum. De berekende Glasgow Blatchford score (GBS) bedraagt 1.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Ontslag naar huis, poliklinisch vervolg
- B. Opname, protonpompremmer intraveneus, gastroscopie binnen 24 uur
- C. Opname, protonpompremmer intraveneus, gastroscopie dezelfde avond
- D. Opname, protonpompremmer intraveneus. Indien het Hb de volgende ochtend niet gedaald is ontslag poliklinisch gastroscopie

**ID: 31044**

**Juiste antwoord:**

- A. Ontslag naar huis, poliklinisch vervolg

**Literatuur:** Richtlijn Bloedingen tractus digestivus, NVMDL 2017



### **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 NV MDL September 2017



### **Categorie 7: Pancreas en galwegen**

**Vraag:** Een 54-jarige vrouw meldt zich op de eerste hulp met acuut ontstane pijn bovenin de buik, doorstralend naar de rug. In het aanvullende onderzoek is onder andere een verhoogd lipase zichtbaar en verhoogde leverenzymen met cholestatisch profiel. Echografisch zijn er galstenen aantoonbaar in de galblaas, de galwegen zijn slank. U stelt de diagnose acute biliare pancreatitis na uitsluiten overige oorzaken. Tijdens opname herstelt patiënte voorspoedig en normaliseert de cholestase, het CRP is maximaal 94 mg/dL.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Cholecystectomie tijdens huidige opname
- B. Electieve cholecystectomie over 6 weken
- C. ERCP tijdens huidige opname en electieve cholecystectomie over 6 weken
- D. Starten ursodeoxycholzuur, verder expectatief beleid

**ID: 31029**

**Juiste antwoord:**

- A. Cholecystectomie tijdens huidige opname

**Literatuur:** Lancet. 2015 Sep 26;386(10000):1261-1268

## Categorie 11: Endoscopie

**Vraag:** U doet een colonoscopie bij een 60-jarige man met een veranderd ontlastingspatroon. U vindt bij de scopie de volgende poliep van 22 mm in het sigmoid.



Wat is in dit geval de meest aangewezen endoscopische behandeling?

- A. Endoscopische submucosale dissectie (ESD)
- B. Koude snaar poliepectomie
- C. Piecemeal endoscopische mucosale resectie (EMR)
- D. Warme snaar poliepectomie

**ID: 31019**

**Juiste antwoord:**

- A. Endoscopische submucosale dissectie (ESD)

**Literatuur:** Guideline Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Endoscopy 2017  
Paris 0-Is, Kudo Vi, NICE/JNET 3. Verdenking T1 carcinoom met oppervlakkige submucosale invasie.  
Therapie: ESD

## Categorie 11: Endoscopie

**Vraag:** U verricht een gastroscopie vanwege dyspepsie en vindt per toeval de volgende lesie in het antrum langs de grote curvatuur. U herkent de afwijking niet en vraagt uw supervisor erbij; deze stelt dat het ectopisch pancreasweefsel betreft.



Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. CT-abdomen met contrast
- B. EUS
- C. Expectatief beleid
- D. Follow-up over 1 jaar middels gastroscopie

**ID: 31009**

**Juiste antwoord:**

- C. Expectatief beleid

**Literatuur:** The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract - ScienceDirect. Statement 10. Tevens in ESGE richtlijn PMID: 28385194





### **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Bij een coloscopie ziet u een grote poliep die u uitgebreid inspecteert. In eerste instantie richt u zich op de morfologie van de poliep en maakt u nog geen gebruik van advanced imaging modaliteiten.

Welk classificatiesysteem is het meest geschikt om de algemene morfologie van deze poliep weer te geven?

- A. Hiroshima classificatie
- B. Kudo classificatie
- C. Paris classificatie
- D. Sano classificatie

**ID: 31004**

**Juiste antwoord:**

- C. Paris classificatie

**Literatuur:** Participants in the Paris Workshop. (2003). The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. *Gastrointestinal Endoscopy*, 58(6), S3–S43. doi:10.1016/s0016-5107(03)02159-x

## **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Bij een 55-jarige vrouw wordt bij een gastroscopie in verband met dyspeptische klachten een submucosale zwelling in het antrum gezien van ongeveer 3 cm. De overliggende mucosa oogt intact. U bespreekt vervolgens de beelden op de endoscopie met collega's en besluit tot een vervolg endoscopie.

Wat is nu de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Gastroscopie met afname van graafbiopten
- B. FNA door middel van lineaire EUS
- C. FNB door middel van lineaire EUS
- D. Nadere karakterisering afwijking door middel van radiaire EUS

**ID: 30994**

**Juiste antwoord:**

- C. FNB door middel van lineaire EUS om FNB te verrichten

**Literatuur:** The role of endoscopy in subepithelial lesions of the GI tract. GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. Volume 85, No. 6 : 2017



### **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Een 60-jarige man ondergaat een coloscopie in het kader van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Er wordt in het sigmoid een 20 mm sessiele adenomateuze poliep verwijderd middels en bloc EMR. De coassistent die meekijkt tijdens de scopie vraagt welke behandeling het best kan worden toegepast om een nabloeding te voorkomen.

Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling ter preventie van een nabloeding?

- A. Alle zichtbare vaten in het resectievlak coaguleren
- B. Injecteren van het resectievlak met adrenaline 1:10.000
- C. Sluiten van het resectievlak met hemoclips
- D. Er is in dit geval geen effectieve behandeling ter preventie van een nabloeding

**ID: 30984**

**Juiste antwoord:**

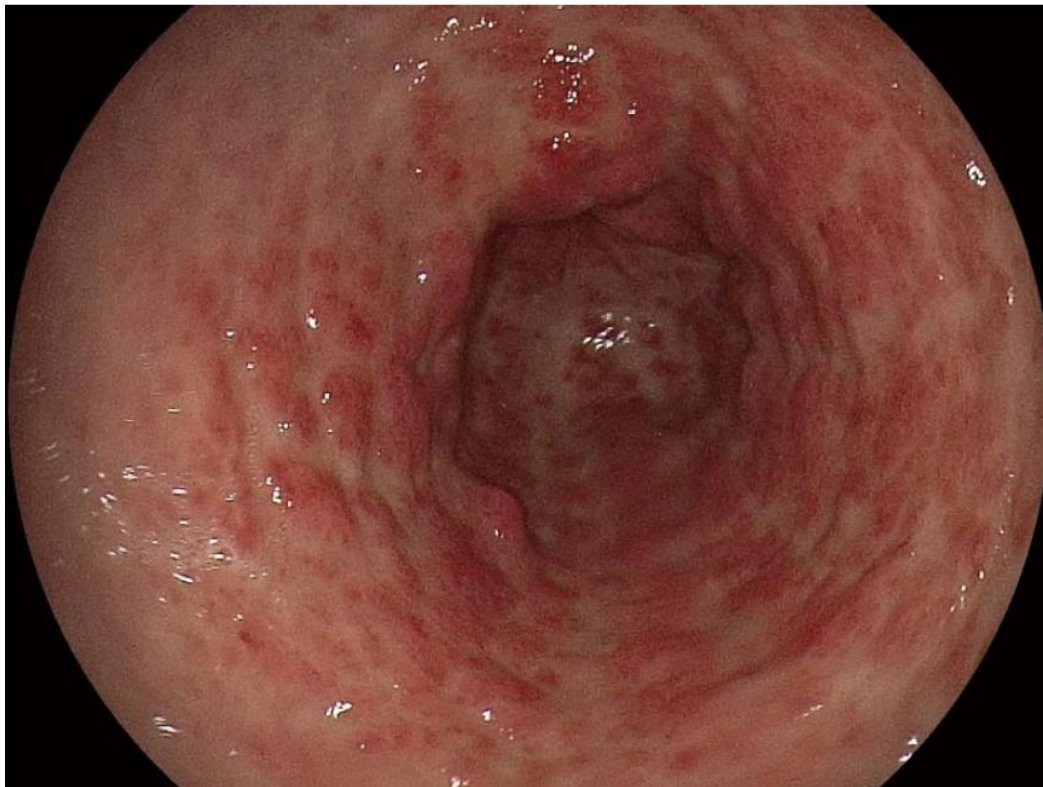
- D. Er is in dit geval geen effectieve behandeling ter preventie van een nabloeding

**Literatuur:** Nederlands Richtlijn Endoscopische poliepectomie van het colon



### **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** U verricht bij een 40-jarige man een gastroscopie en ziet onderstaande bevinding in de maag.



Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Gastric antral vascular ectasia
- B. Hypertensieve gastropathie
- C. MALT lymfoom
- D. Varioliforme gastritis

**ID: 30979**

**Juiste antwoord:**

- A. Gastric antral vascular ectasia

**Literatuur:** Clinical Gastrointestinal Endoscopy – 2nd edition. G.J. Ginsberg ISBN 978-1-4377-1529-3



### **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Darmvoorbereiding met Macrogol preparaten heeft bepaalde risico's, waaronder het optreden van elektrolytstoornissen.

Welke elektrolytstoornis is het meest voorkomend als gevolg van darmlavage met deze preparaten?

- A. Hyponatriëmie
- B. Hypernatriëmie
- C. Hypokaliëmie
- D. Hyperkaliëmie

**ID: 30974**

**Juiste antwoord:**

- C. Hypokaliëmie

**Bron:** Reumkens et al, Gastrointest Endosc 2017;86:673-9.



### **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 biopten 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 briden met carbasalaatcalcium
- C. Clopidogrel 5-7 dagen vooraf aan de coloscopie staken en briden 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](https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_antitrombotische_therapie_final_mei_2016.pdf) (coloscopie met biopten is laag risico ingreep)



## **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Een 61-jarige man met arteriële hypertensie staat volgende week om 11.00 uur gepland voor een surveillance coloscopie onder sedatie. Hij wil van u weten tot wanneer voor de endoscopie hij zijn antihypertensiva nog met water mag innemen.

Tot welke tijdsduur voor een endoscopie onder sedatie mag deze patiënt nog heldere vloeistoffen drinken?

- A. Tot enkele minuten tevoren
- B. Tot 2 uur tevoren
- C. Tot 4 uur tevoren
- D. Tot 6 uur tevoren

**ID: 30959**

**Juiste antwoord:**

- B. Tot 2 uur tevoren**

**Literatuur:** PSA bij volwassenen buiten de OK. Kennisinstituut richtlijn 2012.

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psa\\_bij\\_volwassenen\\_op\\_locaties\\_buiten\\_de\\_ok/nuchter\\_zijn\\_bij\\_psa\\_bij\\_volwassenen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psa_bij_volwassenen_op_locaties_buiten_de_ok/nuchter_zijn_bij_psa_bij_volwassenen.html)



## **Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:** Een 67-jarige man presenteert zich op de spoedeisende hulp met vermoeiheid en melaena. Hij gebruikt Ascal. Hij is hemodynamisch stabiel, het Hb is 5.0 mmol/L en er is sprake van een ijzergebrek. Patiënt krijgt ijzersuppletie. Gastroscopie, push-enteroscopie en ileo-coloscopie tonen geen focus voor bloedverlies. Patiënt wordt in stabiele toestand ontslagen, maar presenteert zich een week later opnieuw met melaena en een Hb-daling. Herhaling van de gastroscopie levert opnieuw geen focus op.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. CT angiografie
- B. Orale dubbel ballon enteroscopie
- C. Orale spiraal-enteroscopie
- D. Videocapsule endoscopie

**ID: 30949**

**Juiste antwoord:**

- D. Videocapsule endoscopie

**Literatuur:** Pennazio M, Spada C, Eliakim R et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical guideline. *Endoscopy* 2015; 47:352-376





## **Categorie 12: Abdominale echografie**

**Vraag:** U ziet een 26-jarige man op uw spreekuur. Hij is al langer bekend met de ziekte van Crohn (L3 ziekte). De laatste jaren was hij in remissie, maar u twijfelt vanwege de toch forse klachten of er nu niet sprake is van een opvlaming. U besluit abdominale echografie te verrichten.

Wat is in dit geval het meest betrouwbare echo kenmerk voor het diagnosticeren van een actieve M. Crohn?

- A. Darmwandverdikking
- B. Vergrote lymfeklieren
- C. Verhoogde vascularisatie
- D. Verminderde elasticiteit en peristaltiek

**ID: 30944**

### **Juiste antwoord:**

- A. Darmwandverdikking**

**Literatuur:** Impact of intestinal ultrasound on the management of patients with inflammatory bowel disease: how to apply scientific evidence to clinical practice. Mirella Fraquelli , Fabiana Castiglione, Emma Calabrese, Giovanni Maconi. Dig Liver Dis 2020 Jan;52(1):9-18.



## Categorie 12: Abdominale echografie

**Vraag:** Een 33-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis en een BMI van 27 kg/m<sup>2</sup> 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 begrensd, 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



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

**Vraag:** Een 68-jarige vrouw, bekend met diabetes mellitus en hypothyreoïdie, wordt door de huisarts verwezen vanwege parenchymateuze leverenzymstoornissen. Uitgebreide analyse inclusief een leverbiopt toont de diagnose auto-immuun hepatitis, daarnaast is er reeds sprake van een Child Pugh A cirrose. Alle andere diagnostiek is negatief (dat wil zeggen geen alcohol, negatieve virusserologie en geen aanwijzingen voor stapelingsziekten e.d.). U bent derhalve overtuigd van de diagnose auto-immuun hepatitis en gaat starten met remissie inductietherapie.

Welk medicament is bij deze patiënte het meest aangewezen als remissie inductie behandeling?

- A. Azathioprine
- B. Budesonide
- C. Mycofenolaatmofetil
- D. Prednisolon

**ID: 30509**

**Juiste antwoord:**

**D. Prednisolon**

**Literatuur:** EASL AIH richtlijn pg 985: "Budesonide has a 90% first pass hepatic clearance and should not be used in cirrhotic patients, or those with peri-hepatic shunting, because of the high risk of side effects in patients not protected by effective first pass metabolism [198,199]." Wereldwijd werd budesonide bij cirrose als contrageïndiceerd verklaard na publicatie van v.portae trombosen in 2/7 PBC patienten met cirrose (Hempfling,...Beuers, Sauerbruch, Hepatology 2003)



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

**Vraag:** Een 33-jarige man komt op het spreekuur met gewichtsverlies, malaise, licht icterische sclerae en jeuk. Hij heeft sinds 1 jaar M. Crohn van het colon. Laboratoriumuitslagen tonen het volgende: Bilirubine totaal 52  $\mu\text{mol/L}$ , AF 330 IU/L, gGT 240 IU/L, ALT 45 IU/L, AST 40 IU/L, IgG 14 g/L.

Een echo laat normale lever en galblaas en galwegen zien. De milt is niet vergroot. MRCP toont stricturerende afwijkingen, mogelijk passend bij PSC, maar geen dominante stricturen.

Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. ERCP met ballondilatatie
- B. Levertransplantatie
- C. Start antibiotica
- D. Start ursodeoxycholzuur

**ID: 30499**

**Juiste antwoord:**

**D. Start ursodeoxycholzuur**

**Literatuur:** EASL Guidelines 2009



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

**Vraag:** Een 22-jarige Nederlandse man komt bij u op de polikliniek wegens een recent gediagnosticeerde M. Wilson. Er is sprake van een gecompenseerde cirrose (Child Pugh klasse A5). Patiënt heeft ook een tremor, en moeite met slikken.

Welke medicatie geeft in dit geval het grootste risico op verergering van de neurologische verschijnselen?

- A. D-Penicillamine
- B. Tetrathiomolybdate
- C. Trientine
- D. Zink

**ID: 30494**

**Juiste antwoord:**

A. D-Penicillamine

**Literatuur:** AASLD practice guidelines. Roberts E.A. et al. Diagnosis and Treatment of Wilson Disease: An Update. Hepatology 2008;47:2089-2111



## **Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantaties**

**Vraag:** Een 35-jarige vrouw wordt verwezen naar uw spreekuur. Elders is een fibroscan verricht, waarbij een stiffness van 4.5 kPa gemeten werd. De MRI abdomen toont een leverlaesie van 43 mm in segment V met sterke aankleuring in de arteriële fase arteriële en vroege uitwas. Het alfafoetoproteïne bedraagt 22µg/L.

Wat is het meest aangewezen beleid ten aanzien van deze laesie?

- A. Biopt van de laesie
- B. Follow up scan over 3 maanden
- C. Verwijzing naar de chirurg voor resectie
- D. Verwijzing naar de interventieradioloog voor TACE

**ID: 30489**

**Juiste antwoord:**

**A. Biopt van de laesie**

**Literatuur:**

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hepatocellulair\\_carcinoom/hepatocellulair\\_carcinoom\\_-\\_behandeling.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hepatocellulair_carcinoom/hepatocellulair_carcinoom_-_behandeling.html)



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

**Vraag :** Welke van de onderstaande laboratoriumbevindingen past het best bij een auto immuun hepatitis?

- A. Verhoogde serumtransaminasen en positieve ANA (antinucleaire antistoffen)
- B. Verhoogde cholestatische levertestafwijkingen en positieve ANA (antinucleaire antistoffen)
- C. Verhoogde serumtransaminasen en positieve AMA (antimitochondriale antistoffen)
- D. Verhoogde cholestatische levertestafwijkingen en positieve AMA (antimitochondriale antistoffen)

**ID: 30484**

**Juiste antwoord:**

**A. Verhoogde serum transaminasen en positieve ANA (antinucleaire antistoffen)**

**Bron/Richtlijn:** European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. J Hepatol 2015;63:971–1004



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

**Vraag:** U ziet op de polikliniek een patiënt bij wie u de diagnose non-alcoholische steatohepatitis (NASH) vermoedt. Patiënt geeft aan geen alcohol te gebruiken. Hij geeft aan de vermoedelijke diagnose graag bevestigd te zien

Welk onderzoek is het meest geschikt voor het stellen van de diagnose NASH?

- A. Echo Doppler van de lever
- B. FIB-4 en NAFLD fibrosis score
- C. FibroScan
- D. Leverbiopt

**ID: 30479**

**Juiste antwoord:**

**D. Leverbiopt**

**Literatuur:** Chalasani et al. The Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2018;67: 328-57





## **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)



## **Categorie 7: Pancreas en galwegen**

**Vraag:** Een 28-jarige vrouw presenteert zich op de spoedeisende hulp wegens een beeld van symptomatisch galsteenlijden. Zij is 22 weken zwanger. Echografie toont meerdere galstenen in de galblaas en een obstruerende steen in de ductus hepatocholedochus. Zij heeft meerdere galsteenaanvallen gehad in de afgelopen dagen.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Cholecystectomie tijdens de zwangerschap, ERCP uitstellen tot na de zwangerschap
- B. ERCP, gevolgd door cholecystectomie, beide tijdens de zwangerschap
- C. ERCP tijdens de zwangerschap, cholecystectomie uitstellen tot na de zwangerschap
- D. Zowel ERCP als cholecystectomie uitstellen tot na de zwangerschap

**ID:30464**

**Juiste antwoord:**

**B. ERCP, gevolgd door cholecystectomie, beide tijdens de zwangerschap**

**Literatuur:** Richtlijn galsteenlijden

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

Vraag: Een 62-jarige Nederlandse man met een blanco voorgeschiedenis, die de laatste jaren niet in het buitenland is geweest, komt op uw spreekuur met nieuw opgetreden klachten van schouderpijn beiderzijds. Zijn huisarts had bij laboratoriumonderzoek een verhoging van levertesten (ALAT 88 U/L; ASAT 78 U/L; GGT 98 U/L) ontdekt, waarbij andere uitslagen (albumine, prothrombinetijd; bilirubine, alkalische fosfatase, creatine kinase) normaal waren. U denkt aan een virale hepatitis.

Welk type virale hepatitis is in dit geval het meest waarschijnlijk?

- A. Hepatitis A virus
- B. Hepatitis B virus
- C. Hepatitis C virus
- D. Hepatitis D(elta) virus
- E. Hepatitis E virus

**ID: 30459**

**Juiste antwoord:**

- E. Hepatitis E virus**

**Literatuur:** EASL CPG Hepatitis E. Journal of Hepatology 2018; 68: 1260-61. Dalton HR et al. Hepatitis E Virus and Neurological Injury. Nat Rev Neurol 2016; 12: 77-85 [ Man van middelbare leeftijd met verhoogde serum levertests en bilaterale schouderpijn: predicatief voor HEV infectie. ("Parsonage Turner syndrome")]



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

**Vraag:** Een 46-jarige patiënt met ernstige Covid-19 overleeft na langdurige intensive care behandeling met multiële medicaties, beademing over meerdere weken en extracorporale membraan oxygenatie. Vier weken na ontslag van de IC ontwikkelt patiënt stijgende serum levertesten. De consulent hepatologie ziet dan de volgende bevindingen:

ALAT 84 U/l (normaal  $\leq 34$ ), ASAT 126 U/l ( $\leq 40$ ), gamma-glutamyl transferase 1821 U/l (normal  $\leq 60$ ), alkalische fosfatase 2120 U/l ( $\leq 120$ ), bilirubine 66  $\mu\text{M/L}$  ( $\leq 17$ ). Anti-HCV, HBsAg en Anti-HBc zijn negatief. Abdominale echografie toont een echorijke lever en open veneuze en arteriële bloedvaten; de galwegen zijn slank. De milt is niet vergroot.

Tegen welk ziektebeeld kijkt de consulent bij deze patiënt meest waarschijnlijk aan?

- A. Decompensatie van een vetleverziekte
- B. Gecompliseerd galsteenlijden na parenterale voeding
- C. Levertoxiciteit door remdesevir (Drug-induced liver injury, DILI)
- D. Primair biliaire cholangitis, Sars-Cov2-geïnduceerd
- E. Scleroserende cholangitis van de kritisch zieke patiënt (SC-CIP), Sars-CoV2-geassocieerd

**ID: 30449**

**Juiste antwoord:**

- E. Scleroserende cholangitis van de kritisch zieke patiënt (SC-CIP), Sars-CoV2-geassocieerd

**Literatuur:** Lagana SM, Kudose S, Iuga AC, et al. al. Hepatic pathology in patients dying of COVID-19: a series of 40 cases including clinical, histologic, and virologic data. Modern Pathology 2020;33:2147-2155