

STAND VAN ZAKEN 35 / INTERVIEW EDMOND RINGS 36
VERGOEDING DIEETPREPARATEN 37 / ZORGVERDELING 39
ASNEMGE 40 / DIKKEDARMKANKER 43 / KWALITEIT 44
DBC'S 45 / THEMA: LEVERZIEKTEN 46-55 / VLAANDEREN 57
CASUÏSTIEK 59 / PROEFSCHRIFTEN 61 / DE AFDELING 63



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 16 / NUMMER 2 / JUNI 2010



VVGE en NVGE congres

Leverziekten

Klink is klaar

De Inspecteur-Generaal van VWS, de heer Van Uum schreef mij een brief van drie kantjes met de boodschap 'VWS bedoelt het goed'. We mogen rekenen op 40 opleidingsplaatsen voor 2011. Zijn brief heb ik gewaardeerd. Mijn eerdere katebel aan hem ging over de uitgestelde CRC-screening. Wij zouden aan VWS kunnen voorstellen om gewoon te beginnen met mannen. Wij mannen worden veel minder oud en voor ons is er niets: geen enkele screening. Voor vrouwen daarentegen: mamma-, cervix- en binnenkort osteoporosescreening. Een alternatief voor deze mijns inziens emanciperende gedachte is patiënten na een negatieve colo voor eerder gevonden poliepen te laten terugvallen op FIT-screening één keer per jaar en FU-colo's te stoppen. We zouden onze endoscopie-capaciteit beter kunnen benutten. We hopen dat Zonmw, RIVM of VWS deze studie mogelijk wil maken.

TRANSFERS

Zuiden

Alexander Bodelier (AZM) wordt de 6^e MDL-arts in Breda eind 2010. Ze zoeken nog meer fte's MDL tot 2015. Het 4^e levertransplantatieteam van Nederland komt eraan. Dit wordt een samenwerking tussen Aken en Maastricht. Sebastien Kindt (Leuven – darmmotiliteit) wordt de 5^e MDL-arts in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven; een 6^e mag zelfs. Jan van Spreeuwel gaat per 01-01-2010 met pensioen, voor hem wordt een opvolger gezocht. Geldrop, met volgens hen (Linskens/Kneppelhout) het gezelligste MDL-team, zoekt een 3^e MDL-arts, een 4^e binnen enkele jaren lijkt onafwendbaar. Henk Festen vertrekt 25/06 met een fraai afscheidssymposium uit Den Bosch. Tessa Romkens (Radboud) wordt de 6^e MDL-arts in Den Bosch.

Westen

Erasmus MC met de grootste MDL-groep van Nederland heeft 3–4 vacatures. Peter Mensink vertrekt voor minimaal twee jaar naar het Mater Misericordiae Hospital in Mackay, Queensland Australië. Arjun Koch blijft na zijn opleiding (1-11-2010) in het EMC voor de interventie-endoscopie. Leiden ziet zich ziekenhuisbreed enorme bezuinigingen opgelegd, Gijs van den Brink (LUMC) wordt hoogleraar Experimentele Interne in het AMC. Herma Fidder (LUMC) wordt 6^e MDL-arts in het UMCU. Kortom, een probleem. Hilversum praat met kandidaten voor de 6^e MDL-arts, maar zoekt daarnaast een opvolger voor collega Sikkens, die eind

2010 met pensioen gaat. Marcel Cazemier verlaat het Bronovo Ziekenhuis en wordt de 6^e MDL-arts in het OLVG in Amsterdam. Olle The (AMC), nog volop in opleiding, wordt in 2012 de 7^e MDL-arts in het OLVG. De problemen in Den Haag blijven levensgroot, zelfs het kabinet realiseert zich dit. Het HAGA ziekenhuis heeft per 1-3-2011 zijn 5^e MDL-arts binnen: Rogier Stuyt (LUMC). Ze zoeken nog een collega. Bronovo zoekt nu 2 MDL-artsen en de internisten realiseren zich dat bij de huidige workload 4 MDL fte binnen 2–3 jaar reëel is. Erwin van Geenen zoekt met spoed collegae. Alleen Haaglanden met 6 MDL-artsen komt volledig op sterkte door de komst van Patrick van der Veek (LUMC).

Oosten

Rijnstate wil waarschijnlijk in 2010 groeien met 1 à 2 fte's. Marleen de Leest wordt de 9^e MDL-arts in Rijnstate en de eerste vrouw, ze zoeken dringend een 2^e vrouwelijke MDL-arts. Joost Drenth moet op zoek naar MDL-artsen (Jansen/Rompens). Als 1^e opvolger blijft Aura van Esch als 8^e MDL-arts in Nijmegen. Ze zoeken iemand die de interventie-endoscopie wil uitbouwen. Ton Lückers, GE-internist uit Boxmeer, meldde dat de 1^e MDL-arts een Duitse collega wordt: Ludger Epping. Hij hoopt op een 2^e MDL-arts binnen 1–2 jaar. Bernhoven (Oss/Venray) zoekt een 4^e MDL-arts. In Apeldoorn zijn de 3 Duitse collegae opgestapt.

Noorden

Drachten, waar nu nog 1 MDL-arts overblijft, zit dik in de problemen. Ze hebben behoefte aan 3 extra MDL-artsen. De directie wil alle ruimte aan een nieuwe MDL-arts geven en kijkt in België en Duitsland. Daarnaast klaagt men bij VWS. In Leeuwarden start per 01/08 Marijke Rasch (Drachten) als 5^e MDL-arts en op 01/11 Sietske Corporaal (AZG) als 6^e MDL-arts. Men praat met een 7^e en zoekt een opvolger voor Piet Spoelstra, die in augustus 2011 65 jaar hoopt te worden. Men denkt binnen vier jaar 8 fte's te moeten hebben.

Algemeen

De STZ-ziekenhuizen krijgen nog vrij makkelijk MDL-artsen. Toegankelijkheid van MDL-zorg verdampt in de kleine ziekenhuizen. Op 1 juli 2010 zijn er 335 MDL-artsen, waarvan 320 lid zijn van de NVMDL. Het lijkt erop dat onze nieuwe medelanders uit België en Duitsland vertraagd lid worden van onze Vereniging. Ik verwacht in 2010 een verdere instroom van Vlaamse en Duitse collegae. Het Capaciteitsorgaan wil 40 MDL i.o. in 2011 laten instromen.

Regeren is vooruitzien

Een veelgehoorde kreet in deze tijden van verkiezingen. Een uitspraak die bij uitstek ook van toepassing is op ons. Na jarenlange discussie zal in 2011 het aantal aios dat start met de opleiding tot MDL-arts stijgen tot 40. Een aantal waarvoor we al lang geleden de opleidingscapaciteit hebben gevormd en waarover veel discussie is gevoerd.

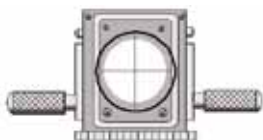
Hoewel het tekort aan MDL-artsen hiermee overmorgen niet is weggewerkt, begint de instroom nu eindelijk in de richting van het niveau te komen waarmee in de toekomst de tekorten aan MDL-artsen kunnen worden gereduceerd.

Het belang hiervan wordt telkens onderschreven. Zeer recent stond in de NEJM het resultaat van een prospectief onderzoek dat aantoont dat opleiding en ervaring als endoscopist, significante predictoren zijn voor een lager risico op interval-carcinomen na coloscopie. MDL-artsen vinden meer adenomen, als belangrijkste predictor voor een laag risico op intervalcarcinomen na scopie. Uit eerder onderzoek weten we al dat opleiding ook een belangrijke, zo niet de belangrijkste predictor is voor snelheid, patiëntbelasting, complicaties, en kosten van endoscopische procedures. Het is allemaal simpel, volledig invoelbaar en voorspelbaar, en verklaart de grote vraag naar MDL-artsen.

Hierbij draait het ook om het leveren van optimale hepatologische zorg. De Nederlandse Vereniging voor Hepatologie luidde onlangs opnieuw de noodklok over het grote tekort aan MDL-artsen met aandachtsgebied hepatologie en de effecten dat dit heeft voor de hepatologische zorg. Niet alleen in algemene ziekenhuizen maar ook in een aantal academische centra. Ook hiervoor is uitbreiding van het aantal MDL-artsen hard nodig.

Hetzelfde geldt *last but not least* voor de introductie van een nationaal darmkankerscreeningsprogramma. Iets dat niet alleen vanuit de beroepsgroep en de Gezondheidsraad maar ook vanuit de EU sterk wordt aanbevolen. Het gaat er allemaal komen, regeren is vooruitzien.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



MDL- of MD-arts?

Het gebied van de hepatologie dobert al sinds jaar en dag tussen de MDL en de interne geneeskunde. Het heeft met beide intensieve raakvlakken. Van oudsher is het een vak voor denkers en wellicht wat minder voor doeners. Hierin is de laatste jaren echter verandering gekomen. De interventiehepatologie (abdominale echografie, contrastechografie, fibroscan, leverbiopsieën, laparoscopieën, varicesbehandeling, RFA's, ERCP's, TIPS-procedures) heeft het vak van zijn wat bruine imago ontdaan en maakt dat veel jonge MDL-artsen, met name in centra met interesse in leverziekten, zich willen inzetten voor de hepatologie. Toch is de hepatologie ook een vak waarvoor je de weg moet weten binnen de water- en zout-huishouding, infectieziekten en stollingsproblematiek, deelgebieden waar de internist traditioneel goed in thuis is.

Opleiding

Met de nieuwe opleidingsstructuur waarbij de MDL-artsen in opleiding twee jaar interne geneeskunde en vier jaar MDL wordt aangeboden, moeten we oppassen dat het focus niet te veel op alleen 'doen' komt te liggen, maar dat ook het denkwerk hoog aangeschreven blijft binnen het MDL-vaandel. Ik zie te frequent dat MDL-artsen in opleiding bij enige electrolytstoornissen of stollingsafwijkingen gedachteloos een internist in consult vragen. Dit is een slechte ontwikkeling en we moeten zorgen dat binnen het vierjarig MDL-gedeelte van de opleiding er voldoende expositie is aan leverziekten. Derhalve is het belangrijk dat adequate leverstages worden aangeboden op basaal niveau in alle opleidingen en dat voor hen die zich willen verdiepen in de hepatologie superstages van één jaar in transplantatiecentra tot de mogelijkheden behoren. Ook dienen de opleiders oog te hebben voor kandidaten die geïnteresseerd zijn in de hepatologie. Binnen een aantal academische ziekenhuizen in den lande heeft de hepatologie bij opleiders minder

Lees verder op pagina 46.

HOGLERAAR KINDER-MDL EDMOND RINGS

‘Een transplantatie is meer dan een ingreep’

Voor Edmond Rings stond al heel jong vast dat hij kinderarts zou worden. Zijn specialisatie in kinder-MDL is te danken aan het toeval dat zijn oog viel op een advertentie in het studentenblad Folia. Hij werd tijdelijk ‘spoolbaas’ op de afdeling MDL van het Amsterdams Medisch Centrum. Bijna vijftientig jaar later, op 18 mei, hield Edmond Rings in Groningen zijn oratie ‘Kinder-MDL: door dik en dun’ als hoogleraar Kindergeneeskunde, met als bijzonder aandachtsgebied maag-, darm- en leverziekten.

Hij ziet het weer voor zich, de vijf boxen waarin elke ochtend vijf mensen plaatsnamen op een wc om schoon-gepoeld te worden voor endoscopisch onderzoek. “Ik sloot ze aan op het spool-systeem en hield in de gaten dat het goed verliep. Als ‘beloning’ mocht ik ’s middags mee-scopiëren met Chris Mulder en Guido Tytgat. Dat was voor een jonge, onervaren student een leerzame en interessante ervaring. Ik werkte bij het topziekenhuis op het gebied van endoscopisch onderzoek. Het was een inspirerende en aanstekelijke omgeving, met mensen die allemaal enthousiast waren over hun werk.”

New England Medical Center

Edmond Rings had dit baantje aangenomen, omdat hij door de invoering van de nieuwe tweefasenstructuur anderhalf jaar moest wachten om zijn coschappen te kunnen vervullen. Als tegenprestatie kreeg hij

Het is een wonder dat een zo gecompliceerd proces als groeien goed gaat

de gelegenheid een half jaar ervaring op te doen bij het New England Medical Center in Boston. Bij Richard Grand die toen al een autoriteit was op het gebied van kinder-MDL.

Rings: “Wat mij in Amerika vooral heeft getroffen, is dat ik als jonge student meteen serieus werd genomen door Richard Grand. Hij was geïnteresseerd in wie ik was en wat ik deed. Ik draaide volwaardig mee in zijn team en werd beoordeeld op de inhoud van mijn onderzoek.”

Dit contact bracht Rings ertoe een programma op te zetten met Hans Büller en Hugo Heymans om jaarlijks meerdere studenten uit Amsterdam, Groningen, Leiden en Rotterdam ervaring te laten opdoen bij Richard Grand. Dat programma loopt nog steeds. Ruim zeventig studenten hebben al gebruikgemaakt van deze mogelijkheid. “Voor de ontwikkeling van ons vak is het belangrijk om jonge mensen op die manier kennis te laten maken met nieuwe ontwikkelingen en nieuwe ervaringen mee te geven. Deze kunnen ze weer meenemen naar Nederland.”

Transplantatie als laatste redmiddel

Rings promoveerde in 1994 onder supervisie van Richard Grand en Guido Tytgat. Vanaf 2001 heeft hij in het Universitair



Professor Edmond Rings tijdens zijn oratie op 18 mei 2010: “Lever- en darmfalen heeft grote gevolgen voor kinderen én hun ouders.”

Medisch Centrum Groningen meegebouwd aan de structuur, de programma’s en de samenwerking tussen verschillende disciplines voor de behandeling van kinderen met ernstig lever- en darmfalen. Groningen is het toonaangevende centrum in Nederland op dit gebied, met een unieke kennis en ervaring met lever- en darmtransplantaties. In 2008 schreef Groningen geschiedenis met een meervoudige transplantatie van de dunne en dikke darm, de lever en de alvleesklier bij een vijfjarige jongen (zie *MAGMA* 4-2008, p. 90). Zonder deze ingreep zou hij zijn overleden aan MID, *microvillous inclusion disease*. Het gaat nog steeds goed met de jongen. Na jarenlang op voeding te hebben geleefd die via een infuus in het bloed werd gebracht, heeft hij na de transplantatie opnieuw moeten leren eten. “Alle ziekenhuisopnamen en intensieve medische behandelingen hebben een grote invloed gehad op zijn jonge leven en dat van zijn ouders, maar hij leidt nu het leven van een gewoon kind.”

Rings noemt darmtransplantatie het laatste redmiddel om het leven te verlengen. “Dit kan uitkomst bieden, maar het is wel veel meer dan een gewone medische ingreep. Je haalt iets eigens uit het lichaam en je vangt het door lichaamsdelen van een ander.

De impact daarvan moet je niet onderschatten. Met een transplantatie verleng je het leven, maar je biedt mogelijk een tijdelijk perspectief. We kunnen alleen een algemene prognose geven op basis van de verzamelde informatie over darmtransplantaties. Dan is de overlevingskans na vijf jaar vijftig tot zestig procent.”

Verschuivende grenzen

Daarom ondergaat elk kind met lever- of darmfalen een strenge selectie voor een plaats op de wachtlijst en de beslissing om te transplanteren. Vaak blijkt dat andere therapieën uitkomst kunnen bieden. “Met elke beslissing om te transplanteren doorbreek je samen met ouders en patiënt de grens van de medische mogelijkheden. En bij elke volgende beslissing ga je weer door een nieuwe grens heen. Die verantwoordelijkheid weegt zwaarder dan de technische aspecten van een transplantatie.”

De onzekerheden en risico's zijn voor Rings een stimulans om door te gaan met onderzoek, zoals naar MID, en met de kennis die nu beschikbaar is vooral te zoeken naar therapieën die minder ingrijpend en bedrei-

gend zijn. Samen met een celbioloog en geneticus is het myosine-eiwit met een structureel defect ontdekt dat MID veroorzaakt.

“Die ontdekking stelt ons nu in staat ouders te adviseren een genetisch onderzoek te laten uitvoeren. We kunnen steeds meer doen aan noodlottig darmfalen bij kinderen. De ervaringen die wij opdoen met de behandeling van kinderen, kunnen we ook toepassen op volwassenen en op andere ziekten. We gaan de biologie van het darmslijmvlies steeds beter begrijpen. We weten veel meer over het functioneren van eiwitten.”

Vijf kinderen op de wachtlijst

In Groningen zijn nu enkele darmtransplantaties bij kinderen uitgevoerd. Er staan op dit moment drie kinderen op de wachtlijst. “Ja, we verrichten een enorme inspanning voor een betrekkelijk kleine groep. Het is de moeite waard, omdat lever- en darmfalen grote gevolgen heeft voor kinderen en hun ouders. Dat schept de verplichting voor artsen om daar iets aan te doen. Een praktisch voordeel is dat kinderen in Groningen

terecht kunnen en niet naar het buitenland hoeven voor behandeling. Dat voegt extra leed toe aan een toch al een moeizame situatie. Daar lig je in een ziekenhuis ver van huis, met een gebrekkige communicatie door taalproblemen. Bouw dan maar eens een vertrouwensrelatie op met ouders en patiënt. Het is schrijnend als je een kind moet achterlaten, terwijl er sprake is van complicaties.”

Onbevangen, spontaan, kwetsbaar

Prof. dr. E.H.H.M. Rings heeft nu samen met zijn collega Henkjan Verkade de leiding over het Beatrix Kinderziekenhuis, dat onderdeel is van het UMGC. Edmond Rings: “Ik denk dat mijn wens om kinderarts te worden te maken had met bepaalde ervaringen in mijn jeugd. Ik vind het leuk om met kinderen te werken. Ze zijn onbevangen en spontaan. Ze zijn ook kwetsbaar. Het is een wonder dat een zo gecompliceerd proces als groeien goed gaat. En als er iets misgaat, heeft dat grote gevolgen voor het leven en de ontwikkeling van kinderen. Zij verdienen het leven, zij zijn immers de toekomst.”

NIEUWS

CVZ trekt conceptadvies vergoeding dieetpreparaten in

Begin januari 2010 bleek het College van Zorgverzekeraars (CVZ) de vergoeding op dieetpreparaten te willen afschaffen. Een gezamenlijk protest van de NIV, NVMDL, NVGIC, NVGE, Stuurgroep Ondervoeding, de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en enkele relevante patiëntengroeperingen heeft ertoe geleid dat het CVZ in april 2010 haar conceptadvies voorlopig heeft ingetrokken.

Het CVZ wacht nu de door de minister aangekondigde evaluatie van de huidige aanspraak af. Het CVZ benadrukt daarbij de bijdrage van ‘het veld’: “Binnen het relatief korte tijdsbestek van een maand is het u gelukt een lijvig rapport op te stellen dat de steun heeft van vele partijen. Het CVZ stelt uw bijdrage op prijs en heeft het door u geboden inzicht meegewogen in zijn besluit.”

Hier nogmaals de sinds 1 januari 2009 bestaande aanspraak op vergoeding.

Patiënten die niet uitkomen met aangepaste normale voeding of bijzondere voeding, komen voor vergoeding van dieetpreparaten in aanmerking als:

- een patiënt lijdt aan een stofwisselingsstoornis of een voedselallergie of een resorptiestoornis; of
- een patiënt lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop; of
- een patiënt, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard is aangewezen op een dieetpreparaat.

Voor meer informatie verwijzen wij naar www.stuurgroepondervoeding.nl

Namens de Stuurgroep Ondervoeding
Chris Mulder, voorzitter en Ellen van der Heijden, coördinator



 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB

**SINDS 1999 LOPEN WE VOOROP OM IEDERE DAG OPNIEUW
HET VERSCHIL TE MAKEN IN HET LEVEN VAN IBD PATIËNTEN**

We hebben al veel bereikt en onze ambitie gaat verder!



REMICADE
10
JAAR
GASTRO ENTEROLOGIE

VOORBEELD MAASTRICHT VERDIENT LANDELIJKE NAVOLGING

Centrum Annadal laat 'moeder' niet los

Met een goede en snelle endoscopie-service kan het MUMC in Zuid-Limburg concurreren met andere marktpartijen in de tweede lijn. Het 'ZBC' Annadal stelt het ziekenhuis in staat te voldoen aan een alsmaar groeiende vraag naar endoscopieën. Complexe behandelingen zijn gewaarborgd, omdat de zelfstandige unit onderdeel is van het MUMC.

Het Maastricht Universitair Medisch Centrum is hét academisch ziekenhuis voor Zuidoost-Nederland, maar ook het stads- en streekziekenhuis voor Maastricht en het Heuvelland. In de tweede lijn moet zij concurreren met twee ziekenhuizen binnen een straal van twintig kilometer (Heerlen en Sittard). Het ziekenhuis werkt in een markt waar het bevolkingsaantal terugloopt, maar de zorgvraag juist toeneemt door een ontgroening en vergrijzing die groter is dan in de rest van Nederland. Het zijn omstandigheden die dwingen tot het zoeken naar een balans tussen nog meer efficiency én zorg en service van hoge kwaliteit.

Zo is een scheiding aangebracht tussen MDL-patiënten met een complexe en eenvoudige zorgvraag. Ook heeft het MUMC een MDL-short loop-spreekuur ingevoerd. Hier kunnen patiënten terecht met een vraag en diagnostiek waarvoor één consult voldoende is. De patiënt krijgt voor het vervolg een brief voor de huisarts mee. Deze service voorziet in een behoefte, zo blijkt uit het groeiende aantal verwijzingen van huisartsen.

Normtijden verkort

Speciaal voor de eerste lijn heeft de Raad van Bestuur van het MUMC in het oude

Annadal Ziekenhuis een tweede endoscopie-unit in gebruik genomen. Geen overbodige luxe, want sinds 2007 groeit het aantal MDL-verwijzingen en endoscopische verrichtingen in rap tempo. De faciliteiten omvatten twee ruime endoscopiekamers, een uitslaapruijme, spreekkamers en een wachtruimte. De wachttijden zijn kort door te werken met variabele dagdelen, waardoor het mogelijk is het aanbod aan endoscopie aan te passen aan de vraag.

Voor gastroscopie/sigmoïdoscopie garandeert Annadal een wachttijd van minder dan een week; voor coloscopie minder dan twee weken. In het begin lag de productie op twee dagdelen endoscopie per week voor de eerstelijnsdiagnostiek. Nu is dat ten minste zes dagdelen en is de unit een vrij toegankelijk endoscopiecentrum.

Door een stevige verpleegkundige bezetting en een snelle wisseling van patiënten zijn de normtijden ten opzichte van het MUMC verkort en worden per dag meer patiënten behandeld dan in het MUMC. Die efficiency gaat niet ten koste van de persoonlijke aandacht. Uit enquêtes blijkt dat patiënten tevreden zijn vanwege de korte wachttijden, het ontbreken van uitloop, aandacht van de doktoren, kleinschaligheid en de persoonlijke benadering.

Optimale samenwerking met ziekenhuis

Naar aanleiding van de aanvraag van de huisarts vindt triage plaats op vijf vragen. Zo worden patiënten met een hoog risico bij voorkeur verwezen naar het MUMC. Dat zijn meestal ouderen of mensen met anti-stollings- en cardiopulmonaalrisico's. De patiënten die Annadal behandelt, krijgen na de scopie een verslag van het onderzoek en een advies voor de verdere behandeling. Als een nadere analyse noodzakelijk is of de

Short loop-spreekuur voorziet in groeiende behoefte

advisering meer tijd kost, dan wordt meteen een afspraak gemaakt voor het reguliere MDL-spreekuur.

Belangrijk is ook wat de MDL'ers ervan vinden. Specialisten kiezen bewust voor een academische loopbaan met voldoende tijd voor topreferente en academische zorg, onderzoek en onderwijs. Daarin voorziet het concept van Annadal: door een efficiëntere planning van de zorg komt tijd vrij voor andere (academische) taken.

Annadal is een ideale leeromgeving voor AIOS, omdat er goed georganiseerde, protocollaire MDL-zorg wordt verleend met een academische signatuur. Met voldoende tijd en aandacht voor de opleiding. Annadal is ook uitermate geschikt voor de coloscopieën voor de landelijke darmkankerscreening. Het MUMC werkt samen met het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam aan een evaluatie van de training *nurse endoscopy* voor het bevolkingsonderzoek. De organisatie en de werkwijze van het medisch centrum Annadal zijn te vergelijken met een zelfstandig behandelcentrum, maar met één essentieel verschil: medewerkers zijn in dienst van het MUMC en de unit is onderdeel van de MUMC-organisatie. Zo is een optimale afstemming met het ziekenhuis gewaarborgd en is waar nodig direct toegang tot de faciliteiten voor complexe zorg.

Kortom, Maastricht geeft een voorbeeld dat landelijk navolging verdient.

Rogier de Ridder en Ad Masclee, Maastricht

MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN IN EUROPEES VERBAND

Veel energie in onderwijs jonge arts

Europa is een grote verzamelbak van landen, culturen en talen. Deze verscheidenheid is ook terug te vinden in een veelvoud aan fora en verenigingen op het terrein van de maag-darm-leverziekten (MDL). Kennen de Verenigde Staten één grote wetenschappelijke vereniging, in Europa is het voor menigeen onduidelijk hoe en door wie wij als maag-darm-leverartsen zijn vertegenwoordigd. Daarom hier een korte toelichting op de rol van ASNEMGE, de Europese Gastro-Enterologie Vereniging.

ASNEMGE is een overkoepelende Europese organisatie voor de nationale wetenschappelijke verenigingen voor maag-darm-leverziekten. ASNEMGE kent geen individuele leden. Voor Nederland is de NVGE aangesloten bij ASNEMGE; hierdoor hebben wij in Europa een orgaan dat onze belangen op Europees niveau dient.

In 1947 werd ASNEMGE opgericht door vertegenwoordigers uit België, Frankrijk, Italië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. De naam staat voor het acronym *Association des Sociétés National European et Méditerranéenne de Gastroenterologie*.

ASNEMGE kende aanvankelijk als voor-naamste doel: het bieden van een forum aan

MDL-artsen uit heel Europa en het Middellandse Zeegebied voor uitwisseling van klinische en wetenschappelijke ideeën. De eerste congressen werden gehouden in Lausanne (1948), Madrid (1950), Bologna (1952) en Parijs (1954). In 1954 werd met de OMGE (Organisation Mondiale de Gastroenterologie) overeengekomen om samen elke vier jaar een congres te organiseren:

's Werelds eerste
Door-de-Scoop Slokdarmstent

Niti-S[®]



Medicor

Snel te plaatsen en minimaal invasief

Volledig gecoverde slokdarmstent in een 10.5 Fr introducersysteem. Het unieke design garandeert een eenvoudige plaatsing door de scoop.

De volledig siliconen covering maakt een eenvoudige en veilige verwijdering mogelijk en geeft een minimaal risico op weefselsingroei.



Omschrijving	Bestelnummer	Stent		Introductie systeem	
		Diameter	Lengte	Diameter	Lengte
Niti-S Slokdarm stent TTS Introducer	EST 1806 F	18 mm	60 mm	10.5 Fr	160 cm
	EST 1808 F		80 mm		
	EST 1810 F		100 mm		
	EST 1812 F		120 mm		
	EST 1815 F		150 mm		

030 - 600 60 30 www.medicor.nl info@medicor.nl

International Congresses of ASNEMGE. De ASNEMGE-congressen in de jaren '80 – Lissabon (1984) en Rome (1988) – waren zó succesvol dat de schaalvergroting een nieuwe stap noodzakelijk maakte: een jaarlijks wetenschappelijk congres, vergelijkbaar met de Amerikaanse Digestive Diseases Week (DDW) organiseren. In 1992 richtte ASNEMGE met zes andere Europese wetenschappelijke MDL-verenigingen de *United European Gastroenterology Foundation* (UEGF) op. Doel was om zo de jaarlijkse United European Gastroenterology Week (UEGW) mogelijk te maken.

Onderwijs

Met het uitbesteden van de rol van congresorganisator kreeg ASNEMGE nu haar handen vrij om andere activiteiten te ontplooiën. Zo is de laatste jaren veel energie gestoken in het onderwijs aan jonge MDL-artsen.

Dit jaar organiseert ASNEMGE al weer voor de zevende maal de 'Summerschool'. Deze *postgraduate* cursus biedt gedurende vier dagen een klinisch programma waarbij aan de hand van ziektegeschiedenissen de theorie wordt toegelicht. Voorts is er een uitgebreid *skills lab* waarbij vaardigheden als endoscopie, echografie en manometrie geoefend kunnen worden. In 2010 zal de cursus van 10–13 juni in Praag worden georganiseerd.

Daarnaast organiseert ASNEMGE twee maal per jaar een 'Young Investigator Meeting' (YIM). Dit is een driedaagse cursus waarin jonge onderzoekers de fijne kneepjes van het doen van onderzoek worden bijgebracht. Tijdens de UEGW wordt deze cursus in een gecomprimeerde vorm aangeboden. Hierbij roepen wij jonge Nederlandse onderzoekers op om aan de verschillende cursussen deel te nemen, aangezien dit uit-

eindelijk ook Europese samenwerking kan bevorderen. Aanmelden kan via www.asnemge.org.

Voorts selecteert ASNEMGE jaarlijks zes of zeven 'Rising Stars'. Dit zijn onderzoekers die zich hebben onderscheiden door innovierend en hoogstaand onderzoek. Dit jaar is onder anderen Bart Veldt, MDL-arts i.o. uit het Erasmus MC, onderscheiden.

Nederland en ASNEMGE

Vanuit Nederland vertegenwoordigt Joost Ph. Drenth, MDL-arts uit het UMCN, de NVGE in ASNEMGE. Joost Drenth is tevens *course director* van de Summerschool in Praag. Samen met Gijs van de Brink (MDL-arts i.o., LUMC) organiseert hij de YIM.

Voor meer informatie:
joostphdrenth@cs.com of
info@livercyst.org.

WETENSCHAP

Fecale incontinentie treft 7% van bevolking

Fecale incontinentie is een sociaal invaliderende klacht die bij 7% van de bevolking voorkomt en toeneemt met de leeftijd. De meest voorkomende oorzaak is de bevalling, waarbij zowel beschadiging van de anale kringspier als van de zenuw kan plaatsvinden. Conservatieve maatregelen zoals defecatieregulatie, fysiotherapie en medicatie zijn veelal onvoldoende. Een sfincteroperatie is alleen zinvol bij een groot sfincterdefect.

Radiofrequente energietoediening in het anorectum via een proctoscoop met naaldjes (SECCA-methode) onder conscious sedation is een nieuwe behandeling in Nederland en gebeurt alleen in het VUmc. Met deze behandeling zijn in de VS al gunstige resultaten bereikt. De gedachte is dat er een relatieve vernauwing van de anus en mogelijk een toename van de sensibiliteit voor ontlasting ontstaan. De eerste resultaten van een proefonderzoek hebben gunstige klinische effecten aange-

toond. De SECCA-methode lijkt een toegankelijke en veilige poliklinische procedure. Om uiteindelijk het effect van de SECCA-behandeling te kunnen vaststellen, hebben wij een gerandomiseerde studie opgezet.

Het primaire doel van de studie is vermindering van klachten van fecale incontinentie en toename van de kwaliteit van leven. Ook proberen wij voorspellende factoren vast te stellen voor succesvolle behandeling en veranderingen in anale functietesten te identificeren. Patiënten die voor de placebo hebben geloot, kunnen na zes maanden de echte behandeling krijgen.

Oproep

Voor meer informatie of verwijzing van patiënten kunt u contact opnemen met: drs. Tze Lam, arts-onderzoeker en/of dr. Richelle Felt-Bersma, MDL-arts in het VUmc, tel (020) 444 0613, e-mail: tj.lam@vumc.nl of rjf.felt@vumc.nl.

Inclusiecriteria

- fecale incontinentie minimaal zes maanden, niet reagerend op conservatieve therapie (dieet, medicatie en fysiotherapie);
- leeftijd 18–80 jaar.

Exclusiecriteria

- patiënten met chronische diarree, anorectale tumoren, proctitis, soiling, ileo-anale of colo-anale anastomose;
- groot sfincterdefect dat in aanmerking komt voor operatie;
- rectumprolaps;
- ernstige hemorroïden (anders eerst behandelen);
- fistels of abscessen;
- ziekte van Crohn of colitis ulcerosa;
- bloedstollingsstoornissen of antistollingsbehandeling die niet gestopt zou kunnen worden;
- zwangerschap;
- psychiatrische stoornissen.

Hi LINE
HD+



Clear. Easy. Different.

Because you can only decide on what you can see.



Three technologies for better diagnosis:

Hi Line HD+ for outstanding image quality which allows for better orientation and detection.

i-scan Surface Enhancement (SE) for easier detection and demarcation of flat lesions.

i-scan Tone Enhancement (TE) simplifies lesion characterization through improved mucosal structure enhancement.

PENTAX Nederland B.V.
Life Care

Lage Mosten 35
4822 NK BREDA - Nederland
Tel.: 076 - 531 30 31
Fax: 076 - 531 30 00
E-Mail: lifecare@pentax.nl

Hi Line and i-scan. Outstanding precision
in endoscopy.

www.pentaxlifecare.nl

PENTAX

SCREENING OP DIKKEDARMKANKER

‘Immuno-colo’ en poliepfollow-up

De Gezondheidsraad heeft de minister eind 2009 geadviseerd om geleidelijk de bevolking van 55 tot 75 jaar tweemaal te screenen op dikkedarmkanker, en wel met een immunologische test om bloed in de ontlasting op te sporen (FIT). Eenmalig testen met deze FIT spoort ongeveer 60% van de aanwezige carcinomen op.¹ Dat niet alle carcinomen worden gevonden, komt omdat tumoren onregelmatig bloeden en door *sampling errors*. Wij hebben vastgesteld dat bij eenmalig testen *sampling errors* verantwoordelijk zijn voor ongeveer 6% van de vals-negatieve testen. In het proefbevolkingsonderzoek dat met deze FIT in de regio Nijmegen en Amsterdam is uitgevoerd, werd dikkedarmkanker vastgesteld bij 0,39% van de personen die een test hadden uitgevoerd.² Het werkelijke percentage carcinomen in het onderzochte leeftijdscohort kan worden ingeschat door meta-analyse van gepubliceerde data over screeningscoloscopieën die in landen met een vergelijkbare dikkedarmkankerincidentie zijn uitgevoerd. In totaal heb ik ruim 160.000 screeningscoloscopieën geanalyseerd, het merendeel uit Duitsland, zodat een betrouwbaar beeld van de prevalentie van darmkanker kan worden verkregen in de doelgroep.

In totaal werd bij 0,75% (CI: 0,71%–0,79%) dikkedarmkanker geconstateerd en bij 6,28% (CI: 6,16%–6,40%) *advanced* adenomen. Met dit percentage kan worden ingeschat dat in het Nijmeegs–Amsterdams onderzoek ongeveer 52% van de werkelijk aanwezige carcinomen zouden moeten zijn gevonden (0,39/0,75). Als we ervan uitgaan dat onregelmatig bloedverlies verantwoordelijk is voor de vals-negatieve testen, dan zou bij een tweede test weer 52% van de dan nog aanwezige carcinomen worden opgespoord, bij een derde test weer 52%, enzovoort. Theoretisch zouden dan na de tweede test 77% van het werkelijk aantal

aanwezige carcinomen moeten zijn opgespoord en bij een derde test al 89%. In Japan heeft men dit uitgetest en gevonden dat na een test 56% van de werkelijk aanwezige carcinomen werd gevonden, na twee testen 83% en na drie testen 89%, waarbij de testen kort na elkaar werden uitgevoerd.³ In theorie zou na zes keer kort na elkaar testen meer dan 98% van de werkelijk aanwezige carcinomen moeten zijn opgespoord. Dit is vergelijkbaar met een coloscopie, vandaar mijn voorstel om deze aanpak het ‘immuno-colo-concept’ te noemen. Op vergelijkbare manier kan worden beredeneerd dat na zes keer testen ruim 80% van de grote (>10 mm) adenomen is opgespoord. Verwijdering van deze grote adenomen wordt verantwoordelijk gehouden voor de gedaalde dikkedarmkankerincidentie in een bevolkingsonderzoek dat in de VS werd uitgevoerd.⁴

Zijn alle colo’s wel nodig?

Invoering van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker zal tot gevolg hebben dat de coloscopiecapaciteit moet worden uitgebreid. Daarom zal er kritisch gekeken moeten worden naar indicaties voor coloscopieën in de screeningsgroep. Veel coloscopieën worden nu uitgevoerd in het kader van poliepfollow-up. De vraag is of dat nog nodig is. Ongeveer vijf jaar na het uitvoeren van een coloscopie in het kader van screeningsstudies werd bij niemand meer kanker aangetroffen en bij iets meer dan 2% een *advanced* adenoom.^{5,6} Dit ligt in de niet-gescreende populatie met 0,75% dikkedarmkanker en 6,28% *advanced* adenomen aanzienlijk hoger. Aan deze 2% dragen poliepen <10 mm niet significant bij, zodat mijn voorstel is om in elk geval personen waarbij dergelijke adenomen zijn verwijderd, niet meer coloscopisch te vervolgen, maar na zes jaar weer te laten deelnemen aan het FIT-bevolkingsonderzoek. Dit

kan volgens de data uit het onderzoek in de regio Nijmegen–Amsterdam ruim 30% van de surveillancescoloscopieën gaan besparen. Zo kan het aantal extra coloscopisten dat nodig is bij het invoeren van een FIT-screeningsprogramma, beperkt blijven tot hooguit dertig. Wij zouden met zulke getallen VWS kunnen overtuigen al eerder met CRC-screening te starten. Additionele studies zijn welkom.

Naar mijn mening zouden deze extra coloscopisten MDL-artsen moeten zijn, omdat bij bijna 50% van de FIT-positieven kanker of grote adenomen wordt gevonden, waardoor triage met minder gekwalificeerde endoscopisten niet meer rendabel is.

Jan B.M.J. Jansen

Elkerlyck Ziekenhuis, Helmond

De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl

NIEUWS

Koninklijke onderscheiding MDL-arts Nico van Bentem

MDL-arts dr. N. (Nico) van Bentem is door Hare Majesteit benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau

“dankzij zijn grote verdiensten voor de maag-darm-lever-geneeskunde in Nederland in het algemeen en voor Twente en Medisch Centrum Twente in het bijzonder.”

De versierselen werden hem 4 maart jongstleden opgespeld door burgemeester P.E.J. den Oudsten van Enschede.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT

Feel the heat & do something

Volgens cynici heeft na de aanleg van waterleiding en riolering de moderne westerse geneeskunde niet zo veel meer toegevoegd aan onze kwaliteit en kwantiteit van leven. Integendeel. In onze gezondheidszorgindustrie is 3% van alles wat wordt afgeleverd, 'een defect product'. De kosten van slechte kwaliteit lopen in de miljarden. En *The New York Times* schreef: "Half of what doctors know is wrong." Dit cynisme heeft in de VS een paradigmaverschuiving in de gezondheidszorg in gang gezet die zijn weerga niet kent.

"Marketing healthcare is so 2009." Ofwel: geld als belangrijkste prikkel werkt niet, sterker nog, het is dodelijk. Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de samenleving.

In Nederland is in 2018 25% van het arbeidspotentieel en 16% van het BNP nodig om de medische fabriek draaiende te houden. Dat is er niet en dat hebben we niet. Hier moet dus worden ingegrepen. De VS gaan ons – zo goed en zo kwaad als de partijen het toelaten – daarin voor. Volgens het Institute for Healthcare Improvement (www.IHI.org) moet de arts zijn verantwoordelijk nemen en het tij keren. Wie hun jaarlijkse forum te Orlando bezoekt, komt terug met een onbedwingbare *sense of urgency*.

Laten we het vergelijken met *global warming*. De mensheid, in dit geval de *medical community*, is heel moeilijk aan het watertrappen te krijgen als het water nog (net) niet aan de lippen staat. Maar uiteindelijk draait het om *survival of the fittest*. Degenen die zich het snelst en het best hebben aangepast, zullen overleven. Aanpassen is echter meer dan een snelle technische oplossing

forceren. Aanpassen is complex en vereist onthechting, het verlaten van platgetreden paden. Het geeft gevoelens van verlies of verraad en kan het evenwicht op de werkvloer ernstig verstoren. Het lukt alleen als iedereen begrijpt waarom. 'Sense of urgency' dus. *Feel the heat & do something*. Zo ook hier en nu in de volvette medische zorg van het rijke westen. Hoe voelen we daar de hitte? Door het produceren van de koele kale feiten met betrekking tot onze prestaties. Door het tonen van het gat tussen ons streven en de realiteit. Vooral door het zichtbaar maken van de weerslag die onveiligheid en slechte kwaliteit hebben op leven en dood van de individuele patiënt. Het IHI is een zeer toegankelijk en inspirerend instituut dat leert hoe dit alles in praktijk te brengen. Van harte aanbevolen bij alle collega's in Nederland!

Willem Moolenaar, MDL-arts

OPROEP

Tumormateriaal nodig voor onderzoek EATL

Enteropathy associated T-cell lymfoma (EATL) is een zeldzaam T-cel non-Hodgkin-lymfoom dat vooral vóórkomt bij coeliakiepatiënten. Vooral patiënten bij wie coeliakie na de leeftijd van 50 jaar is gediagnosticeerd en bij wie sprake is van refractaire coeliakie, hebben een verhoogde kans een EATL te ontwikkelen. De prognose is *infaust* en een effectieve therapie is vooralsnog niet beschikbaar.

EATLs ontstaan vermoedelijk uit geactiveerde cytotoxische T-lymfocyten in de intestinale mucosa, meestal in de dunne darm. Tot op heden is niet bekend wat precies de aanleiding vormt voor een non-neoplastische intraepitheliale lymfocyt om te transformeren naar een maligne T-cellymfoom. Uit recent onderzoek in andere typen lymfomen is echter gebleken dat inhibitie van apoptosepathways een cruciale rol speelt in de ontwikkeling van het lymfoom. Mogelijk ligt blokkade van apoptose ook

ten grondslag aan het ontstaan van EATL.

In het VUmc wordt momenteel onderzoek gedaan naar de apoptosepathways in EATL. Hiermee wordt beoogd meer inzicht te krijgen in de pathogenese van EATL alsmede aanknopingspunten te vinden voor nieuwe gerichte therapieën.

Om dit onderzoek te kunnen uitvoeren, dienen we uiteraard te beschikken over tumormateriaal van EATL. Vooral vers tumormateriaal en vriesmateriaal zijn nodig, maar ook paraffinemateriaal is bruikbaar. Mocht u dus een patiënt hebben met (mogelijk) een EATL, dan zijn wij u erg dankbaar indien u contact met ons zou willen opnemen.

Laura de Baaij, arts-onderzoeker, VUmc
T: 020-444 2337, E: l.debaaij@vumc.nl

DBC's op weg naar transparantie

DBC's Op Weg naar Transparantie (DOT): zo heet het verbetertraject van het huidige DBC-systeem. Het is de volgende fase in een zich steeds verder ontwikkelend systeem voor financiering van de ziekenhuiszorg. Hoewel de demissionaire minister Klink de invoering van DOT minimaal een jaar heeft uitgesteld, is de kans groot dat DOT per 1 januari 2012 wordt ingevoerd.

De diagnosebehandelcombinatie (DBC) moest de *functionele budgettering* (FB), ingevoerd in de jaren tachtig van de vorige eeuw, vervangen. Redenen:

1. Binnen het FB-systeem was het onduidelijk waarvoor de zorgverzekeraars betaalden. Ook voor de ziekenhuizen en specialisten was niet inzichtelijk hoe het geld werd verdeeld over verschillende behandelingen. Hierdoor waren de mogelijkheden om de zorg efficiënt te sturen, erg beperkt.
2. Voor de klant (patiënt en zorgverzekeraar) waren er geen mogelijkheden om zorgaanbod te vergelijken op kwaliteit en prijs.
3. Voor specialisten was de relatie 'loon naar werken' onduidelijk geworden. De DBC's zouden gaan zorgen voor de gewenste transparantie in de zorg. Elke wetenschappelijke vereniging werd gevraagd een lijst DBC's op te stellen. Omdat het voor de kosten nogal uitmaakt welke behandeling wordt uitgevoerd, werd elke DBC onderverdeeld in verschillende behandelassen. Samen met andere behandelkenmerken zoals initiële behandeling of vervolgbehandeling resulteerde dit in een erg groot aantal verschillende DBC's (30.000). Uit praktische overwegingen zijn daarom de meeste DBC's op basis van kosten en werklust in productgroepen ingedeeld, met gemiddelde prijzen. Dit ging echter weer ten koste van de medische herkenbaarheid. Een ander probleem is de geheel verschillende wijze van registreren van DBC's per specialisme, waardoor voor dezelfde aandoening bij een ander specialisme een andere registratie en prijs mogelijk zijn.

Voor verbetering vatbaar

Sinds enkele jaren wordt gewerkt aan verbetering van het DBC-systeem. Recent is het DOT-zorgproductsysteem vastgesteld, dat enerzijds gebaseerd blijft op registratie van de diagnose (medisch-inhoudelijk) en anderzijds nauwkeuriger aansluit bij het profiel van de behandeling (kosten). Om toch vereenvoudiging van de declaratiesystematiek te bereiken, worden diagnoses samengevoegd in een beperkt aantal medisch herkenbare (analyse- of zorgproduct)groepen. Het lijkt daarmee veel op het DRG-systeem (*diagnosis-related groups*) dat in sommige landen wordt gebruikt.

In de praktijk

De arts registreert de diagnose van een zorgtraject. Dit gaat voorlopig in de bekende DBC-termen, maar in de toekomst waarschijnlijk in een soort *Dutch Edition* van ICD-10. Dit zorgtraject wordt per subtraject gedeclareerd volgens uniforme registratierichtlijnen. Declaratie volgt 90 dagen na start van een poliklinisch zorgtraject (zorgtype 11), 365 dagen na start van een vervolgetraject (zorgtype 21) of 42 dagen na afsluiting van een opname. Het ziekenhuis stuurt een pakketje met informatie over het te declareren zorgtraject naar een centrale landelijke computer (*grouper*). In de *grouper* wordt het pakketje op basis van de geregistreerde diagnose toegewezen aan de betreffende analysegroep. Meerdere specialismen kunnen hun subtraject aan dezelfde analysegroep aanbieden. Vervolgens wordt het pakketje op basis van typerende zorgactiviteiten (verrichtingen) binnen het zorgprofiel gesorteerd naar een specifiek DBC-zorgproduct. Dit zorgproduct wordt terug-

gestuurd naar het declarerende ziekenhuis, dat er de afgesproken prijs aan koppelt en declareert bij de betreffende zorgverzekeraar. Voor opname op intensive care of dure geneesmiddelen zijn er aparte zorgtrajecten, *add-on's* genaamd. Endoscopieën worden binnen DOT op dezelfde manier gehonoreerd als binnen het DBC-systeem, dus op basis van het gemiddelde landelijke profiel. 'Achter de voordeur' wordt het bedrag uitgekeerd aan de uitvoerders.

Nadelen

Ondanks een aantal verbeteringen kent het systeem ook nadelen. Ziekenhuizen vrezen onderdeclaratie wanneer de registratie van (typerende) zorgactiviteiten niet tijdig en juist is. In het huidige DBC-systeem wordt dit grotendeels ondervangen door de validatiemodule. Die toetst namelijk de geregistreerde DBC-code aan het profiel, voordat de DBC wordt gedeclareerd. Een ander gevoelig punt is het gegeven dat verschillende specialismen die voor een diagnose dezelfde behandeling uitvoeren, in dit systeem gelijkelijk worden gehonoreerd. Dit raakt vooral specialismen die zorg leveren die overlapt met andere specialismen, zoals bij MDL-artsen. Zowel internisten als chirurgen zullen deels dezelfde DBC-zorgproducten declareren voor hetzelfde honorarium. Zorgzwaarte gemeten in aantal zorgactiviteiten is hierbij meer leidend dan expertise. In hoeverre dat belangrijk is, moet blijken in de praktijk.

Paul Boekema, Máxima Medisch Centrum Eindhoven.

Kijk op www.mdl/magma voor illustratiemateriaal.

Vervolg van pagina 35.

prioriteit en dit is terug te vinden in het gedrag van de assistenten die op sommige plaatsen een hepatitispolikliniek moeiteloos kunnen laten vallen voor een extra scopieprogramma.

Capaciteit en toekomst hepatologie

Bij de gevestigde MDL-artsen is de onderbemanning nijpend en de leverziekten zijn hierbij niet zelden het kind van de rekening. Onder druk van de enorme load aan endoscopieën wordt de hepatologie nogal eens overgedragen aan de interne geneeskunde. Dit is vooral het geval bij de virale hepatitis. Zelfs in een aantal academische ziekenhuizen heeft de virale hepatitis blijkbaar zo weinig prioriteit binnen de MDL dat zij niet meer in staat zijn om dit zelfstandig te behandelen. Indien dit bij scopieprogramma's zou gebeuren, zou iedereen in rep en roer zijn.

We gaan de hepatologie verliezen als we niet zelf een sterke infrastructuur opbouwen waarbij enerzijds in den lande een netwerk ontstaat van hepatologen die de hepatologie, inclusief de virale hepatitiszorg, in zijn volle breedte kunnen behandelen. Anderzijds moeten wij niet alleen scopiedokters opleiden, maar ook dokters die geïnteresseerd zijn in leverziekten. Het bestuur van NVMDL heeft hierin nu een belangrijke verantwoordelijkheid te nemen.

Harry Janssen, Erasmus MC



ALGHEELE VACCINATIE TEGEN HEPATITIS B IS BROODNODIG

Sluipmoordenaar maakt meer slachtoffers dan HIV

Als er niet zo veel maatschappelijke commotie was ontstaan over het vaccineren van tienermeisjes tegen baarmoederhalskanker, dan was de algehele vaccinatie tegen hepatitis B ook in Nederland een feit geweest. Dat zegt Roel Coutinho (RIVM).

Hoe noodzakelijk dat is, weet Harry Janssen (Erasmus MC) als geen ander. Nog diezelfde week werd in zijn centrum een levertransplantatie verricht bij een jonge hepatitis-B-patiënt, die bij een algehele vaccinatie niet nodig was geweest.

Maart 2009 adviseert de Gezondheidsraad de minister om algehele vaccinatie tegen hepatitis B op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma. De raad constateert dat het gericht vaccineren van risicogroepen – gestart in 2002 – veel ziekte heeft voorkomen maar dat het vaccineren van zuigelingen of pubers tegen hepatitis B het meest effectief is. Door het vaccin te combineren met de bestaande vaccinatie op zuigelingenleeftijd zijn geen extra prikken nodig en blijven de kosten relatief laag.

Erst ervaringen met HPV evalueren

Die aanpak zou een feit zijn geweest als er niet zo veel publieke weerstand was ont-

staan tegen het vaccineren van adolescenten tegen baarmoederhalskanker (HPV).

“Die weerstand, en vooral de heftigheid ervan, is voor de minister aanleiding geweest om voorlopig niet in te gaan op het advies van de Gezondheidsraad. Uit vrees voor hernieuwde discussies, maar nu over hepatitis B, die het Rijksvaccinatie Programma (RVP) in gevaar kunnen brengen”, aldus Roel Coutinho, directeur van het Centrum Infectiebestrijding van het RIVM. “De overeenkomst met HPV is de leeftijd, de doelgroep van twaalf- tot zestienjarigen. Extra gevoelig is ook dat verreweg de meeste hepatitis-B-infecties in Nederland ontstaan door seksuele overdracht.”

De minister heeft een beslissing over algehele vaccinatie uitgesteld tot september 2010.

Goedkoop, veilig en effectief

Harry Janssen, hoogleraar hepatologie aan het Erasmus Medisch Centrum, is al jaren een pleitbezorger voor algehele vaccinatie. De WHO dringt hier al op aan sinds 1992. Wereldwijd behoort Nederland wat dat betreft tot de uitzonderingen. Janssen is – zacht gezegd – verbaasd dat de politiek het inenten van kinderen jaar in jaar uit laat slepen en telkens weer excuses weet te vinden om de beslissing uit te stellen. “De combinatie van de DKTP-prik met een bestaand, internationaal erkend en bewezen veilig vaccin is goedkoop, safe en kosteneffectief. Het draagt bij aan een vermindering van de mortaliteit. Ik vrees dat de politiek nauwelijks in actie komt, omdat hepatitis B meestal een sluipmoordenaar is. Het kan vijftientig tot dertig jaar duren voordat de besmetting en infectie zich uiten in een ziekte.”

Roel Coutinho legt uit waarom destijds is gekozen voor het uitsluitend vaccineren van specifieke doelgroepen met een grote kans op hepatitis B-infectie. Dat zijn mannen met homoseksuele contacten, injecterende druggebruikers en heteroseksuelen met zeer veel wisselende partners. “De belangrijkste overweging was dat hepatitis B een ernstig probleem is, maar zich het meest voordoet bij een beperkt aantal groepen. Daar zijn de grootste risico’s die we als eerste hebben willen bestrijden met een gericht programma. We hebben nu ervaren dat we die groepen weten te bereiken, dat het programma op individueel niveau bescherming biedt, maar dat het effect van alle inspan-

.....
Als je nu begint met vaccineren van baby's, dan bescherm je ook toekomstige risicogroepen
.....

Harry Janssen (links) en Roel Coutinho (rechts) in gesprek: "De gevolgen van hepatitis B zijn nauwelijks zichtbaar. Daardoor kennen mensen de gevaren niet."



ningen niet voldoende is om het probleem definitief op te lossen.”

Hepatitis B als souvenir

Harry Janssen: “Het bereik onder de risicogroepen is ongeveer dertig procent. De mensen die daartoe behoren, zijn over het algemeen moeilijk te benaderen voor advies en behandeling. Er is veel geld gemoeid met het traceren van de plekken waar je de doelgroep hoopt te bereiken. Er gaat veel tijd verloren met uitzoeken wie nou wel en niet aan de regels voor vaccinatie voldoet. En als je contact hebt, dan voelen mensen zich vaak niet aangesproken, omdat ze op dat moment geen klachten hebben. Ik zeg niet dat je het doelgroepenbeleid moet loslaten, maar als je nu begint met het vaccineren van baby's, dan bescherm je ook de toekomstige risicogroepen.”

Coutinho: “Ik ben het niet met Harry eens als hij beweert dat het programma niet goed werkt. Een bereik van dertig procent is voor deze doelgroepen een goed resultaat.

GGD'en steken via hun spreekuren heel veel energie in het bereiken van de doelgroep. Alleen is het niet voldoende om het probleem bij die specifieke doelgroep op te lossen. Bovendien ervaren we dat vaccinatie vaak pas gebeurt op een leeftijd dat al behoorlijke risico's zijn gelopen.

Janssen: “Het streven om de doelgroepen te beschermen is nobel, maar mijns inziens is het nu de hoogste tijd om over te gaan tot algehele vaccinatie. Ik ben het met Roel

eens dat het verstandig is om uit te zoeken wat je kunt leren van de ervaringen met de vaccinatie tegen HPV, maar dat staat het vaccineren van baby's niet in de weg. MDL-artsen worden in de praktijk geconfronteerd met een toenemend aantal infecties. Ook als gevolg van de mondialisering. Nederlanders gaan wereldwijd met vakantie en bezoeken landen of gebieden met een verhoogd risico. Zij komen soms terug met een ernstige, zelfs fulminante acute hepatitis B als souvenir. Deze week is bij ons opnieuw een jonge Nederlandse patiënt getransplanteerd die kort daarvoor in het verre buitenland acute hepatitis B had opgelopen. Dit was absoluut voorkomen als Nederland eerder tot algehele vaccinatie was overgegaan.”

Nationale vaccinatieprogramma niet op het spel zetten

Roel Coutinho: “Ik begrijp jouw frustraties als hepatoloog die geconfronteerd wordt met gevolgen, met mensen die tot hun grote schrik drager blijken te zijn. Je moet je ook realiseren dat het vaccineren van baby's niet tot resultaten op de korte termijn leidt. Daarvoor zijn de adolescenten een belangrijke doelgroep. We willen ons nationale vaccinatieprogramma niet op het spel zetten door weer een nieuwe discussie over de zin van vaccinatie. We hebben te maken met mensen die polio, difterie, kinkhoest of mazelen niet uit ervaring kennen. Dat heeft

Lees verder op pagina 49.

Levertumoren

De behandeling van levertumoren heeft de laatste jaren een aantal interessante ontwikkelingen doorgemaakt. Niet alleen zijn de chirurgische mogelijkheden voor resectie of lokaal-ablatieve therapie toegenomen, ook op het gebied van medicamenteuze behandeling is vooruitgang geboekt. In dit artikel richten we ons op de chirurgische behandeling van levertumoren.

Leverresecties worden in Nederland in een beperkt aantal centra uitgevoerd. Naar verwachting zal door toemende centralisatie de leverchirurgie zich dit de komende jaren verder concentreren in centra met specifieke expertise en ervaring. Recent is de Werkgroep Leverchirurgie opgericht als subvereniging van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie. Deze werkgroep heeft tot doel de kwaliteit van leverchirurgie in Nederland verder te verbeteren, onderzoek op dit gebied te stimuleren en te komen tot accreditering en certificering van leverchirurgie. Een voorwaarde hierbij zal zijn, dat de leverchirurgie in een centrum is ingebed in multidisciplinaire (tumor)werkgroepen en dat er een goede borging is van de kwaliteit van zorg in het peri-operatieve proces.

Tumoren in de lever worden gewoonlijk ingedeeld in primaire tumoren die in de lever zelf zijn ontstaan en secundaire tumoren of metastasen afkomstig van een primaire maligniteit buiten de lever. Naast benigne levertumoren (onder andere adenoom, focale nodulaire hyperplasie, hemangioom) zijn de meest voorkomende primaire levertumoren het hepatocellulair carcinoom (HCC) en het cholangiocarcinoom. Van de secundaire levertumoren vormen de colorectale levermetastasen een belangrijk deel van de indicaties voor leverchirurgie.

Primaire levertumoren

Het HCC is in Nederland een relatief zeldzame tumor. Hoewel een HCC kan vóórkomen in een overigens normale lever, komen wereldwijd de meeste gevallen van HCC voor bij patiënten met leverfibrose of cirrose.¹ Dit maakt de chirurgische behandeling van HCC anders dan die van andere tumoren. Door het onderliggende leverlijden zijn uitgebreide leverresecties niet altijd mogelijk. Met de komst van lokaal-ablatieve technieken, zoals radiofrequente ablatie (RFA) al dan niet percutaan en CT-geleid, kan een toenemend aantal patiënten wel worden behandeld. Voor een beperkte groep patiënten met HCC in een cirrose biedt levertransplantatie een uitkomst. Zolang de hoeveelheid tumorweefsel binnen de zogenaamde Milaancriteria blijft (één tumor <5 cm of maximaal drie tumoren van <3 cm) zijn de resultaten na levertransplantatie vergelijkbaar met die voor andere indicaties. Ook voor geselecteerde patiënten met een chirurgisch niet te reseceren HCC in een overigens normale lever kan levertransplantatie een reële behandeloptie zijn.² Om die reden verdient het aanbeveling de behandeling van HCC-patiënten te centraliseren in een centrum waar ook levertransplantaties worden verricht. De tweede belangrijke primaire levertumor is het cholangiocarcinoom.³ Het cholangiocarcinoom is een zeldzame maligniteit uitgaande van het galwegepitheel. De ziekte

kan ontstaan over de gehele lengte van de galwegen: intrahepatisch, perihilaire of extrahepatisch. Cholangiocarcinoom heeft in het algemeen een slechte prognose. De behandeling ervan is nog altijd een klinische uitdaging en vraagt bij uitstek om een multidisciplinaire benadering. Radicale resectie van de extrahepatische galwegen, meestal in combinatie met een partiële leverresectie, is vooralsnog de enige behandelingsvorm met kans op curatie. Hoewel levertransplantatie momenteel in Nederland niet wordt gezien als een geaccepteerde behandelingsoptie voor het cholangiocarcinoom, zijn er vanuit andere landen aanwijzingen dat in een streng geselecteerde groep patiënten zonder lymfekliermetastasen acceptabele resultaten kunnen worden verkregen na levertransplantatie. In Nederland wordt daarom momenteel de rol van levertransplantatie bij de behandeling van het (hilaire) cholangiocarcinoom heroverwogen.

Levermetastasen

De behandeling van levermetastasen van het colorectaal carcinoom is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse praktijk van de leverchirurg. De mogelijkheden voor behandeling zijn toegenomen en de eerder gestelde grenzen voor het niet meer reseceren van metastasen zijn aan het vervagen. Zo zijn extrahepatische metastasen geen belemmering meer, kan een als te klein ingeschatte leverrest (na resectie) voorafgaand



aan de resectie tot groei worden ‘gedwongen’ door *vena porta*-embolisatie, kunnen bilobaire metastasen met een combinatie van resectie en ablatie worden behandeld en kunnen multipale of grote levermetastasen met neo-adjuvante chemotherapie in resectabele banen worden geleid.⁴⁻⁷

Nieuwe behandelingen resulteren ook in nieuwe problemen. Neo-adjuvante chemotherapie kan zó effectief zijn dat de levermetastasen niet meer te detecteren zijn. Het is echter niet juist om te veronderstellen dat er dan geen verdere therapie meer noodzakelijk is; rond 80% van de behandelde metastasen bleken nog vitaal.⁸ Daarom dient de chirurg alsnog een aanvullende therapie uit te voeren die kan bestaan uit resectie of thermo-ablatie. Het feit dat de metastasen die hebben gerespondeerd, niet meer detecteerbaar zijn, maakt deze taak niet eenvoudiger. Anderzijds resulteert neo-adjuvante chemotherapie ook in veranderingen in het leverparenchym – steatohepatitis of sinusoidale obstructie – die de risico’s van een uit te voeren leverresectie weer iets doen toenemen (*zie foto*).⁹ Een juiste timing van de resectie is hierbij essentieel. Ofwel: net zo veel chemokuren dat er een resectabele situatie is ontstaan en geen voortzetting van de chemotherapie, daar anders de kans op postoperatieve complicaties sterk stijgt. Een nauw contact tussen oncoloog en chirurg is hierbij van groot belang.

Deze ruimere indicatiestelling voor het uitvoeren van leverresecties voor colorectale metastasen is enerzijds het gevolg van nieuwe ontwikkelingen, maar vooral ook omdat de kans op complicaties en sterfte na

leverresecties sterk is gedaald. Ook minimaal-invasieve technieken zoals laparoscopische resecties en percutane ablatie van levertumoren hebben hieraan bijgedragen. Vooral de percutane CT-geleide behandeling maakt het mogelijk om ook (de veelal oudere) patiënt met aanzienlijke comorbiditeit toch te behandelen zonder het uitvoeren van een grote operatie.

De meningen over de chirurgische behandeling van levermetastasen van andere primaire tumoren zijn minder eensluidend. Leverresecties van metastasen van de meest uiteenlopende primaire tumoren zijn beschreven. Het beoogde doel van een dergelijke ingreep kan zijn het verkrijgen van curatie, of op zijn minst een aanzienlijke verlenging van leven.¹⁰ Maar ook palliatie kan een doel zijn, waarbij door reductie van tumorload een aanzienlijke vermindering van hinderlijke symptomen kan optreden. Een goed voorbeeld wordt gevormd door patiënten met levermetastasen van neuroendocriene tumoren of andere hormonaal actieve tumoren. Naast leverresectie dient hierbij ook de mogelijkheid van (percutane) ablatie als minimaal belastend alternatief te worden overwogen.¹¹⁻¹²

Het gebruik van meerdere modaliteiten om de patiënt tumorvrij te krijgen, is eerder regel dan uitzondering geworden.¹⁰ Een juiste indicatiestelling en timing van de uit te voeren modaliteiten zijn hierbij cruciaal. Om die reden dient elke patiënt met levermetastasen besproken te worden met een multidisciplinair team dat uitgebreide expertise heeft met deze behandelingsmodaliteiten. Dit geldt in het bijzonder voor die patiënten die schijnbaar niet reseceerbare levertumoren hebben; er zijn soms onverwachte mogelijkheden om deze patiënten toch een in opzet curatieve chirurgische behandeling te doen ondergaan.

Koert P. de Jong en Robert J. Porte
Afdeling Hepato-Pancreato-Biliaire
Chirurgie en Levertransplantatie,
Universitair Medisch Centrum Groningen

Vervolg van pagina 47.

invloed op hun beleving van het nationaal vaccinatieprogramma. Zij zien geen reden om zich daarover zorgen te maken. Dat verklaart misschien ook waarom zij zo massaal te hoop lopen tegen vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. We hebben met ons nationaal vaccinatieprogramma veel bereikt en dat willen we niet verspelen.”

Urgentie

Harry Janssen: “Het grote probleem met chronische hepatitis B is dat er meestal zeven kabinetperiodes zitten tussen het moment van de feitelijke infectie en de eerste serieuze complicaties. Het staat daarvoor niet op het netvlies van mensen, inclusief veel politici, als een ernstig probleem. Zij weten niet dat er in Nederland veel meer mensen aan hepatitis B overlijden dan aan HIV. De ziekte treft bovendien vooral mensen die op de laagste tree van de sociale ladder staan. Die onze taal niet of bijna niet spreken en nauwelijks toegang hebben tot onze gezondheidszorg.

Vergelijk dit met de erkenning van HIV en aids. De homobeweging is daarbij ontzettend belangrijk geweest. Hun lobby was aanvankelijk gericht op de algemene positie van homo’s in de maatschappij. De door hen bereikte invloed kon zó worden aangewend toen aids ontstond. Het klinkt wellicht cynisch, maar we moeten veel meer doen aan de bekendheid van hepatitis B. Daar ben ik mee bezig.”

Roel Coutinho bevestigt: “Aids en HIV zijn zichtbare ziekten. Als je in je omgeving mensen ziet die daaraan doodgaan, dan is dat een beeld dat indruk maakt en je blijft. Dat geldt ook voor polio. Als je polio-patiënten hebt meegemaakt, dan kun je niet tegen vaccinatie zijn. De gevolgen van hepatitis B zijn daarentegen nauwelijks zichtbaar. Daardoor kennen de mensen de gevaren niet.”

Gebruik van meerdere modaliteiten om patiënt tumorvrij te krijgen, is eerder regel dan uitzondering

BERICHT VAN HET JEUKFRONT NA COPE-TRIAL

Additional studies are required

De behandeling van jeuk bij cholestatische aandoeningen is problematisch. Het van oudsher eerstekeuzemiddel, cholestyramine (Questran®), is lang niet altijd effectief en bijwerkingen komen vaak voor. De laatste tijd was het her en der ook minder goed beschikbaar. De tweede keus, rifampicine, kan onder andere hepatitis veroorzaken; de derde keus, naltrexon, kan leiden tot een opoid-onttrekkingssyndroom en dient altijd in lage dosering te worden gestart met daarbij goede voorlichting aan de patiënt.

Ook rifampicine en naltrexon zijn lang niet altijd werkzaam. Het nut van sertraline is dubieus en antihistaminica zijn onwerkzaam. Nasobiliaire drainage kan weliswaar binnen 24 uur leiden tot spectaculaire verbetering, maar het effect is tijdelijk en uiteraard is dit een zeer invasieve procedure met mogelijk ernstige complicaties als pancreatitis. Hierdoor komen slechts enkele patiënten voor deze behandeling in aanmerking.

Colesevelam: nieuwe hoop

Met het beschikbaar komen van colesevelam – een niet-resorbeerbare hars die galzuren in de darm veel sterker bindt dan cholestyramine – dat wordt gebruikt als (adjuvante) behandeling van hypercholesterolaemie, diende zich een potentiële nieuwe medicamenteuze mogelijkheid aan voor het behandelen van jeuk. In de tot voor kort enige – in 2001 als *abstract* gerap-

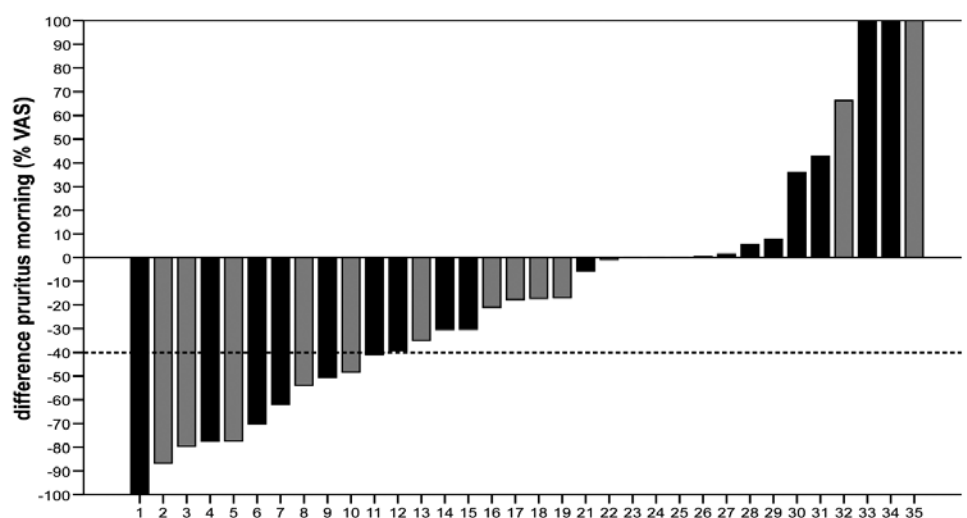
porteerde¹ – open studie bij acht patiënten bleek dit ‘super-Questran’ effectief. Merkwaardigerwijs volgden daarna geen verdere studies. In 2008 besloten Karel van Erpecum, Ulrich Beuers en ondergetekenden daarom de handen ineen te slaan en een dubbelblind gecontroleerde trial op te zetten (COPE-trial) waarbij colesevelam twee keer daags 1875 mg gedurende drie weken werd vergeleken met placebo. De verwachting was toch wel dat dit ondubbelzinnig de werkzaamheid van colesevelam zou aantonen. De studie was *investigator-initiated* en werd ondersteund door fabrikant Genzyme®.

Werkt het?

In de studie werden 38 patiënten met jeuk opgenomen, waarvan er 35 (28 met PBC of PSC) konden worden geëvalueerd. Er waren

geen aanwijzingen voor bijwerkingen. In de placebogroep bleven de galzuurspiegels onveranderd, terwijl tijdens behandeling met colesevelam de gemiddelde concentratie ongeveer 50% daalde. In de colesevelamgroep verminderde inderdaad de ernst van de jeuk, zij het in beperkte mate. Een vergelijkbare verbetering werd echter ook waargenomen in de placebogroep en er was geen verschil tussen beide groepen. Dit gold voor de ernst van de jeuk in de morgen (*figuur 1*) en in de avond, voor vermoeidheid, voor de kwaliteit van de nachtrust, voor de algemene kwaliteit van leven en voor de ernst en uitgebreidheid van krablaesies van de huid. Er was geen verband tussen het effect van colesevelam en de uitgangshoogte van de serum galzuren of de ernst van de jeuk. Kortom, hoewel coleseve-

1 Berg CL. Use of colesevelam hydrochloride (Welchol) as a novel therapeutic agent for the management of refractory pruritus in chronic liver disease. *Hepatology* 2001; 34(4):541A.



Figuur 1. Weergave voor iedere deelnemende patiënt van het procentuele verschil in de ernst van de jeuk (in de morgen), na drie weken behandeling vergeleken met de ernst voor behandeling.

Grijze staven = patiënten (n=17) behandeld met colesevelam.

Zwarte staven = patiënten (n=18) behandeld met placebo.



lam effectief galzuren in de darm bindt, heeft het geen sterker effect op jeuk dan placebo. Vooralsnog kan colesevelam op grond van onze studie daarom niet worden aanbevolen voor het behandelen van jeuk.

Meer vragen dan antwoorden

Hoe zijn deze zeer onverwachte resultaten te verklaren? Wij denken niet dat het middel onvoldoende is ingenomen of dat het aantal patiënten te klein is geweest. In feite was dit de grootste jeuktrial die ooit is verricht! De gebruikte methoden om het effect van de behandeling te meten, met name *visual analogue scales*, waren adequaat. De resultaten van de verschillende meettechnieken wijzen ook allemaal in dezelfde richting. Spelen galzuren dan toch geen oorzakelijke rol bij het ontstaan van jeuk? Dat is een mogelijkheid, maar waarom werkt cholestyramine dan wel? Of moet ook hieraan

worden getwijfeld? Zijn er misschien pruritogene stoffen die wel worden gebonden door cholestyramine, maar niet door colesevelam? Is het logisch om nu opnieuw een trial op te zetten naar de werkzaamheid van cholestyramine? En waarom is dan de belangrijkste bijwerking van obeticholzuur, een afgeleide van het galzuur chenodesoxycholzuur dat thans wordt geëvalueerd voor de behandeling van primaire biliaire cirrose, het ontstaan van jeuk? Spelen andere pruritogenen dan galzuren een cruciale rol bij het ontstaan van jeuk, stoffen die niet worden gebonden door colesevelam maar waarvan de concentratie wel daalt door nasobiliaire drainage? Wij weten het niet. Zoals altijd: *additional studies are required.*

Autotaxin: nieuwe perspectieven?

Recent baanbrekend, ragfijn onderzoek door Andreas Kremer, Ulrich Beuers,

Ronald Oude Elferink en anderen in Amsterdam heeft geleid tot het onderkennen van de kritische rol van lysophosphatidylzuur en het enzym autotaxin bij het ontstaan van jeuk. Mogelijk en hopelijk zal dit werk ook leiden tot het vinden van nieuwe, effectieve behandelingen.

Wij willen hierbij alle collegae die door het verwijzen van patiënten hebben bijgedragen tot het succes van de COPE-trial, zeer bedanken. Waarschijnlijk wordt in de toekomst opnieuw een beroep op u gedaan. Want zoals duidelijk moge zijn: we zijn er helaas nog niet...

Edith Kuiper en Henk van Buuren,
Erasmus MC

Het eminente belang van een betrouwbare verbinding tussen geneeskunde en farmacie

Het eerste
Dr. Falk Benelux IBD Summit
(top-symposium) vindt plaats
op vrijdag 25 juni
in Maastricht.

**Meldt u snel aan, er zijn
nog plaatsen beschikbaar!**

Dr. Falk Pharma Benelux B.V. ontwikkelt, produceert en verkoopt **innovatieve geneesmiddelen** voor maag-, darm- en leverziekten, zoals Salofalk®, Budenofalk®, Ursofalk® en Endofalk®. Daarbij beschouwt de onderneming het als haar taak medici en patiënten te voorzien van neutrale, up-to-date informatie.

Met het oog op het boeken van therapeutische vooruitgang organiseert de onafhankelijke Falk Foundation **gelegenheden tot een wetenschappelijke dialoog**. Sinds 1967 heeft ze ruim 200 symposia en workshops georganiseerd die werden bijgewoond door 100.000 mensen uit meer dan 100 landen. Ook verzorgt de foundation postdoctorale opleidingen en medisch educatieve seminars en bedient ze medici met haar uitgebreide literatuurservice.



www.drpharmabenelux.eu

www.falkfoundation.org

Claudius Prinsenlaan 136A 4818 CP Breda Tel +31 (0)76-524 42 00 Fax +31 (0)76-524 42 10 Mail info@drpharmabenelux.eu

De 'L' in de MDL-manpowercrisis

De capaciteitsproblemen van de MDL in Nederland zijn groot. En door de op handen zijnde screening voor het colorectaal carcinoom zal de werkdruk alleen maar toenemen. Veel vakgroepen in het land proberen het uiterste uit hun endoscopische mogelijkheden te persen. Belangrijk is dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit. Soms moeten er toch keuzes worden gemaakt, waarbij bepaalde aspecten van ons vakgebied even wat minder aandacht krijgen. Leverziekten zijn helaas regelmatig het kind van de rekening. In veel ziekenhuizen of maatschappen zijn wel collega-specialisten te vinden die dit deel graag overnemen, zodat wij de endoscopische wachtlijst beter te lijf kunnen gaan.

Enquête NVMDL

Uit de recent gehouden capaciteitsenquête van de NVMDL (zie *MAGMA* 1; maart 2010) blijkt, dat meer dan 90% van de geënquêteerde vakgroepen zowel de hepatologie als de virale hepatitis als integraal onderdeel van de MDL zien. Het doet ons goed dat er zo ruim steun is voor de 'L' in de MDL. We moeten deze verbondenheid koesteren en niet laten verbleken door de werkdruk. Eenmaal verloren aandeel in de leverziekten is niet eenvoudig teruggewonnen. Dit geldt in het bijzonder voor de virale hepatitis. In 70% van de vakgroepen lukt het de virale hepatitis binnen de eigen vakgroep te behandelen. In 30% van de vakgroepen wordt een deel, variërend van 5% tot 75%, uitbesteed aan de internist.

Hepatologie is 'hot'

Binnen de gestelde vacatures voor MDL-arts is er de meeste vraag naar het aandachtsgebied hepatologie. Ruim 20% van de vakgroepen ziet het liefst een hepatologisch geschoolde maat komen. Belangrijk voor de aio's MDL, aangezien onder hen vaak enige angst bestaat om zich te richten op een aandachtsgebied. Gezien het huidig

aantal vacatures is dit hét moment om je te onderscheiden!

Binnen de bestaande vakgroepen MDL is bij 50% een hepatologische subspecialisatie aanwezig. De virale hepatitis wordt in twee derde van de vakgroepen gezien als subspecialisatie van één of enkele vakgroepleden.

Oproep aan u allen

Dames en heren, de hepatologie is een bekend en goed omschreven aandachtsgebied voor MDL-artsen. Hij of zij heeft de kennis van het virus en het orgaan. Dit wordt ook onderschreven door de enquête. Door de grote werkdruk in veel MDL-vak-

groepen dreigt in een aantal klinieken de hepatologie het kind van de rekening te worden. Belendende specialismen zien mogelijkheden de hepatologie, te beginnen met de virale hepatitis, naar zich toe te trekken. In de nabije toekomst zal dit probleem vooralsnog alleen maar groter worden. Deze afkalving van ons specialisme dienen we te voorkomen! Laten we ondanks de werkdruk geen verantwoordelijkheden afstoten en niet afdingen op kwaliteit.

Namens het bestuur van de NVMDL,
Pieter Honkoop

ORATIE

Hoogleraar Bart van Hoek: 'In en om de lever'

Eind december 2009 werd Bart van Hoek benoemd tot hoogleraar Maag-Darm-Leverziekten, in het bijzonder de Hepatologie. Op 26 april 2010 meldde Van Hoek in zijn oratie dat "het tijd wordt dat beleidsmakers en verzekeraars meer naar de lange termijn kijken als het gaat om hepatitis B-vaccinatie."

Van Hoek startte zijn oratie met een historisch overzicht van de verschillende ideeën over de werking van de lever: van Vesalius, Descartes, Harvey, Van Leeuwenhoek tot de moderne hepatologie. Ook de preventie kwam aan bod: zo heeft in Taiwan de universele hepatitis B-vaccinatie geleid tot een enorme daling in sterfte aan levercirrose en levercelkanker. Daarna was het de beurt aan diverse leverziekten, en uiteraard ook aandacht voor de steeds verbeterende resultaten van de levertransplantatie, de schaarste aan te transplanteren levers, het terug-

dringen van complicaties na transplantatie, en de rol van stamcellen, ook bij levertumoren.

De volledige oratie vindt u op www.mdl.nl/magma.



LEVERONDERZOEK IN HET GROOT

Cohort ouderen in Rotterdam nader bekeken

Wereldwijd neemt het aantal oudere personen toe. Helaas brengen steeds meer ouderen de laatste jaren van hun leven door in ziekte en invaliditeit. Om hun kwaliteit van leven te verbeteren, is het belangrijk het aanvangstijdstip en de verschillende risicofactoren van chronische aandoeningen vast te stellen. Zo kunnen mogelijk vroegtijdig preventieve behandelingen starten om uitstel van ziekte te bewerkstelligen. Door de Rotterdamse faculteit Epidemiologie werd daarom een populatiegericht onderzoek opgezet, dat

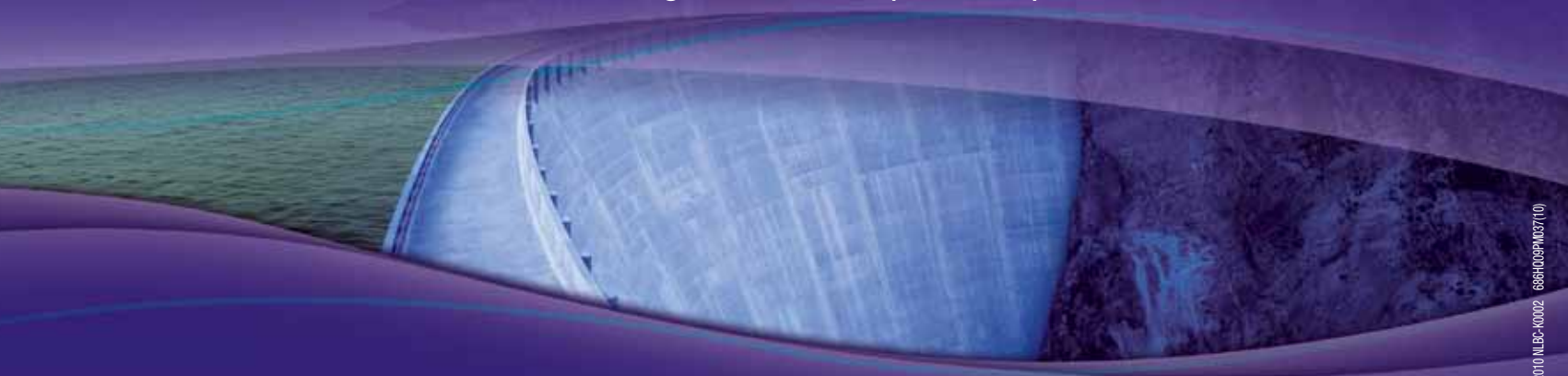
sinds juni 1990 loopt in de Rotterdamse wijk Ommoord. Het zogenaamde Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderen (ERGO)-onderzoek – in de internationale literatuur geciteerd als ‘the Rotterdam study’ (RS) – is een prospectief follow-up-onderzoek dat als doel heeft inzicht te krijgen in de prevalentie, incidentie en verschillende risicofactoren van veel voorkomende chronische ziekten bij ouderen. Ommoord werd hiervoor gekozen omdat deze Rotterdamse wijk een sociaal-economische opbouw heeft die redelijk goed met die van

de totale Nederlandse bevolking overeenkomt. Daardoor kunnen epidemiologische gegevens uit deze studie worden doorgetrokken naar de gehele Nederlandse bevolking.

Onderzoeksopzet

De oorspronkelijke opzet was eenvoudig: alle inwoners van de regio Ommoord van 55 jaar en ouder werden in januari 1990 uitgenodigd voor de eerste fase van de studie. Aan het onderzoek namen zo'n 8000 gezonde vrijwilligers deel (deelname-

Baraclude®: Helps hold back resistance year after year
in nucleos(t)ide analogue (NA)-naïve patients up to Year 5^{1,2}



January 2010 NLBC-K002 68610SEP1037(10)

Baraclude® for NA-naïve chronic hepatitis B patients^{2,3}

Effective viral suppression and a high genetic barrier protects against resistance long-term^{2,4}


Undetectable viral load* achieved in 93% of a 5-year treatment** cohort† of Baraclude-treated NA-naïve patients (n=108)²

<1% virological breakthrough†† due to genotypic Baraclude resistance^{§§} in NA-naïve patients^{§§} from a treatment‡ cohort‡‡ up to Year 5¹

*HBV DNA measured using Roche COBAS Amplicor® PCR assay (LLOQ=300 copies/mL). **Patients enrolling in the open-label rollover cohort Trial 901 for long-term efficacy analysis initially received a combination of Baraclude 1mg and lamivudine 100mg daily. Subsequently the protocol was amended for patients to receive monotherapy with Baraclude 1mg daily. †The Baraclude-treated NA-naïve cohort consisted of 108 patients at Week 240, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients, n=103) and 027 (HBeAg-negative patients, n=5) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901. ††Virological breakthrough defined as $\geq 1 \log_{10}$ increase from nadir by PCR. ‡Calculated as the cumulative probability through 240 weeks. ‡‡All nucleoside-naïve patients with detectable HBV DNA (≥ 300 copies/mL) at Week 48, Week 96, Week 144, Week 192, Week 240 or end of treatment were monitored for resistance. †††Different dosing regimen after 96 weeks; for more information please refer to SPC. ‡‡‡The Baraclude-treated NA-naïve resistance cohort consisted of 663, 278, 149, 120 and 108 patients at Week 48, 96, 144, 192 and 240, respectively, initially treated in Trials 022 (HBeAg-positive patients) and 027 (HBeAg-negative patients) who were subsequently enrolled in the open-label rollover cohort Trial 901.

 Bristol-Myers Squibb

Please see prescribing information overleaf.

 **Baraclude**
(entecavir) 0.5mg/1mL
tablets

Standing strong against resistance
in NA-naïve patients

percentage: 80%). Bij aanvang werd bij alle deelnemers een gedetailleerde vragenlijst afgenomen, waarna ze werden uitgenodigd voor een poliklinisch onderzoek en bloedafname in een speciaal opgericht onderzoekscentrum. Tijdens deze poliklinische bezoeken in het centrum van Ommoord werden verschillende onderzoeken uitgevoerd (cardiale echografie, DEXA-scan, uitgebreid oogonderzoek). In de afgelopen twintig jaar is het cohort verschillende malen ververst (zie *Figuur 1*). De wetenschappelijke waarde van een dergelijke studie is enorm. De kracht van het onderzoek zit in de compleetheit van de deelnemersgegevens (onder andere medicatiegebruik, voedingspatroon) en de prospectieve studieopzet.

Chronische aandoeningen

Bij het begin van de studie werd de nadruk gelegd op vier groepen chronische ziekten: hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen (dementie, ziekte van Parkinson), aandoeningen van het bewegingsapparaat (artrose en osteoporose) en oogziekten. In de loop der jaren werden andere ziektebeelden toegevoegd (endocrinologische aandoeningen, psychiatrische aandoeningen en longziekten). Momenteel is de genetische epidemiologie één van de belangrijkste onderzoekstakken van het ERGO. Doordat bij alle deelnemers Genome Wide Association studies (GWA's) werden uitgevoerd, is het ERGO-onderzoek één van de sleutelcohorten voor onderzoek van de genetische epidemiologie. Door samenwerking met vier andere populatiecohorten konden op basis van de GWA's valide uitspraken worden gedaan over genetische determinanten van chronische ziekten. Dit heeft geleid tot baanbrekende inzichten in de pathofysiologie van verschillende ziektebeelden en tot meer dan duizend (!) papers, waarvan vele in toonaangevende tijdschriften (zoals *NEJM*, *The Lancet* en *Nature Genetics*). Het zal dan ook niet verbazen dat in de top 25 van de meest geciteerde Nederlandse onderzoekers er zes gelieerd zijn aan het ERGO-onderzoek.

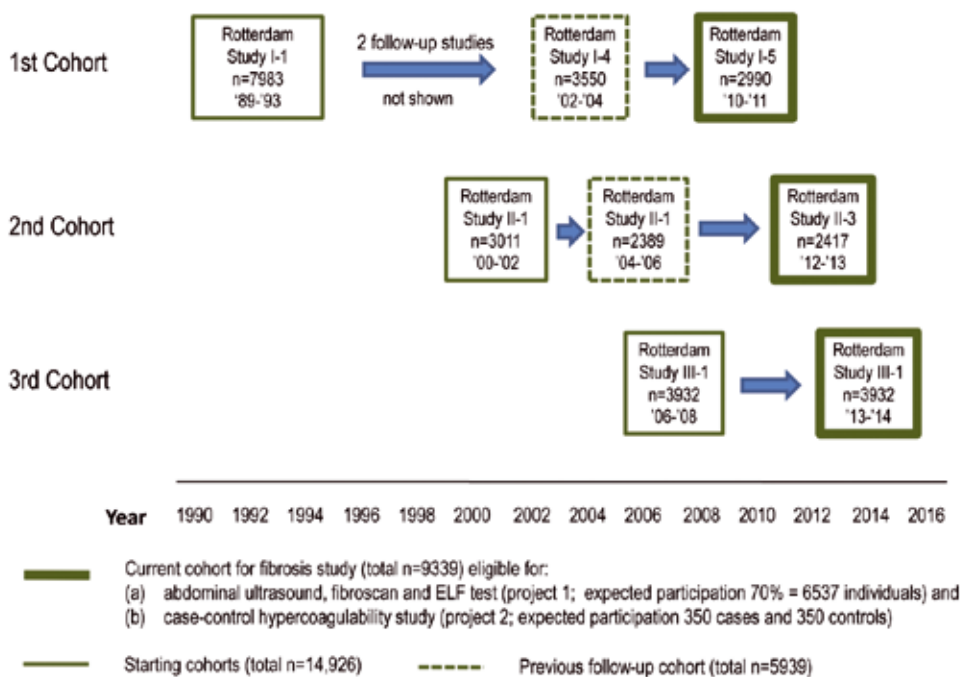
Leverziekten

Sinds kort worden de deelnemers aan het ERGO-onderzoek gescreend op de aanwe

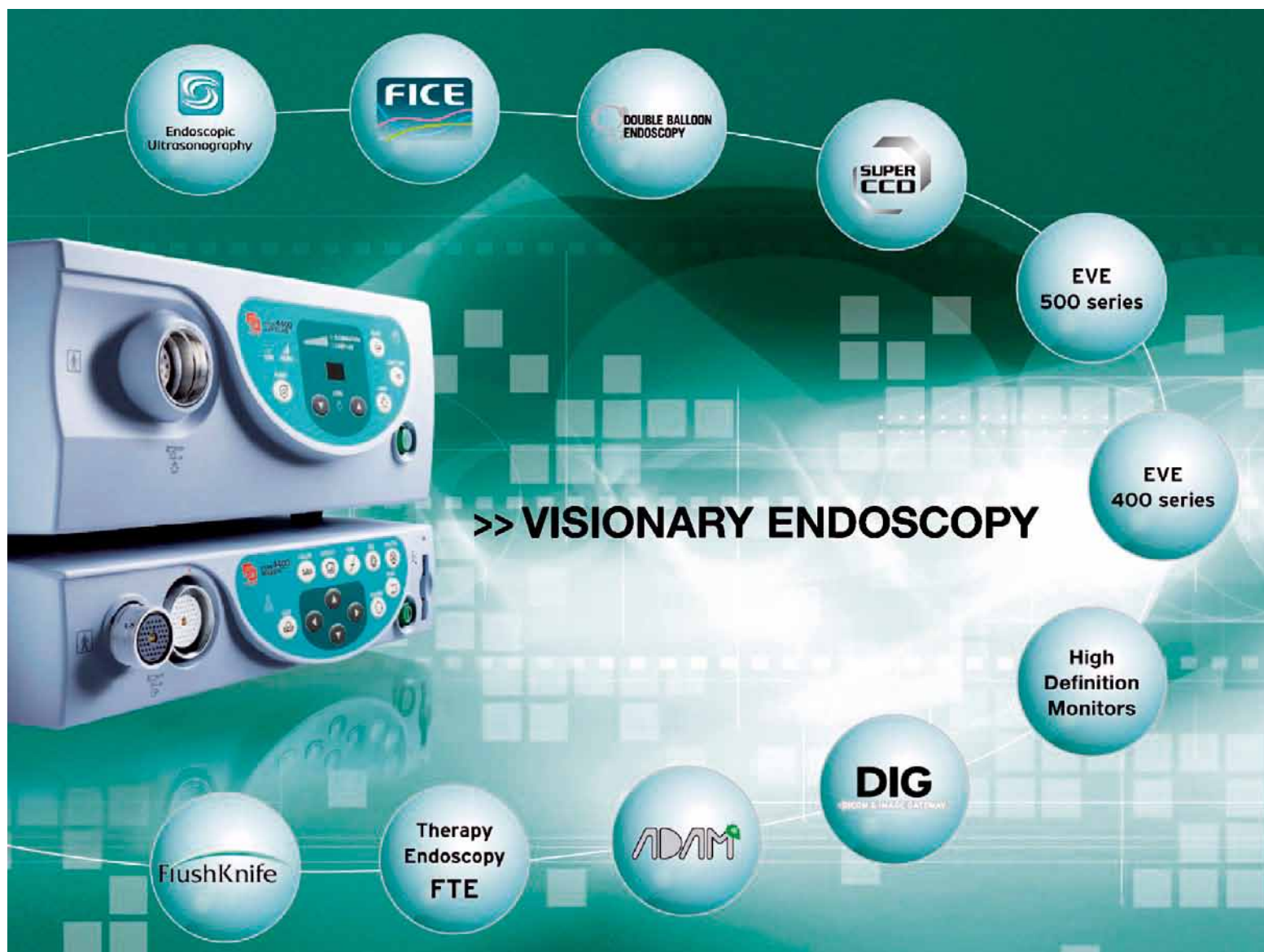
zigheid van diverse leverziekten. De vragenlijsten werden uitgebreid met verschillende vragen betreffende risicofactoren voor leverziekten (zoals alcoholgebruik, bloedtransfusies, medicatiegebruik) om een beter inzicht te krijgen in de epidemiologie van de meest voorkomende leverziekten. Het bezoek aan het onderzoekscentrum werd uitgebreid met een echografisch onderzoek van het abdomen en een fibroscanmeting, die door een geschoolde verpleegkundige worden uitgevoerd. Tijdens het onderzoek worden lever, nieren, milt en aorta in detail bestudeerd. Aanvullend wordt een Doppler-onderzoek van de leverbloedvaten uitgevoerd. De nadruk wordt gelegd op aanwezigheid van leversteatose, kenmerken van levercirrose, levertumoren, aorta-arteriosclerose en kenmerken van nierinsufficiëntie. Deze beelden worden digitaal opgeslagen en in tweede instantie bekeken door een MDL-echografist. Indien afwijkingen worden vastgesteld die aanvullend onderzoek vereisen (aanwezigheid van levertumoren, vermoeden levercirrose), worden de patiënten doorverwezen naar de polikliniek MDL.

Aan de hand van deze studie hopen wij inzicht te krijgen in verschillende epidemiologische aspecten van leverziekten. Zo is bijvoorbeeld tot op heden de exacte prevalentie en incidentie van levercirrose en ernstige leverfibrose in de algemene bevolking niet bekend. Bovendien zijn de verschillende risicofactoren (zowel omgevingsfactoren als genetische risicofactoren) in combinatie met eventuele protectieve factoren voor leverfibrose nog nooit in een groot prospectief cohortonderzoek onderzocht. Tot op heden was hepatologisch onderzoek voornamelijk gericht op de behandeling van leverziekten en minder op preventie door interventie op het niveau van de verschillende risicofactoren. Aan de hand van deze studie hopen wij dan ook inzicht te krijgen in externe en interne (genetische) risicofactoren van leverfibrose en steatose met als doel hoogrisicopopulaties voor het ontwikkelen van ernstig leverlijden te kunnen identificeren en vroegtijdige preventiemaatregelen te kunnen doorvoeren.

Jeoffrey Schouten, Erasmus MC, Rotterdam



Figuur 1: De verschillende onderzoeksfases van het ERGO-onderzoek.



Voor de Nederlandse markt is FMH Endoscopy BV exclusief leverancier van Fujinon endoscopie systemen zoals High definition endoscopen, ultrasound-echo endoscopen, beeld en verslaglegging software, double balloon endoscopie etc.. De combinatie HD endoscopen en het Fujinon FICE systeem (Multi Band Imaging) biedt een perfecte basis voor vroegtijdige diagnostiek. FMH is tevens leverancier van een compleet assortiment endoscopie instrumentarium zoals disposables biopeteurs, self expandable stents, EMR (Flush knife) etc.



FMH Endoscopy BV

Landjuweel 16-9
3905 PG Veendam

Tel. 0318-543223

Fax 0318-523635

E-mail info@endoscopy.nl

Web www.endoscopy.nl

FUJINON
FUJIFILM

Kwaliteitsonderzoek coloscopie in Vlaanderen

Begin 2008 besloot de Vlaamse Vereniging voor Gastroenterologie (VVG) tot kwaliteitsbevordering, met 'coloscopie' als meest voor de hand liggende domein om mee te starten. Zij wordt door 'alle' maagdarm-artsen uitgevoerd, bovendien in grote aantallen. Ook is aangetoond dat kwaliteitsbewaking voor dit onderzoek écht werkt. In streken waar endoscopische screening voor colonkanker al in voege is, zoals in Schotland, worden deelnemende artsen permanent gemonitord op *polyp detection rate*, terugtrektijd, complicaties, indicaties en opvolgingsadvies.

Een door het VVG-bestuur opgerichte stuurgroep beschreef de 'ideale coloscopie' (Macken et al, *Acta Gastroenterol Belg* 2009; 72:17-25). Het prospectieve traject werd gelanceerd tijdens ons najaarssymposium in 2008.

Prospectieve registratie

Eerst vult de deelnemende endoscopist een vragenlijst in die de praktijk en de manier van werken beschrijft. Na goedkeuring van het medisch-ethisch comité van zijn ziekenhuis kan de endoscopist de registratie starten.

De deelnemers registreren gedurende drie maanden alle volledig zelf uitgevoerde coloscopieën in een webbased, geanonimiseerde database. De endoscopist documenteert inspectie van de coecumbodem en de terugtrektijd van coecum tot rectum, bij voorkeur fotografisch. Poliepen worden *lege artis* weggenomen. Daarna voert de endoscopist naast zijn standaardverslag zijn bevindingen in de database in, een procedure die per patiënt twee tot drie minuten tijd vergt. Na afloop krijgt de patiënt een antwoordkaart die hij twee weken later (gratis) centraal dient terug te sturen en die vijf vragen bevat naar complicaties, ongemakken en opvolgingsadvies. De kaart draagt een uniek patiëntnummer, zodat de data later kunnen worden gelinkt aan de uitvoerende endoscopist. Eind 2010 wordt de database afgesloten en geanalyseerd. De resultaten worden uiteraard volledig anoniem gehouden en enkel aan de arts zelf gerapporteerd. Een stuurgroep van hoogleraren kan worden ingeschakeld bij discussie. U hoort opnieuw van ons...

Kijkt u op www.vvge.be voor meer details.

Geert D'Haens, voorzitter VVG

UITNODIGING

GEZAMENLIJK CONGRES VVG EN NVGE 'New kids on the block'

Op 19 en 20 november 2010 is Antwerpen gastvrouw van het Vlaams-Nederlandse gastro-enterologische congres *New kids on the block*. Na de eerste succesvolle gezamenlijke editie in Veldhoven (2005) wil nu de VVG de MDL-ers van de Nederlandse vereniging verleiden twee dagen naar Antwerpen af te zakken. Het wetenschappelijke programma start op vrijdagmiddag en eindigt zaterdag in de vroege namiddag. Vrijdagavond is er een sociaal event voor geneesheren en partners in een uniek historisch kader.

Binnenkort vindt u alle info op www.vvge.be en www.nvge.nl.

Voorzitter VVG
Geert D'Haens

Organiserend Antwerps comité
Frank Van de Mierop, Stefan Bourgeois, Steven Van Outryve

COLUMN



BART ELSMAN

HEUPFRACTUUR DOOR OMEPRAZOL

Lang voordat het verband tussen omeprazolgebruik en heupfracturen bij postmenopauzale vrouwen was ontdekt, zag ik een geval van een heupfractuur door het gebruik van omeprazol bij een 88-jarige vrouw. Zij was de oudste van drie zussen, die op latere leeftijd weer kibbelend bij elkaar waren gaan wonen op een etage in de Jordaan.

Voor het gemak noem ik haar hier zus A. De middelste van het drietal, zus B van 85 jaar, kende ik al vele jaren met hardnekkige klachten van zuurbranden, die zij bestreed met het drinken van grote hoeveelheden tafelazijn. Antacida en H2-blokkers hielpen haar niet.

In 1983 werd de jongste, slechts 81-jarige, zus C vanuit een ander ziekenhuis naar het AMC overgeplaatst voor het inbrengen van een plastic prothese bij een net vastgestelde obstruerende oesofagustumor.

Toen wij in de slokdarm keken, was er geen sprake van een tumor, maar wel van een zeer ernstige oesofagitis. De elders vastgestelde tumor bleek een zeer groot adherent stolsel te zijn. Losec was nog niet op de markt, maar dankzij de eerste en toen nog enige medewerkster van Astra, Daniëlle Dols, konden wij zus C, die al jaren refluxklachten had, behandelen met een nieuw geneesmiddel: omeprazol.

Zus C deed het geweldig goed op dit revolutionaire middel en kon geregeld bij ons een potje komen halen. Pas later hoorden we van haar, dat er in het huis van de drie gezusters een oorlog om omeprazol was uitgebroken.

Zus A, ook geplaagd door zuurbranden, had ontdekt dat ook zij baat had bij het aan haar jongste zus verstrekte middel. Zus B had het eveneens uitgeprobeerd, maar hield het bij de tafelazijn.

Er brak een ware strijd tussen zus A en C uit om de schaarse capsules. Uiteindelijk besloten de jongste twee zussen het potje omeprazol buiten het bereik van de oudste zus boven op de linnenkast te verstoppen. Toen zus A dat ontdekte, probeerde zij met behulp van een keukentrap het potje te pakken. Zij viel daarbij en werd met een heupfractuur opgenomen. Ook voor haar stelde Astra daarna omeprazol beschikbaar.

NIEUW

Pentasa® 1g tablet

Ik kies voor gemak!

◆ Patiënten die 2 tabletten 500mg gebruiken kunnen nu volstaan met 1 tablet

◆ Minder tabletten helpt de therapietrouw verbeteren^{1,2}

2 x Pentasa 500mg tablet

 Pentasa 1g tablet

◆ Pentasa is ook beschikbaar in Pentasa 1g sachet en Pentasa 2g sachet

- Colitis ulcerosa acut: 2g 2dd

- Colitis ulcerosa remissie: 2g 1dd

FERRING

PHARMACEUTICALS

Ferring BV | Postbus 184 | 2130 AD HOOFDDORP

The  and only

Pentasa®
mesalazine 5-ASA

Referenties: 1. Ediger JP et al. Am J Gastroenterol 2007;102:1417-1426 2. Kane SV. Aliment Pharmacol Ther 2006;23:577-585

Productinformatie Pentasa® Naam van het geneesmiddel: Pentasa®. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg of 1g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine. **Therapeutische indicaties:** Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor mesalazine of overige bestanddelen van het product, of voor salicylzuurderivaten. Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevelen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Vaak komt voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g). **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** feb 2010

EEN VERRASSEDE VERKLARING VOOR ASPECIFIEKE BUIKKLACHTEN

1 Een 33-jarige vrouw presenteert zich op de spoedeisende hulp met sinds enkele weken aanvalsgewijze krampende pijn in epigastrio uitstralend naar de rug met klachten van misselijkheid en braken. De eetlust is verminderd en het gewicht met vijf kilo afgenomen. Sinds enkele dagen heeft patiënte ook diarree met een frequentie van vijfmaal daags, zonder bloed- of slijmbijmenging. Ze heeft geen koorts bemerkt.

Bij lichamelijk onderzoek wordt een matig zieke vrouw gezien met een normale lichaamstemperatuur, bloeddruk en hartfrequentie. Behoudens drukpijn in epigastrio is het buikonderzoek zonder afwijkingen. Bloedonderzoek toont slechts een milde leukocytose van $12,3 \times 10^9$ met in de differentiatie $2,32 \times 10^9$ eosinofielen ($n = 0-0,5 \times 10^9$). Wegens progressieve buikklasten wordt een dag na opname een CT-scan van het abdomen verricht, waarbij een spoor vrije lucht wordt gezien aan de voorzijde van de maag, en vrij vocht in de onderbuik. Aan de buikorganen worden geen afwijkingen gezien.

Onder verdenking van een gedekte maagerforatie wordt een laparotomie verricht, waarbij ascites en een diffuse serositis worden gezien, echter geen aanwijzingen voor een gastro-intestinale perforatie. Analyse van het ascitesvocht toont een exsudaat met $0,85 \times 10^9$ leukocyten; cytologisch en microbiologisch onderzoek leveren geen aanwijzingen op voor een maligniteit dan wel een infectieuze oorzaak van de peritonitis. PCR op chlamydia is negatief. Gezien de eosinofilie in het bloed wordt ook differentiatie aangevraagd van de leukocyten in het ascitesvocht, waarbij 74% eosinofiele granulocyten wordt gezien (figuur 1). Op grond van de eosinofilie in ascites en serum ontstaat verdenking op een eosinofiele gastro-enteritis. Bij gastroscopie wordt een matige pangastritis gezien en P.A.-onderzoek van de maagbiopten toont een forse chronische, licht actieve ontsteking met toename van het aantal eosinofiele granulocyten (figuur 2). Analyse van de feces toont geen bacteriële of parasitaire infectie aan. De ANA is positief, echter specifieke antinucleaire antistoffen worden niet aangetoond, de ANCA is negatief en het complement C3 en C4 is normaal. Hierop wordt de diagnose eosinofiele gastro-enteritis gesteld.

Gezien de ernst van de klachten van patiënte wordt gestart met prednison 40 mg per dag. Gedurende de daaropvolgende week nemen de klachten van patiënte snel af. Een radioallergosorbent test (RAST) toont een overgevoeligheid voor kippenewit en koemelk. Na instellen van een kippenewit- en koemelkvrij dieet raakt patiënte geheel klachtenvrij en kan de prednison over een

periode van acht weken afgebouwd worden. Na staken van de prednison ontstaan echter binnen enkele weken recidief klachten van buikpijn en opnieuw wordt eosinofilie in het bloed gezien, waarop de behandeling met prednison wordt hervat.

Conclusie

Eosinofiele gastro-enteritis is een relatief zeldzame oorzaak van gastro-intestinale klachten, veroorzaakt door eosinofiele infiltratie in een of meerdere trajecten van het maagdarmkanaal.¹

De diagnose eosinofiele gastro-enteritis wordt gesteld op basis van de volgende criteria:

1. de aanwezigheid van gastro-intestinale symptomen;
2. eosinofilie bij histopathologisch onderzoek op een of meer plaatsen in het maagdarmstelsel en eosinofilie in het bloed;
3. exclusie van andere oorzaken van intestinale eosinofilie.

De etiologie van eosinofiele gastro-enteritis is onbekend.

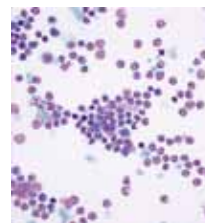
Voedselallergieën lijken een rol te spelen.

Belangrijkste pijlers in de behandeling van eosinofiele gastro-enteritis zijn op dit moment corticosteroiden en een aangepast dieet bij aangetoonde voedselallergie. Met deze behandeling komt ongeveer 70% van de patiënten in remissie, echter ongeveer 40% van de patiënten heeft tijdens follow-up één of meerdere exacerbaties.²⁻⁴

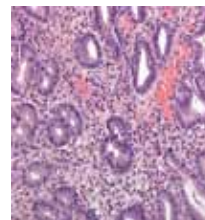
Brigitte C.M. Haberkorn, Bas E. Schölzel, Marika A. van Leeuwen, Marc van Milligen de Wit

Amphia Ziekenhuis Breda, Interne Geneeskunde en MDL

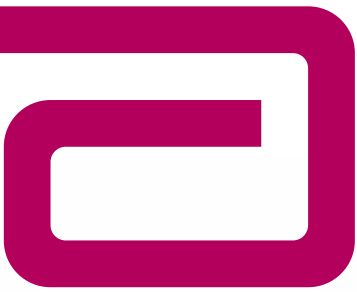
De referenties bij dit artikel staan op www.mdl/magma.



Figuur 1. Differentiatie van de leukocyten in het ascitesvocht toont 74% eosinofiele granulocyten.



Figuur 2. P.A.-onderzoek van de maagbiopten toont een forse chronische, licht actieve ontsteking met toename van het aantal eosinofiele granulocyten.



HUMIRA[®]

adalimumab



- **Betrouwbaarheid^{1,2}**
- **Veiligheid³**
- **Vrijheid**

 **Abbott**
Immunology

SURVEILLANCE OF MYCOBACTERIUM AVIUM SUBSP. PARATUBERCULOSIS IN DAIRY HERDS

Maarten F. Weber, Universiteit Utrecht, 10 december 2009

P *erculosis* (*Map*). Klinische verschijnselen bij runderen zijn een melkproductiedaling, cachexie en persisterende diarree.

In dit proefschrift werden mogelijkheden voor verbetering van de *surveillance* (monitoring) van *Map*-infecties op melkproducerende rundveebedrijven onderzocht, om kosten te reduceren zonder afbreuk te doen aan de kwaliteitsgaranties op basis van *surveillance*. Een computersimulatiemodel werd gebruikt voor de vergelijking van verschillende testschema's waarmee garanties kunnen worden gegeven over de mate van afwezigheid van *Map* in producten en runderen die door een rundveebedrijf worden verkocht. Daarnaast werd onderzoek uitgevoerd naar de leeftijd waarop runderen infectieus worden, naar handel in runderen tussen gecertificeerd paratuberculosevrije bedrijven en naar de bevestiging van de klinische diagnose paratuberculose met een serum-ELISA.

Mede op basis van de resultaten uit dit proefschrift werd het bestaande programma voor *surveillance* van gecertificeerde paratuberculosevrije bedrijven aangepast én werd het Paratuberculose Programma Nederland opgezet. Sinds januari 2010 verlangen de

Nederlandse zuivelondernemingen dat alle melkleverende rundveebedrijven deelnemen aan één van beide programma's.

Curriculum vitae

Maarten F. Weber studeerde in 1994 als dierenarts af aan de Universiteit Utrecht. Na enkele jaren in een eerstelijns-dierenartsenpraktijk in Friesland te hebben gewerkt, trad hij in dienst van de Gezondheidsdienst voor Dieren in Drachten (1998–2001) en Deventer (2001–heden). Hij is geregistreerd als Specialist Rundergezondheid sinds 2004 en als European Veterinary Specialist in Population Medicine sinds 2005. De focus van zijn werk is gericht op de epidemiologie en bestrijding van infectieziekten bij runderen, in het bijzonder paratuberculose en salmonellose.

Het onderzoek in dit proefschrift – met als promotor prof. dr. J.A. Stegeman en co-promotoren dr. M. Nielen en dr. J. Verhoeff – werd gefinancierd door het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, het Productschap Zuivel en de Gezondheidsdienst voor Dieren.

Het proefschrift is te verkrijgen via m.weber@gddeventer.com.

SURGICAL ATTENUATION OF CONGENITAL PORTOSYSTEMIC SHUNTS IN DOGS TECHNIQUES, COMPLICATIONS AND PROGNOSIS

Anne Kummeling, Universiteit Utrecht, 10 december 2009

C ongenitale portosystemische shunts worden regelmatig gediagnosticeerd bij de hond, zelden bij de mens. Deze shunts leiden tot klinische afwijkingen zoals hepato-encephalopathie en een hypotrofische, slecht functionerende lever.

De behandeling bestaat bij voorkeur uit chirurgische vernauwing van de shunt, maar deze ingreep kent ernstige peri-operatieve complicaties en leidt niet altijd tot herstel. In dit proefschrift werd bij honden onderzocht welke factoren en mechanismen gerelateerd zijn aan de kans op herstel na operatie.

Deze kans op herstel is waarschijnlijk afhankelijk van de potentie van de lever en de portale vaten om zich te ontwikkelen na vernauwing van de shunt. In dit proefschrift werden verschillende genen geïdentificeerd die geassocieerd zijn met de kans op herstel. De expressie van twee genen die een rol spelen bij de proliferatie van hepatocyten, bleek geschikt om vooraf de kans op herstel na operatie te voorspellen. Bovendien bieden de geïdentificeerde

genen goede aanknopingspunten voor fundamenteel onderzoek naar de groei en regeneratie van leverweefsel.

Curriculum vitae

Anne Kummeling legde in 1998 cum laude haar dierenartsexamen af aan de Universiteit Utrecht. In 2003 rondde zij haar opleiding tot specialist Chirurgie der Gezelschapsdieren af met de *board examination* van het European College of Veterinary Surgery. Zij is stafid van het Departement Geneeskunde van Gezelschapsdieren, faculteit Diergeneeskunde, Universiteit Utrecht. De focus van haar werk is gericht op leverchirurgie en urologie bij hond en kat. Dit onderzoek werd uitgevoerd in het *tissue repair*-onderzoeksprogramma van de Faculteit Diergeneeskunde Utrecht met als promotoren prof. dr. F.J. van Sluijs en prof. dr. J. Rothuizen en co-promotor dr. L.C. Penning.

Het proefschrift is te verkrijgen via A.Kummeling@uu.nl.

AMPHIA ZIEKENHUIS BREDA-OOSTERHOUT

Optimale zorg, dicht bij huis

Het Amphia Ziekenhuis Breda is in 2001 uit een fusie van vijf lokale ziekenhuizen ontstaan en heeft momenteel nog drie locaties: Molengracht (hoofdlocatie) en Langendijk, beide in Breda, en Pasteurlaan in Oosterhout. Dit maakt het ziekenhuis tot het grootste algemene ziekenhuis in Nederland. De locatie Langendijk wordt naar verwachting binnen enkele jaren definitief gesloten. Ook deze fusie heeft veel stof doen opwaaien. Na een aanvankelijk moeilijke start worden inmiddels veel veranderingen doorgevoerd om het Amphia weer op de kaart te zetten als een topklinisch centrum. Wij als MDL-artsen hebben hierbij ook aansluiting gevonden.

De vakgroep MDL is een onderdeel van de maatschap interne/MDL met momenteel 23 internisten en MDL-artsen. Naast vele andere specialistische opleidingen beschikt het Amphia over een vierjarige deelopleiding tot internist.

Ons team

De vakgroep MDL bestaat nu uit Marno Rijk, Marc van Milligen de Wit, Tom Seerden en Ivar Harkema. Per 1 september zal Marianne van Heerde ons vanuit het EMC komen versterken, op de voet gevolgd door Alexander Bodelier vanuit UMC Maastricht per 1 januari 2011. Ook participeren enkele internisten in de MDL-zorg.

Er bestaat een uitstekende en intensieve samenwerking met de gastro-intestinale chirurgen (Rogier Crolla, Hans Nuytinck, Arjen Rijken, George van der Schelling en Jan Wijsman) en oncologen, sinds kort vormgegeven in enkele oncologische zorgstraten (oesofaguskanker en colonkanker) en structureel werkoverleg.

Met betrekking tot de oncologische chirurgie vindt de HPB-chirurgie plaats in het Amphia. Onze oesophaguschirurgie wordt in samenwerking met Tilburg (Elisabeth ZH) verricht door de collegae Roukema en

Heisterkamp. Endoscopisch worden we 24 uur per dag, zeven dagen per week ondersteund door een enthousiast team. Per juni zullen twee nurse practitioners i.o. starten ter ondersteuning van de IBD- en hepatologiepoli en voor het coördineren van zorgstraten, PEG-nazorg, trials en research. Sinds februari 2010 nemen wij in samenwerking met het AMC deel in de opleiding van een fellow kinder-MDL (Herbert van Weering), die in de toekomst praktijk in het Amphia zal gaan voeren.

Regio

Het Amphia heeft als ziekenhuis een zeer groot adherentiegebied van ruim 400.000 inwoners. Om de goede contacten met de huisartsen te onderhouden, participeren we onder andere in regionaal onderwijs en zijn laagdrempelig telefonisch bereikbaar. Vanaf de afdeling ontvangen huisartsen een digitale voorlopige ontslagbrief. Verder bestaat jaarlijks een zogenaamde Mastbosborrel en een tweemaaljaars congresweekend ter intensivering van het contact tussen eerste lijn en (nieuwe) specialisten van het Amphia.

Ontwikkeling

In nog geen jaar tijd is onze vakgroep van twee naar vier MDL-artsen uitgegroeid en

wordt binnenkort zelfs tot zes uitgebreid. Daardoor bestaat nu de mogelijkheid binnen ons vakgebied te differentiëren. De laatste jaren is hard gewerkt aan de ontwikkeling van de endo-echografie en met de komst van Marianne van Heerde en Alexander Bodelier zal de dunnedarmdiagnostiek (DBE en VCE) tot onze mogelijkheden behoren. Tevens ontstaat meer ruimte om deel te nemen aan trials, die naadloos aansluiten op onze ambitie de MDL binnen het Amphia verder te ontwikkelen. Om dit alles mogelijk te maken, zijn er reeds gedeeltelijk uitgevoerde plannen voor uitbreiding van het endoscopiecentrum. Bovendien zijn we druk doende met de integratie en implementatie van Endobase met het nieuwe EPD.

Visie

Wat het Amphia zo bijzonder maakt, is onze collectieve drive naar ontwikkeling en verbetering. De onderlinge samenwerking en het toekomstperspectief zijn daardoor zeer positief en inspirerend. In al deze ontwikkelingen hebben we de sterke ambitie binnenkort de deelopleiding MDL te verwerven.

Ivar Harkema



NIEUW voor de behandeling van
volwassenen met gecompenseerde
chronische hepatitis B

Eén lever. Eén leven.
Eénmaal daags één tablet VIREAD.

Uitgebreide productinformatie verkrijgbaar bij GILEAD
Telefoon: 020 718 3650 Email: gileadnl@gilead.com

 GILEAD

viread[™]
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg