

PALLIATIEVE UNIT BIEDT MEER MOGELIJKHEDEN VOOR
MAATWERK 4 / HORDELOPEN NAAR LEVERTRANSPLANTATIE 9
ABDOMINALE ECHOGRAFIE 11 / VACCINATIE HEPATITIS B BEPLEIT 16
MDL-DBC'S NOG STEEDS NIET OP ORDE 18



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 13 / NUMMER 1 / MAART 2007

PALLIATIE

MDL-zorg voor de ongeneeslijke patiënt



MAGMA in nieuw jasje

Bij het ingaan van de dertiende jaargang steken we MAGMA in een nieuw jasje. Grafisch vormgever Martin Kemp (M.Art) koos voor een iets grotere en beter leesbare letter, de Simoncini Garamond. De tussenkopjes zijn gezet in de schreefloze Trade Gothic. De rubriekskopjes staan horizontaal in plaats van verticaal. Het levert een rustiger paginabeeld op met behoud van het klassieke karakter van de opmaak.

Op de voorpagina is ruimte gemaakt voor aankondiging van de belangrijkste artikelen met een verwijzing naar de pagina. De toegankelijkheid verbetert daardoor. Het transparante kleurvlak onder de naam MAGMA en de paginacijfers krijgen in elke uitgave een andere kleur. De pagina's nummeren de hele jaargang door.

Ook in 2007 tellen de edities van maart en december 24 pagina's en die van juni en september 20 pagina's. Dit hangt samen met het wat geringere aanbod van kopij kort voor en na de vakantie.

MAGMA wordt gratis toegezonden aan Nederlandse MDL-artsen en andere MDL-geïnteresseerde specialisten; medische bibliotheken; patiëntenorganisaties; opinieleiders en beslissers in de gezondheidszorg. De oplage is 2400.

Boekje voor het bloeden

Bewustwording – en met name preventie – in de eerste lijn van het risico op bloedingen in het maagdarmkanaal is erg belangrijk.

Om die reden hebben Erik Rauws (AMC Amsterdam) en Monique van Leerdam (Erasmus MC) een boekje samengesteld waarin diverse casussen worden beschreven, waaronder NSAID-gerelateerde casuïstiek. De aan de praktijk ontleende casussen zijn voorzien van specifieke 'leermomenten' en achtergrondinformatie gericht op de eerste lijn. Aan de orde komen onder meer een ulcus duodeni, NSAID's en COX-2-remmers, divertikel- en



varicesbloedingen. In de bijlagen is een aantal handige overzichten opgenomen. Dit *Boekje voor het bloeden* kan worden aangevraagd via www.altanapharma.nl.

Bijdragen welkom

De redactie van MAGMA stelt bijzonder veel prijs op bijdragen van een ieder die geïnteresseerd is in maag-darm-leverziekten. Zowel wetenschappelijke artikelen als casuïstische beschouwingen zijn welkom. Ook voor tips en suggesties voor te behandelen onderwerpen houdt de redactie zich aanbevolen. Wij nodigen u graag uit uw bijdrage te sturen naar het redactieadres (zie colofon).

Correspondenten academische centra:
 Academisch Medisch Centrum Amsterdam,
Joep Bartelsman;
 VU medisch centrum,
Elly Klinkenberg-Knol;
 Academisch Ziekenhuis Maastricht,
Wim Hameeteman;
 UMC St. Radboud Nijmegen,
Fokko Nagengast;
 Erasmus MC Rotterdam,
Harry Janssen;
 Universitair Medisch Centrum Groningen,
Gerard Dijkstra;
 Universitair Medisch Centrum Utrecht,
Bas Oldenburg;
 Leids Universitair Medisch Centrum,
Cock Lamers.

Slecht nieuws

Dokters maken mensen beter. Soms. Maar iedere MDL-arts weet dat hij ook vaak met lege handen staat en een slecht-nieuwsgesprek moet voeren. Colonkanker behoort tot de meest voorkomende vormen van kanker. Ook het pancreascarcinoom en ernstige leveraandoeningen zijn terecht gevreesd.

Het is goed dat in deze editie van MAGMA aandacht wordt besteed aan de zorg voor patiënten voor wie genezing niet meer is weggelegd. Ook zij – misschien wel juist zij – hebben recht op een perfect zorgaanbod, dat hen in staat stelt zo humaan en pijnloos mogelijk toe te leven naar de onvermijdelijke dood.

Kwalitatief goede zorg voor patiënten die niet meer kunnen genezen, is teamwork. De inhoudelijke expertise van de arts is belangrijk, maar kundigheid alleen volstaat niet. Naar mijn opvatting moet de MDL-arts voor deze patiënten de regisseur zijn die zorgt voor een goed doordacht en uitstekend uitgevoerd aanbod.

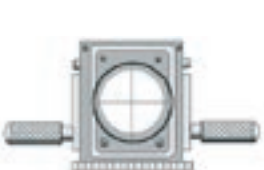
Een centrale plaats van de MDL-arts in het zorgproces is temeer van belang, omdat zowel bij kanker als bij leveraandoeningen, dankzij betere behandelmethoden, patiënten vaak nog geruime tijd te leven hebben. Het is in dat verband ook niet logisch de behandeling van patiënten met hepatitis B of C op te splitsen over de infectioloog en de MDL-arts. Palliatieve zorg vraagt intensieve samenwerking met alle bij de patiënt betrokken zorgverleners, zoals de oncoloog, de pijnspecialist, verpleegkundigen en het (ziekenhuis)maatschappelijk werk.

Nu de bevolking vergrijst, zullen we in toenemende mate te maken krijgen met patiënten die niet meer kunnen genezen. De 'babyboomgeneratie' gaat over vijf tot tien jaar met pensioen. Die tijd moeten we benutten om een zorgaanbod op te bouwen dat is afgestemd op relatief grote groepen ouderen met aandoeningen en gebreken die met de ouderdom komen.

Was getekend,

Melvin Samsom

- voorzitter -



Nieuwe toewijzing donorlevers aan patiënten op de wachtlijst

Met ingang van 16 december 2006 is in Nederland de toewijzing van donorlevers aan patiënten op de landelijke wachtlijst voor een levertransplantatie gewijzigd. Het Landelijk Overleg Levertransplantatie en de Nederlandse Transplantatie Stichting hebben dit noodzakelijk geacht, gezien de toename van het aantal patiënten op de wachtlijst en om de toegenomen sterfte op de wachtlijst te kunnen beperken.

Het nieuwe toewijzingssysteem is primair gebaseerd op de MELD-score (Model for End-stage Liver Disease). In tegenstelling tot het oude toewijzingssysteem met slechts vier urgentieklassen, is MELD een continu-scoresysteem, gebaseerd op objectieve laboratoriumwaarden (bilirubine, kreatinine en INR). De score wordt vastgesteld op een continue schaal van 6 tot 40 punten. Hoe hoger de MELD-score, des te hoger het overlijdensrisico, en des te groter is de noodzaak voor een transplantatie. De MELD-score is ontwikkeld in de Verenigde Staten en in diverse onderzoeken gevalideerd als een betrouwbare weergave van de ernst van leverziekte en de kans op overlijden zonder transplantatie.

Voor ziektebeelden waarbij de ernst van ziekte (en daarmee het overlijdensrisico) niet kan worden bepaald aan de hand van deze laboratoriumwaarden, zijn aanpassingen in het allocatiesysteem opgenomen, teneinde ook deze patiënten een eerlijke kans op transplantatie te geven. Zo hebben patiënten met zeldzame stofwisselingsziekten van de lever vaak zeer beperkte laboratoriumafwijkingen, waardoor de MELD-score geen correcte weergave is gebleken van de ernst van hun ziekte. Patiënten met dergelijke ziekten zullen een – vooraf vastgesteld – vast aantal punten krijgen dat hoger is dan hun eigenlijke MELD-score. Hetzelfde geldt – binnen de internationaal geaccepteerde criteria voor levertransplantatie – voor patiënten met levensbedreigende aandoeningen zoals levercelkanker.



COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. DE UITGAVE VAN MAGMA WORDT MOGELIJK GEMAAKT DOOR ALTANA PHARMA BV. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. **OPLAGE** 2400 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN MARLEEN GROENEVELD JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN **EINDREDACTIE** FRANS VAN DEN MOSSELAAR **REDACTIEADRES** PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL **ABONNEMENTEN** ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: ALTANA PHARMA BV POSTBUS 31 2130 AA HOOFDDORP E-MAIL: INFO@ALTANAPHARMA.NL **VORMGEVING** M.ART HAARLEM **GRAFISCHE FORMGEVING** DRUK DRUKKERIJ KOOPMANS ZWANENBURG ISSN: 1384-5012 **MAGMA** MAGMA IS, VOLGENS VAN DALE, 'DE GESMOLTEN MASSA VAN SILICATEN EN OXIDEN IN HET BINNENSTE DER AARDE'. HET STAAT ALS NAAM VAN DIT TIJDSCHRIFT VOOR HET BINNENSTE VAN DE MENS EN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARMLEVERZIEKTEN. **COVERFOTO** CORBIS.

Palliatieve zorg was op de kaart van medisch Nederland lange tijd een witte vlek. Internationaal liep Nederland zelfs ver achter bij andere landen. Midden jaren negentig gaf de toenmalige minister van Volksgezondheid, Els Borst, de ontwikkeling van palliatieve zorg een financiële injectie. Dat heeft geholpen. In het Meander Medisch Centrum in Amersfoort bestaat sinds 2002 een palliatieve unit.

Palliatieve unit biedt meer mogelijkheden voor maatwerk



Doel van de financiële injectie van Borst was de kennis van palliatieve zorg op niveau te brengen. Ze deed dat via het opzetten van zes Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ), die onderdeel zijn van de Integratie Kankercentra (IKC's) in Nederland. Deze behandelen zelf geen patiënten, maar ondersteunen specialisten, huisartsen en verpleegkundigen in diagnostiek, behandeling, nazorg en verzorging van kankerpatiënten. Ze geven daartoe advies, organiseren oncologische netwerken, houden onderzoeksgegevens bij van (nieuwe) behandelingen en geven behandelingsrichtlijnen uit. Het Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN) heeft samen met UMC Utrecht het Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg Utrecht (COPZU) opgezet. Onder palliatieve zorg wordt volgens de definitie van de World Health Organization (WHO) verstaan: het bereiken van de hoogst mogelijke kwaliteit van leven voor patiënten met onder andere hematologische/oncologische aandoeningen in de eindfase van hun leven, in lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel opzicht.

Standaardwerk palliatieve zorg

Internist-hematoloog Shulamiet Wittebol van het Amersfoortse Meander Medisch Centrum is blij met de aandacht en de ontwikkelingen die uit het initiatief van Borst zijn voortgekomen: “Palliatieve zorg was tot in de jaren negentig een witte vlek op de medische kaart van Nederland. Dat is nu gelukkig anders. Er zijn diverse initiatieven ontwikkeld die bijdragen tot meer kennis en een betere medische zorgverlening. Het boek *Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk*, dat afkomstig is van het IKMN, is daarvan een goed voorbeeld. In het boek worden de meest recente inzichten in diagnostiek en behandeling bij palliatieve zorg beschreven. Inmiddels heeft dat boek de regionale grenzen overschreden en is het prima te gebruiken als handboek door professionals in de verschillende praktijk-situaties waar palliatieve zorg wordt verleend, zoals het ziekenhuis,

het hospice, het verpleeg- en verzorgingshuis, alsook de thuissituatie. Daarnaast kan het worden gebruikt als hulpmiddel bij consultatie en als leerboek in opleidingen en vervolgoopleidingen voor artsen en verpleegkundigen. Binnenkort verschijnt een herziene versie. Dat geeft de behoefte aan informatie over palliatieve zorg al aan.” Een goede ontwikkeling noemt Wittebol ook de instelling van consultatieteams. Deze zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week, bereikbaar voor medische professionals. “Voor huisartsen hebben al meerdere scholingen palliatieve zorg plaatsgevonden. Specialist hebben in 2006 een cursus van het COPZU gekregen. Tot de deelnemers behoorden onder meer internisten, oncologen, anesthesisten en longartsen. Voor 2007 staat een cursus voor verpleeghuisartsen op het programma.”

Palliatieve unit

Vanaf 2002 heeft het Meander Medisch Centrum een palliatieve unit. Wittebol was en is nog steeds één van de drijvende krachten achter dit initiatief. “Je wilt patiënten de best mogelijke zorg bieden. Een palliatieve unit heeft diverse voordelen. Zo kun je aan een omgeving een kleurklank van rust, warmte en geborgenheid geven. Een omgeving waar meer aandacht wordt besteed aan spirituele en/of sociale aspecten, bijvoorbeeld door een kamer voor de familie. Ook is het voor patiënten vaak prettiger tussen lotgenoten te liggen. Als een uitbehandelde patiënt tussen patiënten ligt die nog vechten voor hun leven, bestaat de kans dat de aandacht het eerst uitgaat naar patiënten met overlevingskansen. Maar het belangrijkste is dat kennisbundeling plaatsvindt, omdat artsen en verpleegkundigen die zich met palliatieve zorg bezighouden, bij elkaar komen. De aanwezige kennis blijft op deze manier beter behouden en kan zich tegelijkertijd makkelijker uitbreiden. Bovendien trekt een gespecialiseerde afdeling eerder artsen en verpleegkundigen aan die geïnteresseerd zijn in dit soort patiënten. Extra voordeel is dat we een optimaal op de patiënt afgestemde zorg kunnen verlenen. Dat verbetert de kwaliteit van het leven voor de patiënt. Om een voorbeeld te geven: veelal



Internist-hematoloog Shulamiet Wittebol van het Amersfoortse Meander Medisch Centrum: “Stervensbegeleiding is levensbegeleiding. Daarbij staat de wens van de patiënt centraal.”

missen beginnende artsen een beginnend delier bij een patiënt. Een delier treedt meestal 's nachts op. Patiënten zien beelden die geen werkelijkheid zijn. Zij zijn 's nachts ook vaker gedesoriënteerd. Overdag heeft dezelfde patiënt daar meestal geen last van. En als je er overdag naar vraagt, kunnen zij zich hun verwardheid vaak nog haarfijn herinneren. Maar dan moet een arts er wel naar vragen. En dat betekent weer, dat hij moeten weten dat zoiets kan optreden. Dan kan hij daarvoor ook effectieve medicatie geven. Een ander voorbeeld. Terminale patiënten zijn vaak onrustig. Dat kan voor artsen aanleiding zijn om meer morfine voor te schrijven. Maar meer morfine kan juist de onrust verergeren. Minder morfine of morfine in combinatie met een ander medicijn kan de oplossing zijn.”

Levensbegeleiding

Momenteel beschikt de palliatieve unit in het Meander MC over vijf kamers: twee éénpersoonskamers, twee tweepersoonskamers en een kamer voor familie of naasten. Kleur en setting zijn aangepast. De afdeling ademt een huiselijke sfeer. “Maar dat betekent niet dat patiënten hier liggen om deze reden. De patiënten hebben klachten ten gevolge van hun ziekte die interventie noodzakelijk maken. Het gaat om medische behandeling en ziekenhuiszorg. Palliatieve patiënten kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met voortdurend braken, pijn, misselijkheid of passagestoornissen. Daarvoor moeten ze worden behandeld. Dat is onze eerste zorg. We interveniëren om de patiënt een betere kwaliteit van leven te geven. Vaak lukt het ons om de pijn van de patiënt op een acceptabel niveau of onder controle te krijgen. Dan zal hij of zij de afdeling weer snel verlaten. De meeste patiënten liggen hier één tot twee weken. Als het mogelijk is, gaan ze weer naar huis. Als dat niet haalbaar is, kan de patiënt naar bijvoorbeeld een hospice. Het is dus niet zo, dat de meeste patiënten hier sterven. Na opname kunnen patiënten van een dag of een maand tot nog meer dan een jaar leven. Wij doen aan levensbegeleiding. Mijn ervaring is dat mensen, naarmate ze zeker worden, bijna altijd wel voldoende kwaliteit van leven zien om te willen blijven leven. De

normen van een draaglijk leven worden verzet. Een honderd procent gezond mens zegt al snel: aan mijn lijf geen polonaise. Maar als je ziek bent, wil je worden behandeld. En de meeste mensen willen meer behandeling dan ze aanvankelijk dachten dat ze zouden toestaan.”

Uitbreiding

Wittebol is zonder meer tevreden met de palliatieve unit en de manier waarop deze functioneert: “De bekendheid van onze unit neemt toe. Voor interne en MDL, waar de unit naast ligt, is de weg naar de palliatieve unit bekend. Daarnaast weten ook huisartsen in de regio ons steeds beter te vinden. Dat is een ontwikkeling waaraan we overigens actief meewerken, bijvoorbeeld op scholingsbijeenkomsten waar huisartsen en specialisten elkaar ontmoeten, en tijdens informele contacten. Natuurlijk willen en kunnen we meer. Palliatieve zorg hoeft niet beperkt te blijven tot interne en MDL. Ook voor andere specialismen en afdelingen in het ziekenhuis kunnen we van betekenis zijn. Dat zal dan wellicht ook een uitbreiding van het palliatieve team inhouden. Naast de palliatieve unit bestaat er sinds kort ook een palliatief consultatieteam voor vragen rond palliatieve zorg voor patiënten die elders in het ziekenhuis liggen. Dat bestaat uit een oncoloog, hematoloog, anesthesist en twee oncologisch verpleegkundig specialisten.” Maar uitbreiding doet zich in de toekomst hopelijk ook op een ander vlak voor. En ook daar kijkt Wittebol naar uit: “Het Meander MC is ontstaan uit een fusie van drie relatief oude ziekenhuizen. Zij bevinden zich op drie verschillende locaties. Alleen al in logistiek opzicht is dat niet ideaal. Er liggen plannen voor een nieuw ziekenhuis. Dat moet in 2010 klaar zijn. Vele logistieke problemen worden dan vanzelf opgelost. De palliatieve unit krijgt, naar het zich laat aanzien, tien éénpersoonskamers met *rooming-in* mogelijkheden. Familie en naasten kunnen zo bij de patiënt overnachten. Dat vergroot de privacy en biedt de veelal gewenste rust.”

Het aantal patiënten dat voor behandeling van kanker terechtkomt bij het Nederlands Kankerinstituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) is de laatste jaren gigantisch gegroeid. Voor hen kan steeds meer worden gedaan. Toch zijn er grenzen. Waar liggen die en welke wegen worden daarbij bewandeld? Een gesprek met MDL-arts dr. Henk Boot van het NKI-AVL.

Patiënt heeft laatste woord



Dat de gezondheidszorg de laatste decennia met sprongen vooruit is gegaan, zal niemand verbazen. Door nieuwe technieken en nieuwe geneesmiddelen lijkt de sky haast de limit. Het aantal patiënten dat met chemotherapie wordt behandeld, is gigantisch gestegen. Dit geldt ook voor patiënten met maag-darmtumoren: volgens Henk Boot een verviervoudiging in tien à vijftien jaar van chemotherapiebehandelingen. De toename van het aantal MDL-artsen in het NKI-AVL houdt daarmee gelijke tred. Toen Henk Boot vijftien jaar geleden in het NKI-AVL kwam, was de MDL-zorg in handen van Babs Taal, tevens 50% werkzaam als medisch oncoloog, en de kort daarvoor overleden Frieda den Hartog Jager, die ook voor 50% in het AMC werkzaam was. Nu bestaat de afdeling uit vier specialisten. Diezelfde ontwikkeling is te zien bij andere specialismen, zoals longartsen en urologen. Behandelingen vinden veelal multidisciplinair plaats, worden ingewikkelder en vaak ook zwaarder voor de patiënt. Boot is blij met de ontwikkelingen: de resultaten worden beetje bij beetje beter: “We kunnen de puzzelstukjes van ziekten, behandelmethoden, bijwerkingen en dergelijke in toenemende mate nauwkeurig in kaart brengen. Daardoor kunnen we betere keuzen maken en patiënten succesvoller behandelen.”

Het NKI-AVL bestaat uit een centrum voor wetenschappelijk onderzoek naar kanker, het Nederlands Kankerinstituut (NKI), en een oncologisch ziekenhuis, het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AVL). Doel is kanker te bestrijden door middel van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Centraal daarbij staat het vinden en verbeteren van methoden op het gebied van diagnostiek en behandeling die de patiënt zo min mogelijk belasten. “Ons ziekenhuis is in menig opzicht bijzonder”, meent Boot. “Zo verrichten wij geen scopieën voor huisartsen. Bij patiënten die naar het NKI-AVL komen, is de diagnose kanker meestal al gesteld. Zij komen hier voor verdere behandeling. Dat behandelingsplan bestaat

vaak in eerste instantie uit een combinatie van chemotherapie en bestraling en vervolgens, indien nodig en mogelijk, een operatie. In deze fase van de ziekte heeft de patiënt nog een gereede kans op genezing. Doel van het curatieve traject is dan ook de patiënt van zijn ziekte af te helpen en te genezen.”

Palliatieve behandeling

Blijkt sprake van een recidief van de ziekte, dan is nog slechts bij een klein aantal patiënten kans op genezing. Meestal komt de patiënt dan in het traject van palliatieve behandeling. Boot: “In dat traject proberen we de tumor langdurig onder controle te houden of terug te dringen. De kans op genezing bij een recidief verschilt sterk voor de verschillende soorten kanker. Bij slokdarm-, maag- en alvleesklierkanker ligt dat percentage tussen de nul en vijf procent, bij dikkedarmkanker tussen de tien en twintig procent. Een operatieve ingreep kan ook in het stadium van palliatieve behandeling nodig zijn, bijvoorbeeld om een darmobstructie op te heffen. Palliatieve radiotherapie en chemotherapie hebben ook als doel de tumor weer onder controle te krijgen en klachten te verminderen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als een uitzaaiing tegen een zenuw drukt en veel pijn veroorzaakt, of tegen de luchtwegen aandrukt en daardoor de ademhaling bemoeilijkt dan wel voortdurend een kriebelhoest veroorzaakt.”

De behandeling van de patiënt is geen continu proces. “Het is goed om zo nu en dan eens een rustpauze in te lassen”, zegt Boot. “De boog kan niet altijd gespannen zijn. Dat geldt voor gezonde en eigenlijk nog meer voor zieke mensen. Chemotherapie vraagt veel energie van de patiënt en kan ook aanzienlijke klachten met zich meebrengen. Een rustpauze geeft de patiënt de gelegenheid weer op krachten te komen. En dat geldt ook voor de partner! Op 6 januari van dit jaar stond daarover in de weekendbijlage van *de Volkskrant* een zeer lezenswaardig artikel. De partner heeft naast de patiënt ook duidelijk eigen problemen en behoeften, die lang niet altijd ‘synchroon’ hoeven te lopen met die van de patiënt. Daarnaast evalueren

we regelmatig met de patiënt de resultaten van de therapie. Op basis daarvan en afhankelijk van de conditie van de patiënt wordt besloten of na verloop van tijd een tweede chemotherapeutische behandeling noodzakelijk en mogelijk is. Gemiddeld wordt een tweede soort chemotherapie bij 65 tot 75% van de patiënten met dikke darmkanker gegeven. Voor slokdarm- en maagkanker ligt dat percentage op 20%. Bij patiënten met uitzaaiingen is de gemiddelde overleving bij slokdarm- en maagkanker circa één jaar. Bij dikke darmkanker ligt dat nu even boven twee jaar. Zo’n tien jaar geleden was dat ook nog maar één jaar. Daar is dus inmiddels een verdubbeling van de levenstijd behaald, vooral dankzij betere geneesmiddelen.”

Experimentele fase

Zijn de mogelijkheden van de reguliere chemotherapie uitgeput en hebben zij geen effect gehad, dan kan de patiënt er toch voor kiezen om de behandeling voort te zetten. Boot: “De patiënt krijgt dan te maken met experimentele chemotherapie. Daarbij gaat het vooral om nieuwe medicijnen, die vaak net uit het laboratorium komen. Meestal weet een arts daarvan alleen hoe de resultaten zijn bij dieren. Soms zijn ze toegepast op een klein aantal mensen. Veel gegevens zijn er dus nog niet. Behalve alleen maar nieuwe medicijnen kan een behandeling ook bestaan uit een nieuwe combinatie van medicijnen. In dat geval wordt bijvoorbeeld een nieuw medicijn gekoppeld aan bestaande medicijnen of aan een bestaande combinatie van medicijnen. Dit valt onder het fase-I-onderzoek. Is dat al eerder gedaan bij dezelfde ziekte, dan kun je gaan kijken hoe vaak en met welke resultaten een nieuw middel werkt bij een bepaalde ziekte. Dat levert al wat meer informatie op. We spreken dan van fase-II-onderzoek. Blijkt het nieuwe medicijn bij een bepaalde ziekte regelmatig effect te sorteren, dan kun je deze chemotherapie als het ware promoveren tot reguliere chemotherapie. Dat gebeurt overigens pas als de nieuwe behandeling is vergeleken met een op dat moment gangbare behandeling. We spreken dan van een fase-III-studie. Het

MDL-arts Henk Boot: “De conditie van de patiënt is van doorslaggevende betekenis bij verdere behandeling.”

duurt overigens vaak jaren voordat je daar achter bent. Deze begrippen staan goed uitgelegd in de folder *Nieuwe behandelingen bij kanker* van de Nederlandse Kankerbestrijding, die we in zo’n situatie standaard aan de patiënten meegeven.”

Moeilijke beslissing

Boot wijst erop dat een keuze van de patiënt om door te gaan met experimentele chemotherapie geen makkelijke is. “Je hebt niet veel gegevens om op te varen. Veel blijft onzeker, wat betreft de resultaten en wat betreft het verloop van de ziekte en de behandeling. Dat maakt zo’n beslissing voor de patiënt er niet eenvoudiger op. Een aantal zaken is daarbij van groot belang. Zo zal de patiënt zich terdege moeten realiseren dat succes niet is gegarandeerd. Eerst moeten we bij zo’n experimentele behandeling uitzoeken of deze therapieën veilig en haalbaar zijn. Bij veiligheid valt onder meer te denken aan mogelijke bijwerkingen van de therapie op bijvoorbeeld hart, longen of nieren. Ik noem ook regelmatig de enorme problemen die aan het licht kwamen bij een nieuw soort behandeling in Londen afgelopen zomer om duidelijk te maken dat er soms veel onzekerheden kleven aan experimentele behandelingen. Een arts kan zelfs niet de garantie geven dat de situatie van de patiënt minimaal hetzelfde blijft. Chemotherapie kan ook nadelig uitpakken en allerlei complicaties veroorzaken. Een patiënt die zich aan het eind van zijn leven bevindt, moet zich daarom goed afvragen of hij dat wel wil. Hij moet sowieso extra naar het ziekenhuis komen om onder meer foto’s en scans te laten maken. Dat is, zeker gezien zijn gesteldheid, een buitengewoon vermoeiende aangelegenheid. En dat is nog eens extra vermoeiend als een patiënt van Eindhoven of Groningen naar Amsterdam moet komen. Kan hij dat aan? De patiënt moet naast realistische verwachtingen de overtuiging hebben, dat alle inspanningen van verdere behandeling hem toch voordeel opleveren. Daarom is de conditie van de patiënt van doorslaggevende betekenis. In sommige gevallen kan worden gezocht naar een tussenoplossing, bijvoorbeeld om telefonisch contact te hebben of de huisarts

► daarin een rol te laten spelen, om te beslissen wel of niet aan een dergelijke behandeling in onderzoeksverband deel te nemen. Maar hoe je het ook wendt of keert: het leven van de patiënt zal meer dan ooit worden bepaald door de medische agenda. Wil hij dat? Misschien kiest hij er dan liever voor om nog even ‘gewoon’ te leven, te genieten van zijn kinderen of kleinkinderen of in de zon op het strand te liggen. Toch moet je dit heel voorzichtig en met zorg aan de patiënt vertellen. Kortweg zeggen: ‘Wij kunnen niets meer voor u doen. U moet geen verdere behandeling proberen, een verdere controle-afpraak is niet meer nodig en geniet er nog maar van’ voelt voor veel patiënten als een ijskoude douche, waarna zij zich enorm in de kou voelen staan.”

Meer dan medisch

Patiënten met kanker zijn, volgens Boot, geneigd zich vast te klampen aan de laatste strohalp. “Vaak denken patiënten alléén maar aan langer leven en staan ze onvoldoende stil bij de gevolgen van verdere behandeling: de onzekerheid, de belasting en de kwaliteit van leven. Dan is het aan de arts om de patiënt daarover zo goed mogelijk te informeren. En dan is het verstandig dat de patiënt de informatie die hij heeft gekregen, laat bezinken. Soms komt hij dan tot een andere conclusie.” Dat soort gesprekken zijn delicaat en moeilijk voor een arts. “Per geval moet je een inschatting maken van wat de patiënt wil en kan, wat zijn kansen zijn, hoe zijn conditie is, hoe de tumor zich ontwikkelt, et cetera. Heb je een patiënt al langer in behandeling, dan weet je natuurlijk al meer over hem, maar als iemand uit een ander ziekenhuis komt, ligt dat anders. Natuurlijk heb je dan al het medisch dossier bestudeerd, maar de persoon zelf ken je nog niet. En, wat net zo belangrijk is, welke rol speelt de partner, het gezin of de familie? Daarom ben ik er een voorstander van als bij dergelijke gesprekken de naasten aanwezig zijn. Zij kunnen de patiënt steunen in zo’n gesprek, niet alleen met vragen aan de arts, maar ook met het verwerken van de informatie die de patiënt krijgt.”

Het laatste woord

Uiteindelijk is het de patiënt zelf die beslist of hij verder wil met de behandeling. Dat wil niet zeggen dat arts en naasten geen invloed kunnen hebben. Boot: “Als arts probeer ik zo uitgebreid en neutraal mogelijk informatie te geven. Maar als bijvoorbeeld de familie wil, dat ik de patiënt wel verder behandel en de patiënt wil dat niet, dan zal ik de familie het besluit van de patiënt zo goed mogelijk probe-

ren uit te leggen. Het belang en het welzijn van de patiënt staan altijd voorop. Hij zal het allemaal moeten ondergaan en hij heeft daarom altijd het laatste woord. Anderzijds kunnen zich situaties voordoen waarin ik met wat meer nadruk adviseer. Maar ook dan is het de patiënt die uiteindelijk beslist. Twijfel ik zelf, dan zal ik op mijn beurt een bezinningsmoment vragen en wellicht ruggespraak houden met bijvoorbeeld internisten in ons ziekenhuis die zich specifiek met bepaalde geneesmiddelen bezighouden.”

Eindfase

Maar er zijn grenzen aan wat de medische zorg kan. Als ook de chemotherapie is uitgewerkt, dan staat niet meer genezing centraal, zelfs niet het proberen de tumoractiviteit zelf onder controle te houden, maar het streven om de patiënt een zo draaglijk mogelijk leven te bieden. Boot: “Het is de fase van symptoombestrijding. Als arts bestrijd je mogelijke complicaties en vooral de pijn die veelal optreedt. Indien nodig verwijs je door, bijvoorbeeld naar een pijn-arts. Maar je besteedt ook extra aandacht aan sociale en psychologische aspecten. Wat vinden patiënten nog belangrijk in deze fase van hun leven? Zijn ze bang voor de dood? Biedt geloof houvast of troost? Alleen al het aansnijden en benoemen van de onderwerpen kan voor de patiënt rustgevend werken. Ook gesprekken over euthanasie of terminale sedatie, vaak thuis, soms in het ziekenhuis, komen dan aan de orde. Van belang is een goede uitleg, ook over de verschillen tussen deze twee uiterste methoden van verlichting van het lijden in de laatste levensfase. De patiënt en zijn naasten grijpen dit vaak ook aan om aan te geven dat zij op een bepaald moment kunnen zeggen dat het ‘genoeg is geweest’ en dat verder leven voor hen zinloos wordt. Het is voor de patiënt essentieel, dat hij weet dat zijn dokter, huisarts of specialist hem ook in deze laatste levensfase zal steunen. Tijdens de gehele ziekteperiode, maar vooral in de latere fasen, kan het wenselijk zijn door te verwijzen naar onder anderen een psycholoog, maatschappelijk werker, dominee of pastoor. Niet minder belangrijk is het gezin of de familie van de patiënt. Ook die kunnen professionele hulp nodig hebben. En ook daar houd je als arts rekening mee. Moeten er allerlei technische zaken worden geregeld in de thuissituatie, zoals bed, postoeel, infuus of pompjes voor pijnmedicatie, dan hebben we in ons ziekenhuis een transfer-verpleegkundige die dat soort dingen regelt. Deze verpleegkundige zorgt ervoor dat de overgang van de patiënt van ziekenhuis naar thuissituatie zo soepel mogelijk verloopt.”

HET ONGEWISSE VAN EXPERIMENTELE CHEMOTHERAPIE MAAKT KEUZE VOOR PATIËNT BUITENGEWOON MOEILIK

PALLIATIE

Niet elke patiënt met een leveraandoening komt in aanmerking voor een levertransplantatie. Wie wel en wie niet? Hoe verloopt het proces en wie zijn daarbij betrokken? Een gesprek met MDL-arts Bart van Hoek, coördinator levertransplantatie van het Leids Universitair Medisch Centrum en Mario Buijk, medisch maatschappelijk werker levertransplantatie van het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam.

TIJDIGE DOORVERWIJZING EN HELDERE COMMUNICATIE ESSENTIEEL

Hordelopen naar levertransplantatie



Niet elke patiënt met een leveraandoening komt in aanmerking voor een levertransplantatie. Wie wel en wie niet? Hoe verloopt het proces en wie zijn daarbij betrokken? Een gesprek met MDL-arts Bart van Hoek, coördinator levertransplantatie van het Leids Universitair Medisch Centrum en Mario Buijk, medisch maatschappelijk werker levertransplantatie van het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam.

De meeste patiënten met een leveraandoening die aankloppen bij Van Hoek, zijn doorverwezen door andere artsen, veelal MDL-artsen of een internist. De diagnose is meestal duidelijk. Het stadium van de ziekte waarin de patiënt zich bevindt, kan variëren van beginnende leverziekte tot eindstadium levercirrose. Ook de symptomen kunnen zichtbaar verschillen, zoals vermoeidheid, een gele huid of verwardheid. Een patiënt kan zelfs nog werken en onbekommerd rondlopen. Van Hoek: “In het algemeen verwijzen specialisten graag vroeg door, omdat ze rekening houden met wachtlijsten en vooronderzoek. Dat is goed. Maar soms worden patiënten te laat doorverwezen. Dan moet alles ineens met spoed worden uitgevoerd en zie je de toestand van de patiënt verslechteren, terwijl hij op de wachtlijst staat. 15% van de patiënten op de wachtlijst overlijdt. Dat is dramatisch.”

In vergelijking met enkele jaren geleden ziet Van Hoek een verbetering in de doorverwijzing: “Onbekendheid met leverziekten was vroeger een van de belangrijkste oorzaken van te laat doorverwijzen. Voor een deel is dat begrijpelijk: artsen zien niet zoveel leverpatiënten. Dan is het moeilijk te beoordelen of iemand een leverziekte heeft. Daarbij komt dat het veelal een geleidelijk proces is. Bij vermoeidheid zal niet elke arts meteen aan een leverziekte denken. Een ander punt: het herkennen van het juiste moment van doorverwijzen is vaak moeilijk. Mijn advies is: beter te vroeg dan te laat. Een patiënt komt nooit te vroeg aan de beurt voor een levertransplantatie.

Wordt een patiënt vroeg doorverwezen, dan kan ik met de doorverwijzende arts overleggen en afspraken maken over bijvoorbeeld controlebezoeken van de patiënt afwisselend in het LUMC en het verwijzend centrum. Gelukkig nemen interesse voor en kennis van de lever toe, ook buiten academische ziekenhuizen. Gevolg is een soepelere doorverwijzing en een betere begeleiding van de patiënt. Maar er blijft nog veel te verbeteren over.”

Afgewezen

Al bij de eerste informatie, die Van Hoek veelal telefonisch krijgt, zal hij op voorhand een aantal patiënten afwijzen: “Patiënten die een tumor hebben die te groot is in omvang of aantal, komen niet in aanmerking voor een levertransplantatie. De kans dat de tumor terugkomt, is dan te groot. Ook patiënten met een actief alcoholprobleem worden afgewezen. Zij moeten eerst van hun alcoholprobleem af zijn, voordat we aan hun leverprobleem kunnen werken. Tegenover hen staan patiënten met een eindstadium cholestatische leverziekte of een leverziekte als gevolg van een virus, zoals hepatitis B of C. Bij hen is er minder vaak een reden om af te zien van een transplantatie.” Buijk: “Toch zijn de overgebleven patiënten ook dan nog niet altijd verzekerd van een transplantatie. Of een patiënt in aanmerking komt, hangt in het algemeen van vier beslissers af: de MDL-arts, de medisch maatschappelijk werker levertransplantatie, de anesthesist van het levertransplantatieteam en de transplantatiechirurg. De chirurg beoordeelt of de transplantatie technisch kan; de medisch maatschappelijk werker geeft zijn advies op basis van psychosociale aspecten van de patiënt; de anesthesist en de MDL-arts hebben vooral de medische gegevens als invalshoek.”

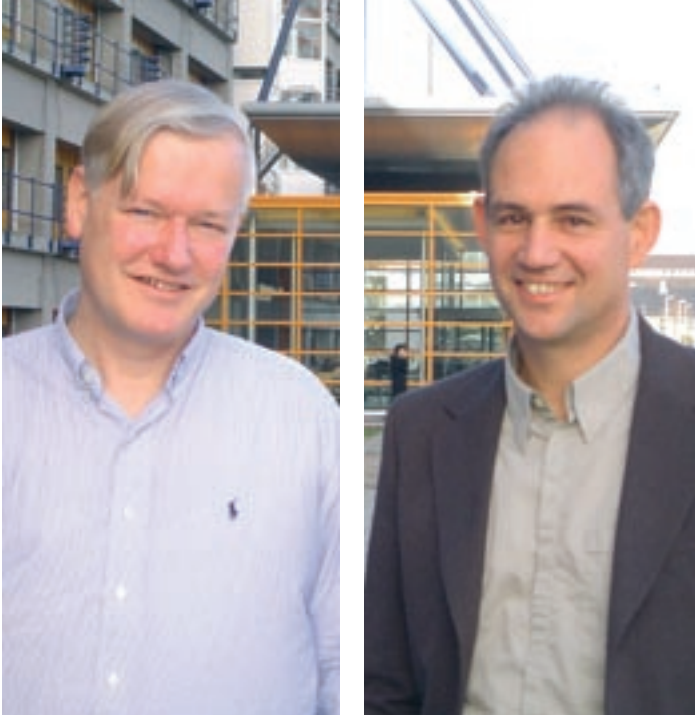
Compliance

De tendens van de laatste jaren is dat de MDL-arts bij twijfel over de psychosociale situatie van de patiënt, de medisch maatschappelijk werker in een zo vroeg mogelijk stadium vraagt te onderzoeken of een transplantatie psychosociaal gezien mogelijk is.

▷ Buijk: “Belangrijk daarbij is de *compliance* van de patiënt. Die geeft aan in hoeverre de patiënt meegaat met en zich houdt aan de voorschriften van de arts. Zo zal hij bij vermoeden van een alcoholprobleem eerst een bewijs van goed gedrag moeten verwerven bij een behandelaar die gespecialiseerd is in verslavingsziekten. Maar we kijken ook of een patiënt het psychisch aan kan en hoe zijn houding is ten opzichte van polibezocht en medicijngebruik. Is hij daarin stipt of neemt hij het niet zo nauw? Pubers bijvoorbeeld hebben vaker de neiging zich tegen allerlei zaken en personen af te zetten, dus ook tegen ziekenhuizen, artsen en leefregels. Gebeurt dat na een levertransplantatie, dan kan dat extra problemen opleveren. Sterker nog, zo’n houding kan fataal zijn. Dat betekent niet, dat deze patiënten automatisch worden afgewezen, maar in de begeleiding moet erg veel aandacht aan hen en hun ouders worden besteed.” Volgens Van Hoek wijst de praktijk uit dat slechts 30 tot 40% van de mensen hun medicijnen innemen zoals is voorgeschreven: “Dat kan vergeetachtigheid zijn, maar ook onwil. Het is moeilijk om op tijd je medicijnen te slikken. Soms moeten we patiënten daarin opvoeden.” In dat verband is het ook van belang te weten hoe de situatie van de patiënt is. “Leeft hij alleen? Kan hij steun verwachten van familieleden of vrienden? Ook dat betrekken we bij de beoordeling. Dat een ongeluk zelden alleen komt, geldt voor nogal wat patiënten. Een psychiatrisch verleden met zowel sociale en financiële problemen als een verslaving kan voorkomen. Soms brengt het ene probleem het andere met zich mee. De rol van de huisarts is dan meer dan ooit wenselijk. Hij kent de patiënt vaak als geen ander en weet waar diens sterke en zwakke punten liggen en hoe ondersteuning het best kan worden gegeven”, aldus Buijk.

Dertig procent

Bij het eerste bezoek van de patiënt op de polikliniek geeft de arts informatie en worden diverse onderzoeken gedaan, bijvoorbeeld van het bloed. Van Hoek: “De patiënt blijft als hij op de wachtlijst komt onder controle van de levertransplantatie-MDL-arts en *nurse practitioner*, soms afwisselend met de verwijzende arts. Circa 20% van de patiënten blijkt na dit eerste bezoek ‘(nog) te goed’ voor een transplantatie. De overige patiënten worden in het ziekenhuis opgenomen voor een vervolgonderzoek. Dat duurt in totaal vier of vijf dagen. Op basis van die gegevens vindt opnieuw een evaluatie plaats. Blijken verhoogde risico’s aanwezig, bijvoorbeeld een aortakleefvernauwing of een verhoogde druk in de longslagader, dan kunnen we de ingreep af- of uitstellen. Een optie is in zo’n geval een andere behandelmethode, bijvoorbeeld met medicatie. Ook in deze evaluatiefase kunnen patiënten nog ‘te goed’ zijn. Anderzijds kunnen complicaties optreden of psychosociale factoren een rol spelen, bijvoorbeeld als het de patiënt te veel wordt. Bij de eindbeoordeling van een patiënt bestaat veelal een lijst van relatief kleine contra-indicaties, niet alleen op het psychosociale vlak, maar ook op medisch



MDL-arts Bart van Hoek (links), coördinator levertransplantatie van het Leids Universitair Medisch Centrum en Mario Buijk, medisch maatschappelijk werker levertransplantatie van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.

gebied. Zo kan een tumor wat aan de grote kant zijn, of zou het hart misschien toch problemen kunnen opleveren. Uiteindelijk blijft circa 30% van de patiënten over voor een transplantatie. Met iedereen die het evaluatietraject heeft doorlopen, hebben we een eindgesprek, vaak samen met hun partner, gezin, familie of vrienden. In dat gesprek nemen we de transplantatie door: we vertellen wat wordt gedaan en hoe dat gebeurt, we wijzen op mogelijke complicaties en bespreken het leven na de transplantatie. We wijzen op de lange wachtlijst en het feit dat 15% van de patiënten op de wachtlijst overlijdt. Ook wijzen we op de eventuele mogelijkheid van levende donatie. Bij interesse daarvoor maakt de potentiële donor een afspraak bij een andere dokter. Deze informeert de donor nog eens, inclusief de risico’s die de ingreep voor hem of haar met zich meebrengt en onderzoekt de donor op geschiktheid.”

Communicatie

Zowel vóór als na de transplantatie is communicatie van groot belang. Buijk: “In de screeningsfase kijk je naar diverse zaken van een patiënt. Hoe is de patiënt tot nu toe met zijn ziekte omgegaan en hoe stabiel is hij hierin? Welke rol spelen familieleden? Zijn zij overbezorgd? Kan de patiënt steun verwachten van zijn of haar partner of is hij aangewezen op hulpverlenende instanties? Is hij bang voor de transplantatie? Hoe kijkt de patiënt tegen de tijd na de transplantatie aan? Wat verwacht hij op het gebied van werk? Zijn er financiële moeilijkheden? Zal de ziekte de relatie beïnvloeden en hoe? Wie vertelt het de kinderen en wat precies vertel je hun als ze nog heel jong zijn? Dat kan allemaal meespelen. Vaak zie je dat partners

de patiënt willen beschermen en kinderen hun zieke ouder. Dat kan tot enorme miscommunicatie leiden. In het algemeen geldt: hoe opener de partners tegen elkaar zijn, des te beter. En je moet je verantwoordelijkheden kennen. Zo is een patiënt niet verantwoordelijk voor zijn leverziekte, maar wel voor de manier waarop hij of zij daarmee omgaat. Als bijvoorbeeld de patiënt na een chronische ziekte en een lange wachttijd een transplantatie heeft ondergaan, is er een kans dat de partner zich erg verantwoordelijk voelt voor de patiënt en vervolgens geleidelijk de rol van verpleegkundige op zich neemt. Dat is vaak slecht voor de relatie, omdat er dan geen evenwicht meer is. Goede communicatie is dan essentieel. Vaak blijkt de patiënt

meer te kunnen dan de partner of zichzelf denkt. Samen kunnen ze naar betere oplossingen zoeken: wat kan hij zelf en wanneer heeft hij hulp nodig? Dat geldt ook voor de partner: waar kan hij of zij terecht voor hulp?” Praktische tips kunnen vaak veel druk wegnemen volgens Buijk: “De telefooncirkel is daarvan een goed voorbeeld. Het kan voor de partner tijdrovend en psychisch belastend zijn, als hij of zij iedereen die uit medeleven belt, te woord moet staan. Afgesproken kan worden dat de partner een familielid één keer per week of vaker belt en dat anderen bij hem of haar informatie over de patiënt kunnen krijgen.”

ECHOGRAFIE

Nieuw in Nederland: Abdominale echografie door maag-darm-leverartsen

Bij nagenoeg iedere patiënt die de polikliniek maag-darm-leverziekten bezoekt, is aanvullend onderzoek gewenst. Veelal wordt gekozen voor echografisch onderzoek van de buik, vanwege de goede specificiteit en sensitiviteit, en de eenvoud (zeer patiëntvriendelijk) waarmee het kan worden uitgevoerd. In de ons omringende landen heeft dit laatste de abdominale echografie tot een essentieel onderdeel van het MDL-instrumentarium gemaakt. Veel vragen kunnen immers direct worden beantwoord: zijn er galstenen, is er ascites, is er een biliaire obstructie? De Nederlandse MDL-arts die gebruikmaakt van stethoscoop en percussie, uitvindingen uit de 19e eeuw, neemt een uitzonderingspositie in. Maar misschien keert het tij: door de technische ontwikkelingen nemen de mogelijkheden nog steeds toe. Er zijn nu zelfs echoapparaten die niet veel groter zijn dan een laptop en een goede kwaliteit bieden: nog even en een handzaam echoapparaatje neemt in de zak van een doktersjas de plaats in van de stethoscoop. Echografisch onderzoek kent veel voordelen. Indien zelf uitgevoerd kan de MDL-arts eerder beschikken over de echo-uitslag dan over de uitkomsten van het laboratoriumonderzoek. Wellicht dat in de toekomst MDL-echografie een vergelijkbare rol krijgt als bijvoorbeeld de echocardiografie.

Voor MDL-artsen met specifiek hepatologische interesse (‘hepatologen’) is de echografie een onmisbare techniek. Veel leverziekten kunnen met behulp van echografie worden vastgesteld, vaak met dezelfde kwaliteit als CT of MRI. De keuze voor het optimale afbeeldende onderzoek van de lever is niet altijd eenvoudig, omdat specificiteit en sensitiviteit voor de detectie of het meten van ziekteprocessen (bijvoorbeeld tumoren) of leverschade (mate van fibrose, cirrose) van echografie, CT en MRI niet aan elkaar gelijk zijn. Vaak is niet goed bekend, wat in welke situatie het beste onderzoek is. In het Erasmus MC maken de hepatologen samen met de radiologen, internisten en chirurgen deel uit van een multidisciplinair team, waarin wordt gewerkt aan optimalisering van diagnostiek en therapie van diverse aandoeningen. Het doel is te komen tot standaarddefinities, diagnostische criteria en kwantificering van methoden die van belang zijn voor de klinische praktijk, operatieprocedures en standaardisering

van wetenschappelijk onderzoek. Voorbeelden zijn de vergelijking van contrastechografie en MRI in de diagnostiek van levertumoren, en het gebruik van elastografie (Fibroscan) voor de vaststelling van leverfibrose en cirrose.

De introductie van nieuwe technieken is een van de andere doelen op onze afdeling. Het is landelijk al wel bekend en hierboven ook even aangestipt, dat wij nog niet zo lang geleden zijn gestart met de validatie en het gebruik van de Fibroscan. Dit op het principe van elastografie gebaseerde apparaat zal de leverbiopsie zeker niet vervangen, maar zal wel een belangrijke rol spelen bij de optimalisering van de indicatiestelling van een leverbiopsie. Daarnaast maakt het een frequentere monitoring van de ziekteactiviteit mogelijk en vormt het een belangrijke aanvulling bij het gewone echografische onderzoek voor de vaststelling van cirrose. Nieuw is de introductie van echocontrastmiddelen: deze maken het mogelijk om ook met echografie focale leverlesies nader te differentiëren. Dit betekent wellicht niet alleen een reductie van meer gecompliceerde en dure technieken, maar ook een verbetering van de diagnostiek. Echogelegeerde interventies zijn een ander onderdeel van de klinische hepatologie waarin de echografie een belangrijke rol speelt. Tot slot het onderwijs in de echografie. Assistenten-in-opleiding tot MDL-arts met specifieke belangstelling voor leverziekten krijgen bij ons uitgebreide echografische training. Daarnaast starten we komend voorjaar met een tweedaags echopracticum, waarin het basisonderzoek van de abdominale echografie met behulp van simulatoren aan de orde komt. Dit maakt van de cursisten zeker niet direct ook echografisten, maar zal wel het inzicht in de echografie (en dus ook van andere radiologische technieken) verdiepen.

Uiteindelijk is het voornaamste doel van ons allen, de optimale behandeling van de MDL-patiënt of voor ons als ‘hepatologen’ de leverpatiënt. *Therefore we should position ourselves as spiders in the web of liver imaging!*

Pavel Taimren Robert J. de Knecht, MDL-artsen Erasmus MC, Rotterdam

HOE OPENER DE BETROKKENEN TEGEN ELKAAR ZIJN,
DES TE BETER

Aantal levertransplantaties daalt in één jaar met zestien procent

Vorig jaar daalde het aantal orgaantransplantaties met zo’n zeven procent en stierven naar schatting tweehonderd patiënten, omdat zij niet op tijd een donororgaan kregen. Voor levertransplantaties zijn die cijfers nog rampzaliger. In 2005 vonden 112 levertransplantaties plaats, een jaar later was dat aantal gedaald naar 94. Een afname van maar liefst zestien procent. En de vraag naar levers blijft sterk stijgen.

MDL-arts Herold Metselaar van het Erasmus MC in Rotterdam is niet blij met die ontwikkeling: “Ik ben van nature een optimist, maar over deze cijfers kan ik niet juichen. Natuurlijk moeten we blij zijn dat mensen langer leven door betere medische zorg en dat er minder slachtoffers vallen in bijvoorbeeld het verkeer. Maar dat steeds meer patiënten overlijden die wachten op een levertransplantatie, is natuurlijk een onverteerbare zaak. In december 2006 stonden 155 mensen op de wachtlijst voor een levertransplantatie. Als je dan weet dat jaarlijks maar 94 transplantaties kunnen plaatsvinden, omdat je niet meer levers hebt, dan kun je al op voorhand zeggen dat een relatief groot aantal patiënten wacht op zijn dood. Daarbij komt nog dat de wachtlijst voor levertransplantaties de laatste jaren sterk is gegroeid. Kijk je over een periode van tien jaar, dan zien we een stijging van circa 30 patiënten naar 150. In twee opzichten een negatieve ontwikkeling: meer vraag en minder aanbod.”

Wachttijd

Gevolg van die ontwikkeling is een verdubbeling van de wachttijd voor levertransplantaties in de afgelopen jaren: van 180 naar 360 dagen. Metselaar: “Heb je als patiënt pech en zijn andere patiënten er slechter aan toe, dan krijgen zij voorrang. Voor sommigen kan de wachttijd zelfs oplopen tot meer dan twee jaar. Totdat je als arts patiënten hebt, die er even slecht aan toe zijn. Dan wordt het dringen geblazen. Allen hebben de status van medische urgentie, maar slechts één kan er worden geholpen. In die gevallen geeft de wachttijd de doorslag. Het kan wel eens zo bizar zijn, dat twee patiënten op dezelfde kamer op dezelfde lever wachten. En wat als je als jonge man van dertig, net getrouwd, wacht op een lever die er niet is en waarvan nog maar de vraag is of je die krijgt als die er is? Dat zijn moeilijke tijden voor zowel de patiënt als de naasten. Want niet alleen verslechtert de situatie van de patiënt gedurende de wachttijd, ook betekent deze situatie een extra belasting voor gezin

en familie. Daarnaast moet de patiënt verzorgd blijven en dat verhoogt weer de druk bij artsen en verpleegkundigen. Kortom, een lange wachttijd werkt in het nadeel van allen, inclusief de overheid die voor de extra kosten opdraait. Achter je bureau kun je dat in kille cijfers berekenend bekijken, maar het menselijk leed rond het ziekbed is enorm.”

Instemmingssysteem

De oplossing voor het probleem van levertransplantaties is eenvoudig: meer donoren. Metselaar: “Minister Hoogervorst van Volksgezondheid beloofde bij zijn aantreden het aantal donaties jaarlijks met tien procent te laten stijgen. Dat is hem niet gelukt. Sterker nog, het is gedaald. Dan is het toch een beetje vreemd als de minister zegt dat zijn beleid niet heeft gefaald. Hoe kan hij dat zeggen? Hij kan wel van mening zijn dat het aantal donaties zonder zijn inspanningen nog lager zou zijn geweest, maar zo kun je overal onderuitkomen. Hoe blij we ook met de minister mochten zijn, in dit opzicht heeft hij het laten afweten.”

Blijft natuurlijk de vraag: hoe komen artsen aan meer (lever) donoren? Metselaar: “In Nederland bestaat sinds 1998 de Wet op de Orgaandonatie, de WOD. Uitgangspunt daarvan is dat mensen ouder dan achttien zelf beslissen of zij hun organen na hun dood willen afstaan. Volgens dit ‘instemmingssysteem’ moeten mensen zelf actie ondernemen om hun wensen vast te leggen bij het donorregister. Dat hebben zo’n vier miljoen mensen gedaan. Van hen zegt de helft donor te willen zijn. De andere helft wil dat niet of is daar vaag over, dat wil zeggen: zij laten de beslissing aan de nabestaanden over. Dat laatste geldt ook voor de zes miljoen mensen die zich niet hebben geregistreerd. Overlijdt één van hen en vraagt een arts de nabestaanden voor orgaandonatie, dan is het antwoord in tachtig procent van de gevallen, ofwel bij vier miljoen mensen, negatief. Dat betekent een totaal van zes miljoen neezeggers. Dat is verrassend, omdat

uit enquêtes blijkt dat de meerderheid van de bevolking vóór orgaandonatie is. Het huidige instemmingssysteem werkt het aantal neezeggers in de hand.”

Bezwaarsysteem

Als het huidige systeem niet werkt, dan moet dat worden vervangen door een beter systeem? “Graag”, aldus Metselaar. “Een goed alternatief zou het bezwaarsysteem zijn, zoals dat ook in België, Spanje en Oostenrijk wordt gehanteerd. Het aantal donoren ligt daar gemiddeld drie keer hoger dan in Nederland. Het systeem houdt in dat iedereen donor is, tenzij hij daartegen bezwaar maakt. Probleem is dat de minister van Volksgezondheid en met hem de Tweede Kamer daar niet aan willen. Volgens Hoogervorst levert dat niet meer donoren op. Daarnaast is hij bang dat met die aanpak heel veel mensen ‘nee’ zouden registreren. Gezien de resultaten in andere landen is dat zeer de vraag. Bovendien kun je zeggen: het is helemaal niet erg als veel mensen ‘nee’ antwoorden. Dan heb je het in elk geval geprobeerd en heb je duidelijkheid. Wellicht dat het nieuw te vormen kabinet en de nieuwe samenstelling van de Tweede Kamer meer soelaas bieden.’

Acties

Tot die tijd zal Nederland het met het instemmingssysteem moeten doen. Minister Hoogervorst heeft al aangekondigd de nodige acties te willen ontplooiën om meer orgaandonoren te werven. Zo krijgt een miljoen Nederlanders dit voorjaar een brief met het verzoek zich als potentiële orgaandonor te laten registreren. Zelf heeft Hooger-

AANTAL DONOREN IN BELGIË DRIE KEER HOGER DAN IN NEDERLAND

MDL-arts Herold Metselaar: “Als we de wachttijd voor levertransplantaties in tien jaar kunnen terugbrengen naar een halfjaar, hebben we al veel bereikt.”



Lennard Gillissen, MDL-arts i.o. in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven (AZM-regio), blijft als 4^e MDL-arts aldaar. Jeroen Jansen, nu nog AMC, vertrekt op 1 mei naar het OLVG. Hij was al ‘geheadhunt’ in zijn eerste halfjaar als MDL-arts in opleiding in het OLVG. Daarnaast hopen ze binnenkort de advertentie voor de 6^e MDL-arts te plaatsen. Ellert van Soest (AMC) start 1-1-2008 in Gooi-Noord als 5^e MDL-arts. Dordrecht heeft 1 maart a.s. zijn eerste vrouw binnenboord met Leonieke Wolters (EMC) als 5^e MDL-arts. Ze denken aan een 6^e MDL-arts. Ulrike de Wit, onze 250^e MDL-arts verlaat Venlo. Ze gaat naar het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg als 3^e MDL-arts, ze zoeken nog een 4^e MDL-arts. Venlo zoekt weer een 4^e MDL-arts. Nieves Aparicio verlaat Rijnstate Arnhem en gaat naar CWZ in Nijmegen als 4^e MDL-arts. Arnhem zoekt weer een 7^e en misschien een 8^e MDL-arts. In dit mannenbolwerk zijn vrouwen uiterst gewenst. Onno van Baalen staat sinds kort als MDL-arts geregistreerd en is de 2^e MDL-arts van Gorinchem. Op 1 mei start My Vu (LUMC) in Leiderdorp als 3^e MDL-arts. Leiderdorp praat met drie kandidates voor de positie van 3^e MDL-arts. Het AZM ligt onder Ad Masclee strak op koers en heeft toestemming tot 9,4 fte MDL-artsen. Er wordt nog gesproken met twee Belgische kandidaten voor de oncologie/gastro-enterologie en de IBD. Uit Leiden komt het nieuws dat Alexandra Langers, klaar met haar opleiding, op 1 september a.s. de staf versterkt voor de CRC. Leiden heeft nu twee stafleden aangetrokken voor het colorectale carcinoomonderzoek. CRC is *hot* en heel Nederland doet het. Peter Siersema vertrekt op 1 april aanstaande naar Utrecht als afdelingshoofd MDL; Melvin Samsom blijft hier divisiedirecteur en richt zich op het Oncologiecentrum van de UMCU en de MDL-research. Halil Akol (ex-VUmc) is sinds 1-12-2006 de 3^e MDL-arts in Apeldoorn. Een tweetal Duitse MDL-artsen is geïnteresseerd zich in Nederland in de grensstreek te vestigen. Er wordt met hen gesproken. Jón Kristinsson verlaat Nijmegen en vestigt zich als MDL-arts in Reykjavik. We hopen dat hij op de NVGE als buitenlid zal blijven komen. Nijmegen is op zoek naar een ervaren interventie-endoscopist die bereid is de afdeling verder te innoveren, eventueel iemand uit de Duitse interventie-endoscopieschool. Het AMC heeft zich versterkt met Ulrich Beuers (Essen) als hepatoloog met specifieke belangstelling voor cholestatische leverfuncties, met name PSC. Cyriel Ponsioen (AMC, Hilversum) verlaat Zwolle na een jaar en start

in het AMC; hij is al jaren geïnteresseerd in PSC/IBD. Dit betekent dat er minimaal 3 vacatures zijn in Zwolle, ze willen namelijk uitbreiden tot 8 MDL-artsen. Schiedam zoekt zijn 3^e MDL-arts, de advertentie is uit. Het Kennemer Gasthuis heeft 1 à 2 vacatures. Het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam hoopt in de loop van 2007 een 3^e MDL-arts te mogen aantrekken, Almere een 4^e, Beverwijk zijn 3^e en Haaglanden zijn 5^e MDL-arts. Amersfoort, met een adherentie van 300.000 patiënten voor de MDL, praat over een 5^e en denkt aan een 6^e MDL-arts. Alkmaar praat over de 5^e en 6^e MDL-arts. Ze moeten wel, want ze kunnen niet zonder scopiërende senioren. In Spaarne te Hoofddorp remt de stafmaatschap de 4^e MDL-vacature, zij zijn nog niet overtuigd van de noodzaak. De wachttijden lopen in veel plaatsen weer op. Kortom, volop mogelijkheden in ons land. Het oosten en zuiden van ons land zullen pas in tweede of derde instantie de vacatures kunnen opvullen. Droefenis dus voor de patiënten in deze gebieden. Met het vertrek naar het buitenland van onze MDL-artsen i.o. wordt ook geen rekening gehouden. Het capaciteitsorgaan slaapt rustig door. De bureaucratie is een blok aan ons opleidingsbeen. Het Concilium wil dit jaar 28-30 hoofdstromers en 6-8 zij-instromers laten beginnen als MDL-arts i.o., om de pijn in 2011 te verzachten. Vrouwen die solliciteren, lijken het opvallend moeilijker te hebben dan mannen, vooral als ze potentieel zwanger zijn en/of willen parttimen. 10 van de 25 (2007) en 13 van de 17 MDL-artsen i.o. (m/v, 2008) zijn nog beschikbaar voor de transfermarkt. Het lijkt helaas meer dan een trend om nieuwe afdelingshoofden-MDL academisch te benoemen zonder advertentie. Opvallend is, dat dit UMC’s zijn waar een divisiestructuur heerst. Divisiedirecteuren lijken de nieuwe pausen van Nederland. Masclee is als enige afdelingshoofd in de laatste jaren na een open procedure benoemd. Sinds de UMC’s de universitaire medische centra zijn geworden, zijn veel raden van bestuur niet meer geïnteresseerd om van de zusterfaculteiten vooraf te vernemen wie ‘afdelingshoofdwaardig’ is. Een open sollicitatie met ‘toezicht’ van een zusterfaculteit dreigt uit te sterven, ik betreur dat. Het aantal werkende MDL-artsen bedraagt nu 264, waarvan 254 lid zijn van ons Genootschap. De 300 MDL-artsen zullen we in 2008 bereiken.

C.M.

ADVERTENTIE

Op 12 december 2006 werd in de Beurs van Berlage het 25-jarig bestaan van de Maag-Lever-Darm Stichting gevierd. 's Middags vond een wetenschappelijk symposium plaats. Nederlandse toppers gaven een overzicht van de laatste ontwikkelingen op hun vakgebied en professor Eamonn Quigley, voorzitter van de OMGE, sloot af met een voordracht. 's Avonds was er een drukbezochte, gezellige bijeenkomst met onder andere een discussie tussen Joke Lanphen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Iris van Bennekom (directeur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), Frits Nelis (MDL-arts) en Michel Dutree (algemeen directeur Nefarma) onder leiding van Joep Bartelsman (MDL-arts) (zie foto v.l.n.r.).



Harry Janssen bepleit vaccinatie hepatitis B en wijziging donorregistratie

Chronische virale hepatitis is een ‘sluipmoorde-naar’. Er sterven in Nederland veel méér mensen aan de gevolgen van hepatitis dan aan aids, terwijl er een effectief vaccin en goede behandelingsmogelijkheden bestaan. Prof. dr. Harry Janssen bepleit daarom opname van het hepatitis-B-vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma. Ook bepleitte hij wijziging van de donorregistratie (*ja, tenzij*) om verbetering te brengen in de beschikbaarheid van donorlevers. Nu overlijdt een kwart van alle patiënten op de wachtlijst voor levertransplantatie.



Harry Janssen heeft op 26 januari 2007 zijn ambt als hoogleraar hepatologie (leverziekten) in het Erasmus MC aanvaard.

Chronische infectie met hepatitis B of C is de meest voorkomende oorzaak van leverfalen en leverkanker. Wereldwijd leiden de chronische infecties tot 1,4 miljoen doden per jaar. In Nederland sterven jaarlijks tussen de 500 en 1000 mensen aan de gevolgen daarvan. Dat is veel méér dan het aantal sterfgevallen ten gevolge van aids. Janssen bepleitte in zijn oratie dan ook vaccinatie tegen hepatitis B in het Rijksvaccinatieprogramma. Janssen: “Nederland is vrijwel het enige land in Europa waar geen universele hepatitis-B-vaccinatie plaatsvindt, gekoppeld aan de reeds bestaande kindervaccinaties. Er worden bij ons alleen risicogroepen gevaccineerd, terwijl de opsporing van deze groepen kostbaar en moeizaam is en slechts een beperkt effect sorteert.”

De patiënten die reeds zijn besmet en een chronische infectie hebben, kunnen niet meer worden gevaccineerd. Voor hen is er een effectieve therapie. “Voor hepatitis B zijn we momenteel in staat om bij zo’n 30% van de patiënten de ziekte te genezen en bij nog eens 60% de virusdeling langdurig te onderdrukken met moderne geneesmiddelen. Bij hepatitis C is deze ontwikkeling zo mogelijk nog spectaculairder. In de loop der jaren is het ons gelukt om door optimalisering van het behandelingsregime maar liefst 60% van de patiënten te genezen.” Veel patiënten komen door het ontbreken

van klachten echter niet bij de dokter of worden niet adequaat behandeld. Er is dus sprake van enorme onderdiagnostiek en onderbehandeling.

Levertransplantatie

Bij ernstig leverfalen is levertransplantatie de enige optie. Er is echter een groot tekort aan donoren, waardoor een kwart van de patiënten op de wachtlijst overlijdt. Campagnes ten behoeve van donorregistratie hebben tot nog toe geen enkele extra te transplanteren lever opgeleverd. De enige optie om dit te veranderen, is om over te gaan op het zogenaamde ‘geen bezwaar’-systeem, het systeem waarbij in principe iedereen donor is, tenzij hij of zij aangeeft dit niet te willen. Prof. dr. Janssen: “Ik vind niet dat iedereen gedwongen donor moet worden, dat kunnen wij niet verlangen. Ik vind echter wel dat iedereen een keuze – niet ‘mag’, maar – moet maken om wel of geen donor te zijn.”

Janssen wees erop dat tegenwoordig de éénjaarsoverleving na transplantatie al boven de 90% ligt. Dit ondanks het feit dat steeds ziekere patiënten worden getransplanteerd. Bij gebrek aan donorlevers zoeken artsen alternatieve oplossingen, zoals het splitsen van de donorlever, het gebruik van minder geschikte levers of het gebruik

van een deel van de lever van een levende persoon. De ingreep is met name bij volwassenen ingewikkeld omdat er een kritisch gebalanceerde hoeveelheid leverweefsel dient te worden getransplanteerd. Indien te veel leverweefsel wordt verwijderd overlijdt de donor, indien te weinig leverweefsel wordt getransplanteerd overlijdt de ontvanger. De lever van zowel donor als ontvanger groeit binnen enkele maanden weer uit tot vrijwel een volledige lever.

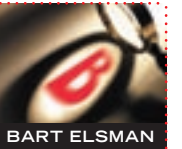
De echte oplossing voor de transplantatieproblematiek is het beschikbaar komen van meer donorlevers door een ‘geen bezwaar’-registratie. “In Nederland zou dat in 2006 volgens conservatieve schattingen zo’n 130 extra donoren hebben opgeleverd. In ons omringende landen waar dit systeem al jaren wordt toegepast, wordt weliswaar gedeeltelijk door een verhoogd aantal verkeersongelukken, maar vooral door dit systeem, per miljoen inwoners tweemaal zoveel gedoneerd als in Nederland.”

Abdominale echo

Volgens Janssen maken MDL-artsen nog veel te weinig gebruik van de echo. “Het is mijn streven dat, initieel hepatologen, maar in de toekomst elke MDL-arts in Nederland echografisch onderzoek van de buik kan verrichten in zijn eigen polikamer ter vervanging van het huidige buikonderzoek. In de ons omringende landen doen MDL-artsen reeds abdominale echo’s. Het gebruik van contrastecho’s maakt vroegdiagnostiek mogelijk van hepatocellulair carcinoom en met nieuwe elastografietechnieken, kan een goede evaluatie van de leverfibrose worden verkregen, waardoor de noodzaak tot het verrichten van leverbiopsieën, een onderzoek met relatief veel complicaties, wordt verminderd. Naast het verrichten van leverbiopsieën, laparoscopieën, ERCP’s en varicesbehandeling zal de toekomstige leverarts in het verlengde van de abdominale echografie nadrukkelijk betrokken zijn bij interventies in de vorm van puncties van leverhaarden, galwegdrainage, tumorablatie en portosystemische shuntprocedures.”

Belangstelling

Janssen constateerde een groeiende belangstelling voor de hepatologie. Een kwart van de MDL-artsen in opleiding wil zich toeleggen op de lever. Opleidingsprogramma’s zijn daar inmiddels voor ingericht. Janssen: “Op dit moment al leggen veel MDL-artsen in algemene ziekenhuizen zich nadrukkelijk toe op de hepatologie. Dit zijn geen fulltime hepatologen, die eigenlijk alleen maar in academische centra kunnen gedijen, maar parttime hepatologen die naast een beperkt scopieprogramma de behandeling van patiënten met virale hepatitis en overige leverziekten zeer goed verzorgen. Er is in de toekomst waarschijnlijk ruimte voor minimaal vijftig van dit soort hepatologisch georiënteerde MDL-artsen. Zij zullen met name in de academische ziekenhuizen en grote perifere klinieken werkzaam zijn, maar binnen elke maatschap van MDL-artsen moet in de toekomst één levergeoriënteerde MDL-arts plaatsnemen.”



OUD

Wanneer ben je tegenwoordig nog oud?

Je kunt kinderen baren als je boven de zestig bent. En als je zo oud bent, kun je net doen of je dat niet bent. Ik zag net in de krant een foto van Ursula Andress: 67 jaar! Niet te geloven!

Om ouderdom te voorkomen, deden Romeinse bejaarden zich te goed aan het bloed van stervende gladiatoren. Andere methoden waren: het huwen van een veel jongere vrouw, het drinken van melk van een ezelin of geit of het inspuiten van testisextracten.

Hoe deed Mark van Blankenstein het? Hij ging promoveren! Op 22 november 2006, tien jaar na zijn ‘verplichte’ pensioering verdedigde het 75-jarige orakel van Berkel en Rodenrijs zijn proefschrift over de epidemiologie van Barrett’s oesophagus en het adenocarcinoom van de slokdarm. En hij deed het met verve en jeugdig elan, geflankeerd door twee even bejaarde paranymfen.

Na de druk bezochte receptie spoedde de jonge doctor zich naar de studio van Radio 3B-lokaal voor zijn wekelijkse politieke analyse: ‘recht door zee, verhelderend en onthullend’. Dat moest natuurlijk doorgaan op deze verkiezingsdag. En een paar dagen later een promotiefeest zoals je dat nog zelden meemaakt, in een deftige kantine van een Rotterdamse watersportvereniging: je kon er praten en ook anderen verstaan en er was ruimte voor de draaicirkels van de foxtrot of engelse wals.

Mark is nog wekelijks te beluisteren, woensdag van 18 tot 19 uur via FM 102.4, maar dan moet je wel in Bergschenhoek zijn.

En natuurlijk is het orakel de komende 25 jaar twee keer per jaar te horen in Veldhoven, want een ledenvergadering van de NVGE zonder zijn commentaar is niet rechtsgeldig.

Hulde aan deze oude man.

We zullen nog veel van hem horen.



Dr. Mark van Blankenstein

GROTE ONZEKERHEID OVER HET DECLARABEL ZIJN VAN ENDOSCOPIE VOOR HUISARTS

MDL-DBC's nog steeds niet op orde

Ondanks intensief overleg met alle betrokkenen is het de Beroeps Belangen Commissie (BBC) MDL nog niet gelukt om de endoscopie voor de huisarts declarabel te krijgen. Begin 2006 heeft het CTG (tegenwoordig NZa) schriftelijk erkend, dat door de invoering van het DBC-systeem voor MDL, internisten en chirurgen een onbedoeld declaratieprobleem is ontstaan, dat moet worden opgelost. Deze brief is op de MDL-website te vinden. Helaas is het tot op heden bij deze verklaring gebleven en verkeren MDL-artsen en internisten nog steeds in onzekerheid of en hoe hun endoscopieën voor de huisarts, in deze overgangsfase met de FB-systematiek (FB = functionele budgettering) en lumpsum als vang-net, zullen worden betaald. Dit leidt uiteraard tot grote onrust in het veld. De Beroeps Belangen Commissie (BBC) wordt regelmatig door leden van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen gebeld met de vraag of we de bestaande faciliteit van *Open Access Endoscopy* maar niet beter kunnen afschaffen en alle patiënten gewoon naar ons spreekuur laten verwijzen voor reguliere behandeling van hun klachten.

Hoe heeft het allemaal zover kunnen komen?

Vóór de komst van de DBC's werd de endoscopie voor derden gehonoreerd met een CTG-tarief, een Korte Kaart en een FB-parameter (Eerste Polikliniekbezoek of EPB). Deze registratie kwam voort uit de afspraak dat een deel van het toen hoge endoscopietarief in de Korte Kaart werd ondergebracht en het feit dat er bij een scopie een *face to face*-contact bestaat waarmee de EPB werd gerechtvaardigd. Deze vorm van honorering is landelijk vanaf 1995 tot 2005 gehanteerd zonder enige kritiek van zorgverzekeraars of CTG. Het begrip 'derden' staat voor huisartsen en overige verwijzers, waaronder andere poortspecialismen. Bij het opstellen van de DBC-structuur in 2002 werd de scopie voor derden omschreven met 'zorgtype 31' en had daarmee de DBC-status. Tijdens een herijking van de DBC's per januari 2004 is de scopie voor derden veranderd in een OVP (overig product). Dat we daarmee het recht op registratie van FB-parameters zouden verliezen, is ons niet verteld. Omdat er nog steeds via de FB-methodiek werd gefactureerd, merkten wij in 2004 van deze verandering economisch niets. Pas per januari 2005, na de invoering van de declaraties via de DBC's, bleek dat een OVP als 'verrichting' geen recht geeft op een FB-parameter. Hiermee ontstond een acuut probleem voor ziekenhuizen en specialisten. Immers, de lumpsum die was afgesproken voor alle activiteiten en kosten in de ziekenhuizen, werd jaarlijks vastgesteld op basis van het aantal FB-parameters. Met het verlies van alle scopieën voor derden ontstond een 'tekort'

aan EPB's en dreigde een korting op de lumpsum. Sinds de ontdekking van dit administratieve niemandsland hebben we zeer intensief overleg gehad met alle genoemde koepelorganisaties. Het grote struikelblok is hierbij geworden, dat volgens het CTG een scopie voor derden nooit een EPB had mogen genereren. Talloze vergaderingen en discussies boden geen soelaas. Door SDO is daarop een ontwerp gemaakt, dat recht doet aan het feit dat een scopie nu eenmaal heel wat anders is dan een gewone verrichting als een thoraxfoto of een labbepaling. Bij scopieën is sprake van een zorgtraject met een gedegen voorbereiding van de patiënt, waaronder uitleg van de procedure, bespreken van complicaties, contra-indicaties opsporen, stollingscontrole, *informed consent*, PA-materiaal, antibiotica-profylaxe, en uiteraard de nazorg op de dagbehandeling bij *conscious sedation*. Met dit oogmerk is het zorgtraject 41 ontworpen. Wij hebben als BBC aan het ontwerp meegewerkt, omdat a) een zorgtraject een mogelijkheid biedt voor het ziekenhuis om de gemaakte kosten in onder te brengen; b) de mogelijkheid wordt geschapen om aanvullende zorgactiviteiten te registreren, en c) *last but not least* een EPB zou kunnen worden geregistreerd. Bovendien hebben wij nogmaals aan de NZa duidelijk gemaakt, dat ook het Genootschap een tegenstander is van het gebruik van oneigenlijke (spook)DBC's teneinde toch aan de FB-parameters te komen. We hebben onze leden hierover meermaals geïnformeerd en hiervoor gewaarschuwd.

Wie schetst dan ook onze verbazing, toen na de goedkeuring van dit traject door de NZa onverwacht werd aangekondigd, dat zorgtype 41 geen recht geeft op het gebruik van FB-parameters voor de nacalculatie. Terwijl nota bene in onze eigen instructie staat: "De registratie van zorgtype 41 levert een traject met daarbinnen het declarabele overige product en het profiel, waaronder de voor de interne lumpsumverdeling en de nacalculatie relevante (lees FB-) parameters."

Hoe nu verder?

Gezien de schriftelijke uitspraak van het CTG dat er een onbedoeld neveneffect voor MDL en NIV bestaat, is het duidelijk dat er een oplossing moet komen. Het Genootschap stelt zich met de NIV op het standpunt, dat het afschaffen van de *Open Access Endoscopy* vooralsnog een onwenselijke oplossing is voor alle betrokken partijen, in de eerste plaats voor de patiënt. Er kleven nog veel meer bezwaren aan deze drastische maatregel, maar die vallen buiten het bestek van dit artikel. Veel zal dus afhangen van hoe de zaak nu administratief gaat worden opgelost. Hierbij is het belangrijk ons te realiseren dat de oplossing slechts tijdelijk is, voor zolang de vang-netconstructie met lumpsum en FB-parameters bestaan. Naar ver-

wachting gaan deze per 2008 of 2009 verdwijnen. Momenteel is er door SDO een rekenmodel ontworpen (Model Hofdijk), waarmee men het gat in de lumpsum dat ontstaat door het wegvallen van de EPB's bij de scopie voor derden, kan berekenen. Dat wordt uiteraard per ziekenhuis en niet landelijk uitgerekend. Het model zal door OMS, NVZ, ZN via SDO aan de NZa ter goedkeuring worden aangeboden. Wanneer de NZa het model heeft geaccordeerd, kan er met dit rekenmodel op lokaal niveau berekend worden hoe groot het gat in de lumpsum is. Hierna kan de NZa bij de nacalculatie van de lumpsum de compensatie goedkeuren. Bij de verdeling van de lumpsum achter de voordeur (interne lumpsumverdeling) mogen de EPB's van zorgtype 41 *wel* worden meegerekend. Het is een zeer omslachtige en lastige manier om de kosten en het honorarium voor de scopie voor derden betaald te krijgen. Maar gezien de bestaande situatie hebben MDL-artsen en internisten geen andere keus. Laten we hopen dat de NZa zich de ernst van de situatie voor ziekenhuizen en specialisten realiseert en deze administratieve weg op korte termijn legaliseert. Pas dan zal de rust in het veld weerkomen en hoeft men niet meer na te denken over creatieve oplossingen voor het administratieve vacuüm waarin we buiten onze schuld nu reeds meer dan twee jaar verkeren.

Marten Otten

Voorzitter BBC MDL

Betrokken partijen

Bij het DBC-overleg zijn betrokken: de Orde van Medisch Specialisten, de Stichting DBC Onderhoud (SDO), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Nieuwe inzichten over beleid bij COX-2-remmers en NSAID's

In maart 2005 is ook in MAGMA naar aanleiding van de VIOXX@-affaire melding gemaakt van de cardiovasculaire bijwerkingen (CVC's) van de COX-2-remmers. Sindsdien zijn er vele publicaties gekomen, die laten zien dat deze CVC's ongeveer even vaak bij de niet-selectieve NSAID's voorkomen. De CVC's kunnen worden gezien als een klasse-effect van deze middelen. Ondertussen heeft op Europees niveau (EMA; www.emea.eu.int) een herbeoordeling plaatsgevonden van alle niet-selectieve NSAID's naar cardiovasculaire veiligheid. Daarnaast is het jammer dat in de discussie over veiligheid en effectiviteit van de COX-2-remmers het grote voordeel voor de gastroprotectie dreigt te worden ondergesneeuwd. Men dient niet te vergeten dat met COX-2-remmers – zoals aangetoond in grote studies – een verlaging van ongeveer 60% van de tractus-digestivuscomplicaties ten opzichte van conventionele NSAID's kan worden bereikt. Met het verschijnen van de MEDAL-studie (Cannon et al., *Lancet* 2006; 368:1771-81) kan daarom van een belangrijke stap worden gesproken. In deze studie is bij 25.000 patiënten met artrose en 10.000 patiënten met reumatoïde artritis (RA) de pijnmedicatie gedurende achttien maanden gerandomiseerd (data van drie gepoolde trials) voor Etoricoxib (Arcoxia®; 60 of 90 mg) of voor Diclofenac 150 mg/dag. Trombotische cardiovasculaire *events* deden zich voor bij 320 patiënten in de E-groep en bij 323 in de D-groep. Bloedingen en ulcera deden zich minder voor bij de E-groep (RR=0.69; 95%-BI: 0.57-0.83). Gecomplieerde PUB's (perforaties, bloedende ulcera, obstructies en ernstige bloedingen kwamen evenveel voor in de E- en D-groep, waarschijnlijk mede omdat alle risicopatiënten per protocol PPI's kregen voorgeschreven. Dat de winst in de E-groep lager uitviel dan bij eerdere COX-2-trials kan ook worden verklaard, doordat 35% van de patiënten in beide groepen ook aspirine gebruikten. Co-therapie met aspirine kan immers het gastroprotectievoordeel van de COX-2-remmers grotendeels tenietdoen.

De auteurs van de MEDAL-studie zien het ontbreken van een placebo-arm als een beperking van hun onderzoek, omdat daardoor het absolute risico niet kan worden vastgesteld. Bovendien kunnen de data niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar alle (niet-)selectieve NSAID's. Tevens is het spijtig, dat Naproxen niet bij het onderzoek is betrokken, omdat het mogelijk een lager risico op CVC's geeft. Wanneer de veiligheidsvoorschriften – zoals tegenwoordig standaard gemeld in de bijsluiterteksten – met name voor de risicopatiënten goed in acht worden genomen, geeft deze studie met deze nieuwe COX-2-remmer de behandelende arts meer keuzemogelijkheden bij de complexe pijnklachten van deze patiënten.

Gerard P. van Berge Henegouwen
MDL-arts, UMC Utrecht

Een zeldzame oorzaak van acute buikpijn

1 Een 80-jarige vrouw werd recent op onze afdeling opgenomen in verband met acuut ontstane pijn in de bovenbuik, misselijkheid en braken. Zij had geen koorts, en defecatie en mictie waren zonder bijzonderheden. Haar voorgeschiedenis vermeldde hypercholesterolemie, een cholecystectomie in 2004, en choledocholithiasis, waarvoor ERCP met papillotomie en steenextractie een halfjaar voor deze opname. Als medicatie gebruikte ze simvastatine en diazepam. Bij lichamelijk onderzoek werd een pijn lijdende, maar niet erg zieke vrouw gezien, met normale vitale parameters en een lichaamstemperatuur van 37,1°C. Het onderzoek van hart en longen was zonder bijzonderheden. Peristaltiek van het abdomen was spaarzaam, en er was druk- en percussiepijn in epigastrio; de rest van de buik was soepel. Laboratoriumonderzoek toonde een leucocytose van 14 x 109, verder waren alle routinebepalingen, inclusief de leverenzymen, amylase en CRP normaal. Aanwijzingen voor vrije lucht werden op een buikoverzichtsfoto niet gezien.

Patiënte werd opgenomen en de ochtend na opname werd een CT-scan van het abdomen verricht. Hierbij bleek lucht retroperitoneaal achter het pars horizontale van het duodenum aanwezig te zijn. De werkdiagnose was een naar retroperitoneaal geperforeerd peptisch ulcus.

Patiënte werd conservatief behandeld met antibiotica, zuurremning, maagzuigdrainage en totaal parenterale voeding. Hiermee verbeterde het klinisch beeld spoedig. Later in het beloop werd een gastroscopie verricht waarbij geen aanwijzingen voor ulcuslijden werden gezien; maag en duodenum waren zonder bijzonderheden. Andere oorzaken van een duodenumperforatie werden nu overwogen (zie figuur 1). Patiënte ontkende ingestie van corpora aliena, zoals visgraten en botsplinters. Differentiaal diagnostisch bleef alleen een spontaan geperforeerd duodenumdivertikel over. Het eerdere ERCP-verslag werd hierop nagekeken: inderdaad wordt hierin melding gemaakt van een groot juxtapapillair duodenumdivertikel.

Bespreking

Colondivertikels zijn wijd verbreid en de samenhangende complicaties algemeen bekend. Divertikels van het duodenum komen minder vaak voor, maar zijn niet zeldzaam. Het overgrote deel is asymptomatisch. De pathofysiologie wordt verondersteld dezelfde te zijn als van colondivertikels, namelijk een afwijkende peristaltiek en een hoge segmentele intraluminaire druk. Ook deze diverti-

kels worden vooral op oudere leeftijd gezien. De incidentie van duodenumdivertikels in autopsiestudies is 6–20%. Bloeding is de meest voorkomende complicatie van een duodenumdivertikel; pancreatitis, biliaire obstructie, diverticulitis en dunnedarmobstructie door enterolithvorming in het divertikel komen minder vaak voor. Iets meer dan honderd gevallen van perforatie van een duodenumdivertikel zijn in de literatuur gemeld. De perforatie kan traumatisch of spontaan zijn. CT is het meest accurate onderzoek om een dergelijke perforatie aan te tonen. De meeste perforaties zijn retroperitoneaal en vrije lucht wordt derhalve op een buikoverzichtsfoto vaak gemist. De behandeling is primair conservatief, zoals in beschreven casus, of chirurgisch indien er tekenen zijn van diffuse peritoneale prikkeling of als conservatieve behandeling faalt.

Ellert van Soest, Jesse de Metz, Alfons Geraedts
MDL-afdeling, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Figuur 1: Oorzaken van duodenumperforatie

I	Iatrogeen Bijvoorbeeld ten gevolge van papillotomie of uitgezakte stent
II	Corpora aliena Meestal tandenstokers, visgraten of botfragmenten
III	Traumatisch Vooral stomp letsel
IV	Divertikels
V	Ulcera - Peptisch/NSAIDs - Ziekte van Crohn - Vasculitis
VI	Tumoren - Adenocarcinoom - Lymfoom

ENDOSCOPIE

BINNENKORT MEER LICHT EN ZICHT AAN HET EIND VAN DE DARM?

Happiness is a clean colon

Niets is frustrerender voor endoscopist en patiënt dan te moeten constateren dat de darmvoorbereiding voor een coloscopie insufficiënt is geweest. Naast verspilling van tijd, ongemak en geld is er bovendien nog het veiligheidsaspect. Bij een slecht voorbereid colon is er een grotere kans op perforatie en het missen van belangrijke laesies als *flat adenomas*.

Wie heeft het niet gehoord in zijn spreekkamer: “Dokter, dat onderzoek van de dikke darm gaat nog wel. Maar die voorbereiding met dat drinken van die grote bekers, daar zie ik zo tegenop!”

Er zijn in principe twee manieren om een patiënt voor een coloscopie voor te bereiden: *high volume* en *low volume* lavage. De gouden standaard is tot op heden: spoelen met KleanPrep. Binnen zes uur moeten vier grote bekers van één liter weesmakende vloeistof worden opgedronken. Wanneer dat lukt, is de kans op een schoon en goed beoordeelbaar colon 95% (1).

Voor patiënten die dit niet lukt, is er een alternatief in de vorm van *low volume* Phosphoral. Hierbij moet met een interval van twaalf uur tweemaal 45 ml worden ingenomen. Daarnaast moet minimaal twee liter vocht worden gedronken. De succeskans van een schoon colon is kleiner (64%), waarbij vooral het proximale deel van het colon vaak verontreinigd blijkt (2, 3).

Bovendien bestaan bij Phosphoral nogal wat waarschuwingen en contra-indicaties voor risicogroepen als bejaarden of verzwakte patiënten (nierinsufficiëntie, hartaandoeningen en sommige anti-hypertensiva en diuretica).

Het ziet ernaar uit, dat we binnenkort de mogelijkheid hebben van wat je zou kunnen omschrijven als ‘the best of two worlds’. Op de UEGW in oktober te Berlijn werd Moviprep geïntroduceerd. Een nieuwe vorm van osmotische darmlavage, waarbij de patiënt niet vier liter maar nog slechts twee liter hoeft te drinken. Bovendien kan hij de eerste liter ’s avonds na het eten innemen en de tweede vroeg in de ochtend op de dag van het onderzoek zelf. Met deze voorbereiding blijkt de kans op een succesvolle colonvoorbereiding 87% (4).

Hoe werkt Moviprep?

De lavagevloeistof heeft dezelfde samenstelling als KleanPrep, maar er is een hoge dosis ascorbinezuur (4,7 g per liter) en natriumascorbaat (5,9 g per liter) aan toegevoegd. Ascorbinezuur en natriumascorbaat worden in de darm via een verzadigbaar actief transport in het lichaam opgenomen. De maximale opname is 2 g bij een eenmalige orale dosis van 12 g. De rest van het ascorbinezuur en het ascorbaat passeert intraluminaal en zorgt voor een sterk verhoogde osmotische werking. In feite is door deze toevoeging het oorspronkelijke KleanPrep dubbel zo actief geworden. Hierdoor kan met slechts tweemaal een liter vloeistof worden volstaan.

De eerste resultaten met Moviprep zijn beschreven in een aantal *abstracts* van onderzoek in Duitsland en Frankrijk. Het is interessant om het verschil in voorbereiding in beide landen te signaleren. In Duitsland wordt, net als bij ons, voornamelijk gebruikgemaakt van dormicum als sedatie. Daarom kan men de doses splitsen: de eerste liter na het avondeten en de tweede liter vroeg in de ochtend op de dag van onderzoek. In Frankrijk wordt de coloscopie onder narcose met propofol uitgevoerd. Deze patiënten zijn nuchter. De voorbereiding in Frankrijk bestaat daarom uit twee liter op de avond voor de coloscopie. Beide methodes zijn bruikbaar en vrijwel even effectief (*split intake* 87% en *single intake* 73%) (4).

Uit alle onderzoeken blijkt duidelijk dat de betere smaak, en vooral het gehalveerde volume in vergelijking met KleanPrep, door patiënten zeer wordt gewaardeerd. Een additioneel voordeel is, dat met de darmvoorbereiding na het avondeten kan worden begonnen. Op deze manier is er een minimale inbreuk op het weekprogramma van de patiënt.

Kortom, een interessante nieuwe darmvoorbereiding die hopelijk in de loop van 2007 beschikbaar komt. Onze patiënten zullen deze nieuwe methode toejuichen en wij krijgen minder teleurstellende coloscopieën door meer licht en zicht aan het eind van het colon.

Marten Otten
MDL-arts, Meander MC, Amersfoort

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



MIRIAM VISSERS

IMMUNE RESPONSE AND IMMUNOMODULATION IN CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION

Dave Sprengers, Erasmus Universiteit Rotterdam,
1 november 2006

Ondanks het feit dat er sinds 1982 een effectief vaccin bestaat, blijft de chronische-hepatitis-B-virusinfectie (HBV) wereldwijd een belangrijke oorzaak voor sterfte. Dendritische cellen (DC) zijn belangrijk voor de inductie van een adequate antivirale afweerreactie. In dit proefschrift wordt aangetoond dat bij patiënten met chronische HBV-infectie de functie van myeloïde DC en plasmacytoïde DC is afgenomen ten opzichte van gezonde individuen. Ook werd de techniek van de *fine needle aspiration biopsy* (FNAB) ontwikkeld en geoptimaliseerd. De FNAB blijkt een eenvoudig en veilig alternatief voor de standaard leverbiopsie waarmee middels *flow*-cytometrie de intrahepatische immuunrespons betrouwbaar kan worden geanalyseerd. Deze techniek werd onder meer gebruikt om aan te tonen, dat er een belangrijke rol is voor intrahepatische HBV-specifieke T-cellen bij klaring van acute HBV-infectie. Met *in vivo immunization* van patiënten met chronische hepatitis B werd getracht om de beperkte afweerreactie bij deze patiënten te stimuleren met een combinatiebehandeling waarbij lamivudine intermitterend wordt onderbroken tijdens continue interferon-alpha (IFN-α)-therapie. Helaas bleek de geïnduceerde immuunrespons onvoldoende om langdurige klinische verbetering te bewerkstelligen.

Tot slot wordt aangetoond dat bij non-responders, en niet bij responders, gedurende behandeling met gepegyleerde IFN-α een toename is van de frequentie regulatoire T-cellen in het bloed. Mogelijk spelen deze cellen een belangrijke rol bij het persisteren van chronische-hepatitis-B-infectie tijdens behandeling met IFN-α.

Curriculum vitae

Dave Sprengers, geboren te Goirle (1974), studeerde geneeskunde in Nijmegen, alwaar hij in 2001 cum laude voor zijn arts-examen slaagde. Van 2001 tot 2004 deed hij in een AGIKO-constructie aan de MDL-afdeling van het Erasmus MC zijn promotie-onderzoek onder supervisie van professor H.L.A. Janssen. Daarna volgde zijn verdere opleiding tot MDL-arts: het eerste jaar met als opleider Ernst Kuipers; het tweede jaar (2006) volgde een post-doc onderzoeksstage aan de Harvard Medical School te Boston (VS); het komende jaar zal hij zijn opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC voortzetten.

BARRETT'S BATTLE: GENTHERAPIE EN DIAGNOSTISCHE ENDOSCOPIE

Willem Marsman, Universiteit van Amsterdam,
17 november 2006

In de *Barrett's battle* worden verschillende aspecten van het slokdarmcarcinoom onder de loep genomen. Allereerst wordt de mogelijkheid van gentherapie bestudeerd. Verschillende preklinische modellen werden opgezet om de transductie van het adenovirus als gentherapeutische vector te kunnen uittesten. Allereerst werden losse cellen geïsoleerd uit slokdarmkanker-resectiepreparaten. Hierin bleek er een goede transductie van het adenovirus te zijn, waarbij een genetisch gemodificeerd adenovirus aanmerkelijk betere transductie had. Hierna werd gekeken naar een kweekstelsel van biopten. Vooral de viabiliteit van de biopten bleek een beperkende factor te zijn. Ook was de transductie van het adenovirus in deze setting erg minimaal. Uiteindelijk zijn ook *in vitro* en in een aantal diersystemen de transductie van het adenovirus onderzocht. In de overige delen van het proefschrift is gekeken naar genetische veranderingen van het slokdarmcarcinoom in vergelijking met het cardiacarcinoom. Ook is gekeken naar de prognostische waarde van de echo-endoscopie en de rol van echo-endoscopisch geleide puncties.

Curriculum vitae

Willem Marsman is opgegroeid in het pittoreske plaatsje Uitdam gelegen aan het IJsselmeer. Hij rondde zijn studie geneeskunde in 1998 af aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Aansluitend startte hij in 1999 de opleiding tot MDL-arts in de vorm van een AGIKO-constructie in het AMC. In deze constructie wordt de opleiding afgewisseld met drie jaar onderzoek. De opleiding zal 1 januari 2008 worden voltooid.

SOME OBSERVATIONS ON THE EPIDEMIOLOGY OF BARRETT'S OESOPHAGUS AND ADENOCARCINOMA OF THE OESOPHAGUS

Mark van Blankenstein, Erasmus Universiteit
Rotterdam, 22 november 2006

Na een inleidend historisch overzicht van de ontwikkeling van het concept *reflux oesophagitis* en *Barrett oesophagus* volgt een zestal losstaande epidemiologische artikelen. Belangrijkste conclusies zijn: roken en alcoholgebruik zijn van weinig betekenis voor het ontstaan van Barrett oesophagus; de 2:1 man-vrouwverhouding in de prevalentie van Barrett oesophagus wordt veroorzaakt doordat vrouwen twintig jaar ouder zijn dan mannen als zij hun Barrett oesophagus ontwikkelen; de plotse-

ling dalende incidentie van het adenocarcinoom van oesophagus bij Denen boven de 80 jaar was het gevolg van een cohortfenomeen; terwijl de incidentie van het adenocarcinoom van de oesophagus in Nederland flink toeneemt, neemt dat van de cardia geleidelijk af; tot slot werd geen verschil gevonden in de prevalentie van *Helicobacter pylori* onder de bevolking van gebieden met hoge en lagere incidenties van het adenocarcinoom van de oesophagus. Het proefschrift is elektronisch op te halen bij: <http://hdl.handle.net/1765/8121>. Er zijn helaas geen gedrukte exemplaren meer.

Curriculum vitae

Mark van Blankenstein (1931) studeerde geneeskunde te Leiden, waar hij ook zijn opleiding tot internist ondervond. In 1969 werd hij aangesteld als chef de clinique van de afdeling Inwendige geneeskunde II van het eertijdse Academisch Ziekenhuis Dijkzicht te Rotterdam, een functie die hij tot zijn pensionering in 1996 vervulde. In deze periode werd hij geleidelijk aan onofficieel hoofd van de niet-bestaande subafdeling Gastro-enterologie. In 1992 werd hij *honoris causa* geregistreerd als gastro-enteroloog en benoemd tot opleider in dit vak. Van 1983-1988 was hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie. Het promotieonderzoek werd thuis verricht, de promotor was prof. dr. E.J. Kuipers.

EXERCISE TONOMETRY FOR THE DIAGNOSIS OF CHRONIC GASTROINTESTINAL ISCHEMIA

Han Otte, Erasmus Universiteit Rotterdam,
27 november 2006

In dit proefschrift wordt de rol onderzocht van inspanningstonometrie als diagnostische functietest bij patiënten met verdenking op chronische maagdarmischemie. In tegenstelling tot alle andere diagnostische tests, zoals angiografie, duplexechografie, en CT- en MRI-angiografie, die slechts informatie geven over vaat解剖学 (stenose of occlusie) en bloedstroom, kan inspanningstonometrie (bepaling van de lumenale PCO₂) informatie geven over het aan- of afwezig zijn van ischemie in het maag- of darmslijmvlies. Het proefschrift behandelt de volgende vragen. Welk inspanningsniveau is nodig voor provocatie van maagdarmischemie? Bij maag-inspanningstonometrie bij gezonde vrijwilligers tijdens verschillende inspanningsniveaus (submaximaal en maximaal) bleek, dat ook bij gezonde personen met normale maag- en darmvaten ischemie van de maag kan optreden na slechts tien minuten inspanning. Het optreden van ischemie hing sterk af van het inspanningsniveau. Als diagnostische test bij

patiënten met verdenking op chronische maagdarmischemie moet dus, om vals-positieve tests te voorkomen, het inspanningsniveau zodanig gecontroleerd zijn dat dit submaximaal blijft. Wat is de beste manier om de hoogte van dit inspanningsniveau te bewaken? Inspanningsmonitoring middels snelle lactaatmetingen blijkt eenvoudig uitvoerbaar, met lage kosten en een goede diagnostische accuratesse. Wat is de beste plaats in het maagdarmkanaal voor tonometrie? Bij de meeste patiënten is de truncus coeliacus (CA) stenotisch of geoccludeerd, hetzij als enig betrokken vat, hetzij bij meertaksliden. Dit maakt het mogelijk inspanningstonometrie van de maag te gebruiken als diagnostische functietest. Wij onderzochten de mogelijkheid van metingen in het jejunum – in het stroomgebied van de arteria mesenterica superior (SMA) – en of dit meerwaarde heeft bij patiënten met (al dan niet geïsoleerde) SMA-stenose. Gecombineerde inspanningstonometrie van maag en jejunum bleek relatief eenvoudig uitvoerbaar en kan inderdaad bijdragen bij de diagnostiek van chronische ischemie. Maaginspanningstonometrie werd gevalideerd als diagnostische test in een cohort van 102 patiënten met onbegrepen chronische buikklachten. Bij 38 patiënten werd chronische maagdarmischemie gediagnosticeerd. Inspanningstonometrie van de maag bleek een accurate diagnostische test (sensitiviteit van 78% en een specificiteit van 92%) om maagdarmischemie aan te tonen. Wanneer inspanningstonometrie van de maag wordt betrokken bij *clinical decision making*, is het mogelijk om patiënten te selecteren die baat hebben bij vasculaire (of medicamenteuze) behandeling, hetgeen bleek tijdens de follow-upperiode van vier jaar. Ten slotte werden verschillende manieren van diagnostische aanpak bij verdenking op chronische maagdarmischemie vergeleken. Het combineren van duplex-echografie als beste screeningtest voor stenoses en inspanningstonometrie van de maag als test om daadwerkelijk ischemie aan te tonen, leidt tot een hoge accuratesse bij het diagnostiseren van chronische maagdarmischemie.

Curriculum vitae

Han Otte (1959, Haarlem) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Na zijn artsexamen (1987) en een aantal jaren als agnio startte hij zijn opleiding tot internist in Rotterdam (Havenziekenhuis en Zuiderziekenhuis). In 1994 doorkruiste hij Nederland om zijn opleiding te vervolgen in het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Na zijn registratie als internist in 1997 was hij chef de clinique/onderzoeker bij de afdeling MDL van het Medisch Spectrum Twente en werd samen met dr. Jeroen J. Kolkman (copromotor) het onderzoek verricht (promotor: prof. dr. E.J. Kuipers) dat de basis vormt voor dit proefschrift. Sinds 2001 is Han Otte werkzaam als internist (met aandachtsgebieden MDL en hepatologie) in Ziekenhuis ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen in Terneuzen.

Intensieve samenwerking MDL en Heelkunde in Amersfoort

De Koppelpoort werd in 1425 gebouwd als Amersfoortse stadspoort voor water- en wegverkeer. Bijna zes eeuwen later besluiten de afdelingen MDL en heelkunde van het Meander Medisch Centrum hun wegen eveneens te laten samengaan en een centrum op te zetten voor multidisciplinaire behandeling van gastro-intestinale pathologie. Regionaal wordt er gestreefd naar nauwe samenwerking met het UMCU in de vorm van een MDL-centrum Midden-Nederland. Dit centrum heeft primair een oncologisch karakter, maar wordt met andere aandachtsgebieden uitgebreid.

Projecten van samenwerking

Het Meander Medisch Centrum is een groot regionaal ziekenhuis met een rijk fusieverleden. Traditioneel nemen zowel de gastro-entecologie als de gastro-intestinale chirurgie een belangrijke plaats in bij de patiëntenzorg. Deze traditie krijgt nu voortzetting in het nieuwe samenwerkingsverband. In 2005 begonnen we met organisatorische zaken. Daarna kwam er ruimte voor verbetering van de kwaliteit van de zorg en het inrichten van geprogrammeerde zorgtrajecten. Daaruit is een aantal goed lopende projecten voortgekomen. Het landelijke *Sneller Beter*-project heeft de wachttijden voor endoscopie, polikliniek en in het bijzonder colorectale tumoren vrijwel doen verdwijnen. Het bekkenbodenteam functioneert goed en heeft een interactief dwarsverband met urologie en gynaecologie, en met anale endo-echografie als onmisbaar onderdeel. Deze activiteiten zijn ondenkbaar zonder een prima samenwerking met radiologie en nucleaire geneeskunde. Vooral de komst van PET-CT had een belangrijke invloed op de oncologische behandelstrategie in ons ziekenhuis.

Laparoscopische chirurgie

Sinds 2004 heeft de afdeling heelkunde een opleiding. Met de komst van Esther Consten is de laparoscopische chirurgie in snel tempo uitgebreid. Door een team van drie chirurgen worden alle anti-reflux-, prolaps- en overige niet-oncologische operaties aan galwegen, colon, bijnieren, darmen en rectum laparoscopisch uitgevoerd. Veel oncologische darmchirurgie wordt ook reeds op deze manier verricht. Met de klimmende ervaring neemt de kans op conversie gestaag af. Door toepassing van de TEO (transanale endoscopische operatie) kunnen ook bij oudere patiënten grote goed- en kwaadaardige tumoren met een minimaal risico worden geopereerd. Met onze drie, speciaal voor minimaal-invasieve chirurgie ingerichte, *high*



Voor de Koppelpoort in Amersfoort (v.l.n.r.): Bert Dijkema (chirurg), Marco Mundt (aio-mdl), Esther Consten (chirurg), Menno Brink (mdl), Thijs Schwartz (mdl), Gert Verberne (chirurg), Sebo Jan Eelkman Rooda (internist), Reinoud Vermeijden (mdl), Marten Otten (mdl). Bart van Ooijen (chirurg) en Adriaan van Overbeeke (chirurg) ontbreken op de foto.

tech-operatiekamers kan tijdens iedere OK, in geval van complexe beslissingen, rechtstreeks met de MDL-arts worden overlegd.

Advanced endoscopie

Na het vertrek van Onno Cluysenaar is de MDL-groep recent uitgebreid met Thijs Schwartz. Naast interventie-endo-echografie zullen nu ook mucosectomie en endoscopische antirefluxbehandeling in onderzoeksverband samen met de afdelingen MDL en heelkunde van het UMCU worden opgezet. Bovendien worden de laatste jaren veel mediastinale endo-echo's samen met de longartsen verricht. Het aantal ingrepen neemt nog steeds toe.

Opleiding MDL

Sinds september 2005 mogen wij MDL-artsen opleiden. Anneke de Schrijver werd onze eerste aio. Door de opleidingseisen zijn structurele besprekingen met pathologie, radiologie en interne geneeskunde strak georganiseerd, evenals afgeleide besprekingen over patiënten, polikliniek, literatuur, onderzoek en complicaties. De afdeling MDL maakt onderdeel uit van de vakgroep interne geneeskunde. Daarbinnen wordt ons volledige vrijheid geboden om ons vak zelfstandig uit te oefenen, terwijl toch de mogelijkheid bestaat om specialisme-overstijgende problemen in een goede collegiale sfeer te bespreken en te behandelen.

Toekomst in Amersfoort

Zijn er dan geen wensen? Jazeker. De werkbelasting op de endoscopiekamer is groot. Uitbreiding met een vijfde MDL-arts staat hoog op de verlanglijst. Andere 'projecten' voor de toekomst zijn: videocapsule, PDS-polikliniek en een IBD-verpleegkundige. De gemeente heeft als slogan: Amersfoort tikkert aan de weg. Zo voelt het voor ons als chirurgen en MDL-artsen ook een beetje. Voeg daarbij, dat we in 2011 een nieuw te bouwen ziekenhuis mogen betrekken en u kunt het enthousiasme voor onze werkomgeving begrijpen!

Marten Otten