

STAND VAN ZAKEN **2** / INTERVIEW **4-5** / NIEUWS **7**
TAAKHERSCHIKKING **8-9** / MDL-TRANSFERS **11**
THEMA: MDL-ONCOLOGIE **13-23** / VROEGSIGNALERING
ALCOHOLPROBLEMATIEK **25** / SCLEROCYST-TRIAL **27**
CASUÏSTIEK **28-31** / WETENSCHAP **32** / PROEFSCHRIFTEN **33**
AGENDA **35** / DE AFDELING **36**



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 20 / NUMMER 1 / MAART 2014



**MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK
MDL-ONCOLOGIE**

Els was nog niet klaar

In het voorjaar van 1978 ging ik als assistent bacteriologie met mijn baas op bezoek thuis bij Jan Borst, directeur van het RIVM in Bilthoven. De thee en de koekjes werden geserveerd door zijn echtgenote. Els was toen nog 'de vrouw van'. Na de dood van haar geliefde man, eind jaren '80, maakte zij een enorme carrière. Jammer dat Jan dat niet meer heeft meegemaakt.

In het voorjaar van 1979 deed ik mijn eerste levensbeëindiging, illegaal, met hulp van een non in de Maria Stichting in Haarlem. Ze zei: "Zo laten we hem niet dood gaan." We gaven fenobarbitol. In Leiden op de hematologie hielpen we patiënten 'over de drempel'. Ze waren zo ziek dat de stervenswens visueel, woordloos werd geuit. Later, tijdens mijn eerste Arnhemse jaren bij patiënten met fistels tussen slokdarm en trachea bij palliatief bestraalde tumoren werd de stervenswens soms wel op tijd geuit en hielpen we. Eén keer, toen ik kaartjes had voor Nederland-Engeland in de Kuip met mijn zoon, belde de huisarts: hij had beloofd dat ik om 20.00 uur wel zou 'helpen'. Ik had daar volgens hem 'nooit moeite mee'.

Els Borst had moeite met het stiekeme karakter van de oude praktijk. Nederland was blij toen de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek* in het voorjaar van 2001 tot stand kwam. Ik sprak met patiënten altijd al vroeg over euthanasie, om op tijd de papieren rompslomp te regelen. Ik wilde niet in tijdnood komen. Voor mij veranderde de euthanasiepraktijk in wezen niet veel. De sanctionering door de rechter ging goed. De rompslomp nu, inclusief 'scen-arts', voelt strak. Bij naleving van de regels weet ik vooraf dat ik gevrijwaard word van straf. *Paperwork, more paperwork* is het devies geworden.

De palliatieve sedatie beschouw ik vaak als een drama. Regeltjes over morfine en midazolam leiden meestal niet tot die humane dood die ik voor ogen heb. Huisarts Nico Tromp uit Tuitjehorn, die in de illegale wereld van vóór 2000 mijns inziens gevrijwaard zou zijn van vervolging, pleegde zelfmoord. In hoeverre we psychiatrische patiënten wel of niet kunnen helpen, maar ook de problematiek van de dementerende patiënt: beide praktijken laten zien dat onze

wetgeving nog niet klaar is. Ook het feit dat België de wettelijke procedure voor kinderen onder de 12 jaar nu op papier heeft geregeld, laat zien dat we nog aan de bak moeten in ons land.

Ik belde onlangs een terminale patiënt van mij en vroeg "of alles rond was". Hij antwoordde: "Mulder, maak je geen zorgen, bij mij crepeert een varken ook altijd humaan." (T61 of barbituraten)

De euthanasiewet is bedoeld voor mensen als Els Borst en de lezers van *NRC*, schreef James Kennedy in 2001. De onderkant van de samenleving durft vaak niet en heeft naar mijn gevoel de hoogste kans op palliatieve sedatie. We helpen nu 4000 patiënten actief per jaar in Nederland. Wetenschappelijke verantwoording met gegevens over hulp aan onder- en bovenkant, data over hulpverleners die al of niet deze hulp faciliteren, zijn gewenst.

Els Borst heeft véél bereikt, maar was nog niet klaar. Het wrange is dat Els, die ieder een goede dood gunde, het leven op zo'n wrede manier is ontnomen.

Els, bedankt. Ik hoop heel erg dat je niet of maar heel kort hebt geleden. Veel mensen hebben dankzij jou een béter levenseinde gekregen. Het was goed dat je geleefd hebt.

Chris Mulder

U kunt MAGMA 1-2014 met bijlagen te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

RECTIFICATIE

In MAGMA 4-2013 plaatsten we op pag. 141 een foto van het 600^{ste} NVMDL-lid. Helaas sloop er een foutje in het onderschrift. De juiste vermelding luidt: Jan-Bart Koorstra, in opleiding in het VUmc.

Kwaliteit heeft zijn prijs

De negatieve geluiden die hier en daar werden gehoord over het bevolkingsonderzoek – de risico's van een coloscopie, het ongevraagd confronteren van gezonde mensen met een ernstige aandoening als darmkanker, de kosten waarmee patiënten worden opgezadeld wanneer voor een coloscopie worden uitgenodigd – hebben enigszins verbaasd.

Naïviteit? Misschien wel. Beroepsblind? Wie zal het zeggen. Hebben we ons te veel blind gestaar op de voordelen van dit preventieve onderzoek? De mensenlevens die op termijn kunnen worden gespaard?

Hebben we te weinig oog gehad voor de extra kosten voor de patiënt? Maar dat laatste is toch meer een gevolg van de verhoging van de eigen bijdrage waartoe het kabinet heeft besloten en heeft niets te maken met het bevolkingsonderzoek?

Hoe het ook zij, het is te hopen dat die eigen bijdrage geen drempel gaat vormen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek.

Persoonlijk ben ik daar vooralsnog niet bang voor. Momenteel bevinden we ons in een overgangsfase waarin dure zorg geleidelijk aan wordt getransformeerd tot duurzame zorg. En dat is voor iedereen wennen.

Maar toch zal het binnen een aantal jaren de normaalste zaak zijn: gepaste zorg van de hoogste kwaliteit, geleverd door de juiste persoon voor de juiste prijs.

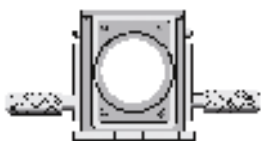
Wat is de juiste prijs? Don Berwick, autoriteit uit de Verenigde Staten op het gebied van *quality based healthcare*, spreekt over de *triple aims*: betere kwaliteit, toename van de volksgezondheid tegen geringere kosten. Zijn advies is om te investeren en te blijven investeren in kwaliteit en om zo veel mogelijk *waste* in de zorg te bestrijden.

Het zou ons motto kunnen zijn. Wij hebben zichtbaar geïnvesteerd in kwaliteit en duurzame zorg, niet in het minst wat het bevolkingsonderzoek betreft. Laten we daarin niet verslappen. Zeker, we kunnen onze ogen niet sluiten voor het spanningsveld dat dreigt te ontstaan tussen de door MDL-artsen aangeboden en geleverde kwaliteit enerzijds en de prijs die men bereid is te betalen anderzijds. Maar dat mag niet betekenen dat we gaan inleveren op kwaliteit of prijs. Laten we de discussie voeren in de voetsporen van Berwick door te blijven hameren op investeren en nog eens investeren in kwaliteit.

Was getekend,

Ad Masclee

- voorzitter -



Digestieve oncologie

Twintig jaar geleden, toen *MAGMA* van start ging, was een bevolkingsonderzoek darmkanker héél ver weg. Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET) gaf de muziek aan bij patiënten met familiäre CRC-belasting. Patiënten met colorectale levermetastasen gingen in principe dood. Een hemi-hepatectomie voor colorectale metastasen (>1) werd vrijwel niet verricht.

Multidisciplinair overleg stond nog in de kinderschoenen. De MDL-arts of de oncoloog gaven wel eens 5-FU, verder konden we niets. Dat we nu in *MAGMA* schrijven over 'de persisterende onderbehandeling bij colorectale metastasen' betekent echter dat we nog steeds moeten wennen aan een behandeling die verder gaat dan de primaire resectie van het coloncarcinoom. Sinds vijf jaar kennen we de stichting SONCOS, opgericht om te komen tot een uniform multidisciplinair kwaliteitskader voor oncologische zorg voor volwassenen. Hepatocellulair carcinoom behandelen we nu ook multidisciplinair. Deze patiëntenzorg valt in de categorie hoog complex-laagvolume en dient in een expertisecentrum te worden uitgevoerd. Het lijkt verstandig dat de hepatologen in de medicamenteuze behandeling op tijd een stap naar voren doen. De hele behandeling van hepatitis B en C is preventie van het HCC. De 'eenvoudige' behandeling van het HCC is bovendien kinderspel vergeleken met de hepatitis B en C-behandeling. Bij de African Middle East Society of Digestieve Oncology waren de collega's recent onder aanvoering van de Egyptische hepatologen van mening dat dit primair het werkterrein van de MDL-artsen is.

Midden jaren '90 was een levertransplantatie voor een perihilaire cholangiocarcinoom nog een paar bruggen te ver. Dat een levertransplantatie nu voor iedereen een optie is geworden, stemt ons tevreden. Nu nog voldoende leverdonoren.

Alles overziende is de digestieve oncologie inmiddels een belangrijk deel van ons werkterrein, wat vraagt om voldoende jonge collega's die deze differentiatie kiezen en willen uitbouwen in het belang van onze patiënten.

Wij zijn blij dat wij u deze oncologische *MAGMA*-editie kunnen aanbieden.

Chris Mulder

MDLS KAN NIET IEDEREEN TEVREDEN STELLEN

‘We moeten keuzes maken’

Natuurlijk wil ze het liefst dat iedere MDL-arts heel tevreden is over het beleid en de bijdrages van de Maag Lever Darm Stichting. Maar voor nu kan het niet anders dat keuzes gemaakt worden die er in de toekomst voor gaan zorgen dat we daar vruchten van gaan plukken. Marian Verasdonck benadrukt dat in haar rol van directeur vooral ook de langere termijn belangrijk is en daarnaast dat zij nu de Maag Lever Darm Stichting door de economische crisis heen moet loodsen. Het is voor het eerst in de geschiedenis dat de Nederlandse goede doelen door een economische crisis getroffen worden.

Er komen steeds meer goede doelen bij en de concurrentie tussen de gezondheidsfondsen wordt steeds groter. “Dat is ons speelveld, de omgeving waarin wij de Maag Lever Darm Stichting in de strijd met de *single issue*-fondsen moeten profileren. Ik kan iedereen verzekeren dat het niet gemakkelijk is, als je weet dat er mensen teleurgesteld gaan zijn, om toch de ingeslagen koers vast te houden. De verantwoordelijkheid die ik voel, is groot.” Marian Verasdonck oogt en praat vriendelijk. Zonder haar stem te verheffen, maar wel resoluut, maakt zij haar punten. “De slagkracht van de Maag Lever Darm Stichting als relatief kleine stichting is niet groot. En zoals bij de meeste fondsen neemt een aantal inkomstenbronnen (bijvoorbeeld de collecte en loterijen) structureel af. In het MDL-veld hebben we te maken met ver-

schillende organen en heel veel aandoeningen. Dat is in vergelijking met veel andere fondsen een extra complicerende factor. Als we bij ons oude beleid zouden zijn gebleven, ben ik ervan overtuigd dat we dan langzaam maar zeker op termijn te onbekend en te klein zouden worden om nog een rol van betekenis te spelen. Gelukkig, en daar liggen onze kansen, hebben we ook een aantal krachtige instrumenten en assets. Onze website telt een stijgend aantal van meer dan vier miljoen unieke bezoekers per jaar. En dat is vergeleken met andere goede doelen extreem veel. Door het bevolkingsonderzoek krijgen wij extra media-aandacht. Het aantal vragen dat onze medewerkers van de infolijn beantwoorden, blijft stijgen; in januari van dit jaar waren het zo’n duizend vragen.”

Geld voor een eigen tv-campagne is er niet. Dat zou voor het ophalen van geld een wereld van verschil uitmaken. “Dat lijken onze criticasters wel eens te vergeten. Zouden we over veel meer inkomsten beschikken, dan kunnen wij meer mensen tevreden stellen. Maar die middelen hebben we niet, dus moeten er keuzes worden gemaakt. En ja, dan worden ook mensen teleurgesteld. Natuurlijk zou ik dat ook veel liever anders zien. De keuze van ons beleid heeft hier alles mee te maken. Darmkanker als speerpunt moet er mede voor zorgen dat de

bekendheid en daarmee ook de inkomsten van de Maag Lever Darm Stichting gaan toenemen.”

De veel gehoorde kritiek dat de Maag Lever Darm Stichting alleen darmkankeronderzoek zou subsidiëren en totaal geen oor heeft voor de legio andere verzoeken die jaarlijks worden ingediend – ‘of zelfs niet worden ingediend omdat we toch nul op rekest krijgen als het niet te maken heeft met kanker’ zoals binnens-MDL-kamers wel wordt gezegd – raakt haar diep. “Die geluiden vind ik ook niet eerlijk. En die kritiek is onterecht. Het is zo dat sinds 2012 minstens de helft van de onderzoeksgelden naar darmkankeronderzoek gaat. Dat kan niet anders, omdat we hier ook specifiek voor werven. De andere helft gaat naar andere onderzoeken. Overigens beslist de Maag Lever Darm Stichting niet zelf welke onderzoeken we wel of niet subsidiëren. Dat bepalen onze wetenschappelijke commissies en die bestaan uit de wetenschappers (waaronder MDL-artsen) zelf. De commissies worden bijgestaan door buitenlandse referenten. En ik kan niet vaak genoeg zeggen: we hebben focus aangebracht om meer bekendheid te genereren waardoor de totale inkomsten toenemen. Toename van inkomsten heeft invloed op het aantal subsidies dat we kunnen toekennen; de subsidies voor darmkankeronderzoek, maar dus ook de subsidies voor onderzoek naar andere MDL-aandoeningen.”

De Maag Lever Darm Stichting lift mee met de landelijke aandacht die darmkanker door het bevolkingsonderzoek krijgt in de media. Ze zegt met nadruk dat de aandacht en de urgentie van darmkanker voor mensen een reden is om een fonds te steunen. “Daar kunnen we onze ogen voor sluiten, maar dat zou naïef zijn.”

“Wij vinden het hele MDL-veld heel

“Darmkanker als speerpunt moet er mede voor zorgen dat de bekendheid en daarmee ook de inkomsten van de Maag Lever Darm Stichting gaan toenemen.”



belangrijk. Wij staan en halen geld op voor alle aandoeeningen. Maar dat zijn er in het MLD-veld heel veel en deze versnippering werkt in ons nadeel. Omdat iedereen wel iemand in zijn familie heeft of kent met darmkanker en omdat het dankzij het bevolkingsonderzoek een grote bekendheid krijgt, benadrukken wij dat de Maag Lever Darm Stichting zich ook sterk maakt voor darmkanker. Dat beginnen wij ook echt te merken. Het afgelopen jaar en zeker in de tweede helft kregen wij onder andere uit nalatenschappen weer meer geld binnen dan vorig jaar.”

Verasdonck trof bij haar aantreden in 2011 een Maag Lever Darm Stichting aan die te maken had met een grote verandering en met concurrentie in de wereld van de goede doelen. “Wij hebben de koers vervolgens verlegd en zijn de MLDS meer gaan profileren via het onderwerp darmkanker. Dat nieuwe beleid is afgestemd met het veld, waaronder de NVMDL. We zouden er allemaal beter van worden als we als MDL-veld gezamenlijk optrekken om meer middelen te generen voor onderzoek. Dat is ook precies wat donateurs in deze tijd van wetenschappers en goede doelen vragen.”

“Ik ben ervan overtuigd dat we de juiste keuze hebben gemaakt. Maar hoe dan ook: eind 2015 moet, natuurlijk ook afhankelijk van het economische klimaat, duidelijk zijn dat we kunnen gaan groeien van zes naar zeven en half miljoen euro. En anders? Heb ik gefaald en stap ik op.” Het is even stil alsof ze is geschrokken van haar uitspraak, maar dan resoluut: “Dat mag je zeker opschrijven, daar mag ik op worden afgerekend.”

Inkomsten en uitgaven 2012¹⁾

De inkomsten komen van:

Collectes	966.495
Bijdragen bedrijfsleven	196.232
Giften particulieren	1.900.418
Legaten	331.946
Overig	364.984
Acties derden	1.816.333
Opbrengst beleggingen	280.280
Totaal	5.856.688

Dit bedrag is uitgegeven aan:

Kennis ²⁾	2.368.786
Werving inkomsten	1.033.227
Beheer en administratie ³⁾	821.061
Totale uitgaven	4.223.074

Het resultaat van € 1.633.613 was in 2012 grotendeels bestemd voor Reservering wetenschappelijk onderzoek (€ 1 miljoen) en de continuïteitsreserve (€ 592.566).

¹ Bron: Jaarverslag Maag Lever Darm Stichting 2012 (cijfers over 2013 waren nog niet gereed voor publicatie).

² Uitgaven aan voorlichting (€ 1.116.138) en het financieren van wetenschappelijk onderzoek.

³ In 2012 telde de MLDS 18 medewerkers (14,1 FTE).

Nieuwe koers

De MLDS vaart een nieuwe koers. De focus ligt in de beleidsperiode 2012 – 2015 op darmkanker: op het voorkomen, vroeg opsporen en behandelen van deze ziekte. Bij het bepalen van de nieuwe strategie heeft de MLDS veranderende externe en interne omstandigheden betrokken.

Alleen door duidelijke keuzes te maken en met een voortvarende en efficiënt opererende organisatie, kan de MLDS de impact van haar activiteiten vergroten en daadwerkelijk het verschil maken. Een strategie die de Raad van Toezicht (RvT) volledig onderschrijft en van harte ondersteunt.

(Uit: Jaarverslag 2012)

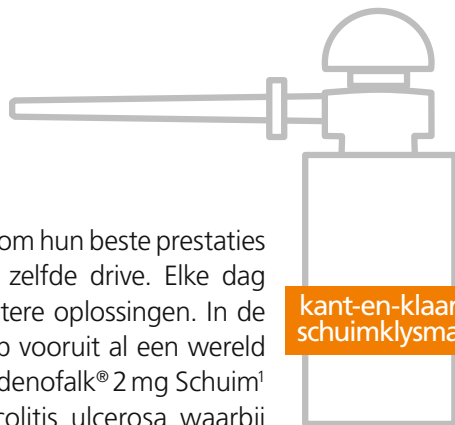
Raad van Toezicht MLDS

- prof. dr. P.D. Siersema (sinds 2007) – Hoofd afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten, UMC Utrecht.
- mw. A.P.M. van der Veer-Vergeer (2002) – directeur Stranergy (Boardroom consultancy op gebied van strategie, strategische transitie, besturing en governance).
- J.A. Jorritsma (2009) – Commissaris van de Koning in Friesland.
- mw. drs. K. de Jonge (2010) – Director Corporate Affairs, Wholesale & Strategy, Vodafone NL.

(Bron: www.mlds.nl)



Focus op perfectie



Topsporters zijn er steeds weer op uit om hun beste prestaties te verbeteren. Ook wij hebben die zelfde drive. Elke dag zoeken we naar innovatieve, nóg betere oplossingen. In de wetenschap dat zelfs de kleinste stap vooruit al een wereld van verschil kan maken. Neem nu Budenofalk® 2 mg Schuim¹ voor de behandeling van actieve colitis ulcerosa waarbij

rectum of sigmoïd is aangedaan. Budenofalk® Schuim is even effectief als budesonide klysma's². De toediening van Budenofalk® Schuim wordt door patiënten als significant prettiger ervaren dan vloeibare klysma's². Daarbij is Budenofalk® Schuim het enige kant-en-klaare klysma met 14 doses in één verpakking. www.dralfalkpharma.nl

Budenofalk® 2 mg Schuim bij actieve colitis ulcerosa¹
Het resultaat van steeds beter willen worden

Focus op perfectie



Lessen van Antonius

Op verdenking van onjuiste declaraties valt in april 2013 de NZa het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein binnen. Dat gaat niet zachtzinnig. Meer dan twintig ambtenaren nemen bezit van kamers, bureaus, PC's, talloze dossiers, 240.000 e-mails en interviews op intimiderende wijze medewerkers en specialisten.

In overleg met de NZa wordt een onafhankelijke commissie ingesteld om de zaak te onderzoeken. Ter ondersteuning wordt een Kernteam van verantwoordelijke managers geformeerd om talloze DBC's te analyseren en de financiële consequenties te berekenen.

Als commissie spreken we met een zeventigtal ziekenhuismedewerkers en specialisten. Uiteindelijk vinden we 6 ziekenhuisbrede en 21 vakspecifieke onjuistheden. Gelukkig kan worden vastgesteld dat van opzettelijk foute declaraties of zorgfraude geen sprake is. Het merendeel van de gesignaleerde onregelmatigheden berusten op interpretatiefouten, te ingewikkelde regelgeving, onreglementaire afspraken met verzekeraars en zelfs onjuiste adviezen van DBC Onderhoud.

In de praktijk zijn de belangrijkste issues: goede inrichting van en (tijd) registratie op de dagbehandeling, SEH is géén dagverpleging, gedocumenteerd *face to face*-contact met de patiënt is harde voorwaarde voor consultregistratie, géén dubbele consulten bij één polibezoek, de SEH-arts mag geen DBC's voor meerdere specialisten registreren.

Het advies aan ziekenhuizen is om de declaraties van de afgelopen vijf jaar te analyseren en de gesignaleerde overdeclaraties proactief met de ziektekostenverzekeraars te verevenen. Daarnaast moet de integrale DBC-registratie vanaf heden aan de zeer strikte eisen van de NZa voldoen.

U kunt wachten op het moment dat men met een boodschappenlijstje bij u op de deur klopt.

Marten Otten

Extern deskundige Commissie Bruggeman-Voetelink



Michelangelo's vroegste werk (1487): de Verzoeking van de Heilige Antonius.

Meer informatie

Het integrale rapport van de Commissie Bruggeman-Voetelink is te downloaden van <http://www.antoniusziekenhuis.nl/overstantonius/pers/declaraties/>. Kijk voor gedetailleerde informatie op p. 22 van dit rapport.

Olmesartan geïndiceerde vlokatrofie

Olmesartan is een selectieve type I angiotensine-II-receptor-antagonist. Dit middel wordt sinds 2003 wereldwijd gebruikt als antihypertensivum. Recent is er een Amerikaanse serie beschreven waarbij 22 patiënten met een vlokatrofie, leidend tot chronische diarree, gedacht werd aan het antihypertensivum Olmesartan als oorzaak³. Het is klinisch relevant om die patiënten te identificeren die Olmesartan

gebruiken en daarbij diarree gepaard gaande met vlokatrofie ontwikkelen. De laatste maanden hebben we in Amsterdam twee patiënten met Olmesartan-vlokatrofie herkend. We denken dat dit een klinisch relevante bijwerking is.

Oproep

Wij zijn op zoek naar dunnedarmbiopten, serum en klinische gegevens (DQ-typering

et cetera) van patiënten met Olmesartan-geassocieerde vlokatrofie.

Wanneer u hieraan wilt meewerken of wanneer u meer informatie wilt, kunt u contact opnemen met:

prof. dr. Chris Mulder, cj.mulder@vumc.nl of
Yvette van Beurden, y.vanbeurden@vumc.nl

Taakherschikking MDL in de praktijk

Inmiddels is het punt gepasseerd dat vrijblijvend wordt gediscussieerd over de wenselijkheid van het inzetten van verpleegkundig specialisten (VS), verpleegkundig endoscopisten (VE) en physician assistants (PA). Sinds een jaar is er een door de NVMDL ondersteunde opleiding tot verpleegkundig endoscopist (VE), waarvan de eersten recent hun diploma hebben ontvangen. Deze endoscopisten zijn opgeleid voor het uitvoeren van coloscopieën. Daarnaast zijn in vele klinieken PA's opgeleid door MDL-artsen. In de huidige MDL-praktijk worden niet veel als zodanig opgeleide verpleegkundig specialisten (VS) ingezet.

Tot nu toe zijn PA's en VE's vooral lokaal opgeleid, waarbij de overheid dan wel de zorginstelling financieel bijdragen aan deze opleiding. De lokale MDL-artsen bleven tot nu toe, zeker voor hun gevoel, eindverantwoordelijk voor de door hen geleverde MDL-zorg. Nu is vastgesteld dat PA's indicatierecht en declaratierecht gaan krijgen, is het na 2014 niet meer vanzelfsprekend dat PA's in alle omstandigheden werken in de 'verlengde-armconstructie'. Zij zouden hun eigen praktijk en verantwoordelijkheid kunnen gaan opeisen. Voorlopig is vastgelegd dat VE's niet zelfstandig mogen indiceren en declareren en onder rechtstreekse verantwoordelijkheid en supervisie van MDL-artsen zullen blijven werken.

PA's functioneren tot nu toe onder verantwoordelijkheid van een MDL-arts of internist, maar kunnen na 2014 in principe een eigen praktijk beginnen.

Inzet PA's

In vele ziekenhuizen zijn PA's werkzaam op afdelingen MDL. PA's worden voornamelijk ingezet op verpleegafdelingen voor het verrichten van visites en het opnemen en ontslaan van klinisch opgenomen patiënten. Voor zover is geëvalueerd, lijken PA's in de ziekenhuizen goed te functioneren, mede vanwege de grote continuïteit die met hun inzet is gewaarborgd, in tegenstelling tot ANIOS, die vaak maar korte tijd op een afdeling werkzaam zijn. De geleverde kwaliteit van zorg wordt ook als voldoende beoordeeld. Wel bestaan er grote lokale verschillen in begeleiding en aangeboden taken en verantwoordelijkheden. Naast hun klinische werkzaamheden worden PA's ook ingezet op de polikliniek MDL, waarbij ze onder supervisie van een MDL-arts nieuwe patiënten alsmede controlepatiënten zien. Er zijn in Nederland ook enkele PA's die zijn opgeleid tot endoscopist. Deze functioneren tot nu toe onder verantwoordelijkheid van een MDL-arts of internist, maar kunnen na 2014 in principe een eigen praktijk beginnen. De werkzaamheden van PA's bevinden zich in het medisch-specialistische domein. Vaak betreft dit werk veel voorkomende, min of meer routinematige zorg. Ook is de oplei-



ding minder diepgaand dan die voor artsen/medisch specialisten. Omdat ze niet de brede medisch-specialistische opleiding hebben genoten, zijn ze dan ook niet zonder meer uitwisselbaar met een medisch specialist.

Inzet verpleegkundig endoscopisten (VE's)

Al gedurende vele jaren zijn er in de Nederlandse ziekenhuizen verpleegkundigen die onder supervisie van een MDL-arts endoscopieën uitvoeren. Sinds 2012 bestaat de officiële eenjarige opleiding tot verpleegkundig endoscopist, waarvan de cursisten worden opgeleid tot het uitvoeren van coloscopieën en poliepectomie. In 2013 hebben 25 cursisten hun diploma gehaald. In het



FOTO: IKAZIA ZIEKENHUIS

Physician assistant Barbara van Krevelen (*links*) en endoscopie-assistente Angelique de Vries (Ikazia MDL-centrum).

.....

van het BVO zien de ziektekostenverzekeraars mogelijkheden om specifiek over de kosten van coloscopieën te onderhandelen. De inzet van de verzekeraar is het drukken van de kosten middels inzet van VE's, iets wat op dit moment binnen BVO dus nog niet is geregeld. Het is daarbij de vraag of de inzet van VE's onder alle omstandigheden de kosten van coloscopieën zullen drukken vanwege de noodzakelijk aanwezige supervisie van een MDL-arts.

Opleiding

Tot nu toe hebben de MDL-artsen zelf de sleutel in handen met betrekking tot het lokaal opleiden van PA's en VE's. Uiteindelijk zal moeten blijken of er in de ziekenhuizen voldoende middelen zijn – en animo is – voor deze opleidingen en in hoeverre het overmatig opleiden van deze beroepsgroepen invloed gaat hebben op het dagelijks werk van de MDL-artsen. Wanneer er minder MDL-artsen in een kliniek aanwezig zijn ten gunste van PA's en/of VE's, dan wordt de dienstbelasting relatief zwaarder. Daarnaast zal de discussie gaan spelen of bij eventueel blijvende vrije vestiging na 2015 PA's en VE's in dienst kunnen worden genomen door de stafmaatschap.

Toekomst

Het aantal werkende PA's, VS en VE's in het vakgebied MDL gaat in de nabije toekomst mede bepalen hoeveel MDL-artsen er zullen moeten worden opgeleid. Hierbij moet in het oog worden gehouden dat op dit moment meerdere jong opgeleide medisch specialisten in andere vakgebieden geen werk hebben en uitwijken naar het buitenland. Vanwege de lastige inschatting van de vraag naar MDL-artsen in de komende jaren zal het NIVEL dit jaar hierover een rapport schrijven, mede op basis van de beschikbare praktijkenquêtegegevens.

Sybrand de Boer
Voorzitter Beroepsbelangencommissie

seizoen 2013–2014 zijn weer 20 cursisten van start gegaan. De kwaliteit van de verrichte endoscopieën is minstens zo goed als die van de endoscopieën verricht door MDL-artsen, waarbij moet worden opgemerkt dat VE's geen grote poliepen (mogen) verwijderen.

De financiering van opleiding van deze cursisten wordt meestal verzorgd door de zorginstellingen. Hoe de financiering daarna wordt geregeld, is sterk lokaal bepaald. Wanneer de cursisten hun opleiding hebben afgerond, werken zij meestal twee tot drie dagdelen per week als verpleegkundig endoscopist, waarbij ervan wordt uitgegaan, dat er onder directe supervisie en verantwoordelijkheid van een MDL-arts vier tot vijf coloscopieën per dagdeel kunnen wor-

den verricht. Wanneer een VE 40 weken per jaar (voorzichtig geschat) 12 coloscopieën per week doet, dan zijn er bij benadering 500 coloscopieën verricht. Wanneer er in Nederland in de komende jaren 150 VE's worden opgeleid, dan zijn deze in staat om een groot deel van de verwachte extra coloscopieën (70.000 per jaar) ten gevolge van het BVO darmkanker te verwerken. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat VE's (nog) niet mogen worden gecertificeerd en ingezet als BVO-endoscopist.

Financiering

Nu steeds meer duidelijk wordt wat de kostprijs van een colonoscopie is, blijkt het huidige honorariumdeel van de medisch specialist aanzienlijk te zijn. Met de invoering

NIEUW

FERRING

PHARMACEUTICALS

Lokaal werkend corticosteroid bij
milde tot matige actieve colitis ulcerosa

CORTIMENT®

KRACHT VAN CORTICOSTEROÏD LAGE SYSTEMISCHE BELASTING

SIMPELWEG
KUNNEN
GENIETEN



Cortiment®MMX®

Kracht met gewenst veiligheidsprofiel

Verkorte samenvatting van de productkenmerken

Naam van het geneesmiddel: Cortiment 9 mg. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Een tablet bevat 9 mg budesonide. Farmaceutische vorm: tabletten met verlengde afgifte. Therapeutische indicaties: Inductie van remissie bij lichte tot matig ernstige actieve colitis ulcerosa). Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Cortiment bevat o.a. sojaolie. Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Gebruik met voorzichtigheid bij patiënten met een infectie, hypertensie, diabetes mellitus, osteoporose, ulcus pepticum, glaucoom of cataract, of wanneer diabetes of glaucoom in de familie voorkomt, of met een andere aandoening waarbij het gebruik van glucocorticoiden ongewenste effecten kan hebben. Het overstappen vanaf een andere steroïdenbehandeling kan resulteren in symptomen die samenhangen met veranderingen in de systemische steroïdenwaarden zoals: allergieën, goedaardige intracraniale hypertensie. Het verlagen van de dosis systemische steroïde moet in dat geval met de nodige voorzichtigheid plaatsvinden. Door suppressie van de ontstekingsreactie en het immuunsysteem neemt de vatbaarheid voor en de ernst van infecties toe. De klinische presentatie kan atypisch zijn, en ernstige infecties, zoals sepsis en tuberculose, kunnen worden gemaskeerd, waardoor ze een vergevorderd stadium kunnen bereiken voordat ze worden herkend. Als patiënten zijn geïnfecteerd of wanneer verdenking op infectie bestaat, overweeg dan om de behandeling met glucocorticoiden te verminderen of te staken. Glucocorticoiden kunnen suppressie van de HPA-as veroorzaken en de stressrespons verminderen. Wanneer patiënten een operatie of andere stressvolle situaties ondergaan, wordt aanvullende behandeling met systemische glucocorticoiden aanbevolen. Een verminderde leverfunctie kan invloed hebben op de eliminatie van glucocorticoiden. Het risico van systemische bijwerkingen neemt toe bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (bijv. levercirrose). Wanneer de behandeling wordt gestaakt kan het nuttig zijn om de dosis geleidelijk aan te verlagen. Bijzondere zorg is noodzakelijk wanneer het gebruik van systemische corticosteroiden wordt overwogen bij patiënten met bestaande of eerdere ernstige affectiviteitsstoornissen of wanneer deze voorkomen bij familieleden in de eerste graad. Er kunnen systemische effecten van steroïden optreden, met name wanneer deze worden voorgeschreven in hoge doses of gedurende langere tijd. De Cortiment tabletten bevatten lactosemonohydraat en mogen daarom niet worden ingenomen door patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, Lapp lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie. Wees voorzichtig met gelijktijdig gebruik van Cortiment met ketoconazol of met grote hoeveelheden grapefruitsap. Omdat bekend is dat corticosteroiden een immunologisch effect hebben, is het waarschijnlijk dat gelijktijdige toediening van Cortiment tabletten de immuunreactie op vaccins vermindert. Bijwerkingen: vaak komt voor: misselijkheid, pijn in de boven-buik, hoofdpijn, slapeloosheid, stemmingswijziging, daling cortisolwaarde in bloed, influenza, virusinfectie van de bovenste luchtwegen. Registratiehouder: Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. Afleverstatus: U.R. Datum tekst: september 2013

TRANSFERS

Noorden en Oosten

In Leeuwarden start Jan Sindram als waarnemer. Hij volgt als Michiel van Haastert op. Michiel is nodig in Groningen voor het BVO. De waarnemers Spoelstra, Westerveld en Bergmann gaan door. De vakgroep is bijna rond met een jonge bijna-klare kandidaat voor 1 januari 2015. Er is zeker nog ruimte voor 2 à 3 extra MDL-artsen. Rijnstate Arnhem breidt verder uit en hoopt de procedure voor de 10^e en 11^e MDL-arts snel af te ronden.

Zuiden

Sinds de fusie tussen het Elisabeth Ziekenhuis en Twee Steden Ziekenhuis verandert er veel in Tilburg. De huidige 6 MDL-artsen dissociëren zich van de Interne/MDL-maatschap.

Marina Grubben vertrekt naar het Erasmus MC. Maurice Lutgens (UMCU) treedt in het najaar toe tot de nieuwe MDL-maatschap Midden Brabant (Uden). Na de komst van dr. Lutgens zijn er nog 2 vacatures. Bernhoven (Uden) zoekt zijn 8^e en 9^e MDL-arts. Intrigerend hoe snel de MDL aldaar uitkristalliseert. Opleiding MDL is iets wat haalbaar moet worden.

Westen

Koen Kessels (UMCU) vertrekt naar Almere als 7e MDL-arts met als aandachtspunt oncologie. Rotterdam heeft nog een vacature hoogleraar hepatologie, die per se van buiten moet komen. Je zou een zittende collega daar ook de zo verdiende PET kunnen geven. Daarnaast zoeken ze nog een stafid MD. Geert Bezemer

(EMC) gaat als 5^e MDL-arts naar het IKAZIA Ziekenhuis in Rotterdam. Hij gaat daar hepatologie doen. De MDL in de VU breidt uit met 2 MDL-artsen. De sollicitatieprocedure loopt. Hans Tuynman scopieert mee in de VU en trekt aan het BVO.

Suzan Toebosch (ex-Roermond) verlaat het Slotervaart Ziekenhuis en start als 6^e MDL-arts in het Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp).

Algemeen

Er zijn nu 410* MDL-artsen actief, waarvan 404 lid van onze vereniging. Het BVO leidt tot de inzet van veel pensionado's.

**Dit is exclusief 22 gepensioneerde, nog praktiserende leden.*

OPROEP

TURN-trial

In het AMC loopt sinds 2011 de TURN-trial 'Transplantation of faeces in ulcerative colitis; restoring nature's homeostasis'. Dit betreft een dubbelblinde, placebo-gecontroleerde klinische trial, waarin het effect van fecestransplantatie op klinische activiteit en endoscopische inflammatie wordt onderzocht bij patiënten met colitis ulcerosa. Patiënten worden twee keer behandeld met verwerkte feces van een gezonde donor (interventie-arm) of de patiënt zelf (placebo-arm) via een duodenumsonde.

Donoren zijn: gezonde familieleden, partners of vrijwilligers.

Inclusiecriteria

- Actieve CU met linkszijdige betrokkenheid
- Bij gebruik thiopurines, 5-ASA of corticosteroiden:
 - stabiele dosering thiopurines afgelopen 8 wkn
 - stabiele dosering 5-ASA of corticosteroiden afgelopen 2 wkn
- SCCAI >4 en <11

Exclusiecriteria

- Anti-TNF/ MTX afgelopen 8 wkn
- Ciclosporine afgelopen 4 wkn
- Prednison >10 mg

Deelname

Wij zijn nog steeds blij met uw bijdrage aan de TURN-trial. Wilt u deelnemen aan deze studie en/of meer informatie, neem dan contact met ons op via n.g.rossen@amc.uva.nl of ibdstudies@amc.uva.nl. Of bel (020) 566 2199, sein (81-)59544.

Noortje Rossen en Cyriel Ponsioen
TURN-trial AMC, Amsterdam

MOMENTS LIKE THIS...

SOVALDI[®] verandert de behandeling van Chronische Hepatitis C op ingrijpende wijze en biedt meer mensen kans op genezing



Meer productinformatie elders in deze uitgave.



HCV/NL/14-02/PM/1072/MAGMA

LEVERTRANSPLANTATIE VOOR PERIHILAIR CHOLANGIOCARCINOOM:

Van contra-indicatie tot optie

Het perihilaire cholangiocarcinoom (CCA), ook wel bekend als Klatskin-tumor, is een maligniteit die uitgaat van het ductale epitheel van de galweg ter hoogte van de leverhilus. De incidentie is laag (geschat 1,2/100.000) en de klinische presentatie (combinatie van plotselinge stille icterus en snel intredend cachexie) met bijbehorend de diagnostische en therapeutische dilemma's, is indrukwekkend en uitdagend.

Het klinische probleem wordt veroorzaakt door een samenspel van verschillende factoren. Allereerst presenteert de patiënt zich vaak (te) laat bij de chirurg, niet zelden veroorzaakt door moeilijke diagnostiek. Immers, in 50% van de gevallen is de ERCP-brush vals-negatief en cross-sectionele beeldvorming laat vaak nog (lang) twijfel bestaan over de maligne aard van de aandoening. Het CCA is dan ook bij slechts 30–35% van de patiënten resectabel, vaak door betrokkenheid van vasculaire structuren en/of (klier)metastasering. Ook is resectabiliteit afhankelijk van de locatie van de tumor, die van oudsher wordt geclassificeerd volgens Bismuth in vier typen: in de ductus hepaticus communis net onder de bifurcatie (type I), de ductus hepaticus communis tot in de bifurcatie (type II), de ductus hepaticus communis tot in de unilaterale ductus hepaticus dextra (type IIIa) of sinistra (type IIIb), of in zowel de dextra als sinistra (type IV). Universeel wordt aangenomen dat type I/ II worden behandeld met een extrahepatische galwegresectie, type III met additionele hemihepatectomie en dat type IV in principe irresectabel is. Bovendien ontstaat ongeveer twee derde van de perihilaire CCA's bij patiënten met primair scleroserende cholangitis (PSC), met vaak al ernstige fibrose of cirrose van de lever. Wederom een reden voor irresectabiliteit. Ten slotte zijn oncologen terughoudend met palliatieve behandelingen bij de forse hyperbilirubinemie en de snel verslechterende algemene conditie. Het natuurlijk beloop toont slechts een mediane overleving van vijf à zes maanden.

Zelfs bij de 'gelukkigen' die nog voor resectie in aanmerking komen, is de prognose niet bepaald rooskleurig. Bij een R0-resectie (i.e. snijvlakken vrij) is de vijfjaarsoverleving

rond 50%, en deze keldert rap bij een R1-resectie.

Bij een aantal patiënten is er weliswaar sprake van irresectabele ziekte (bijvoorbeeld door type IV of onderliggende PSC) maar zijn er verder geen tekenen van metastasering of vaatbetrokkenheid en verkeren ze nog in een redelijk goede conditie. Voor deze zogenaamde *locally advanced cases* waren voorheen geen curatieve opties en restte hen enkel de palliatieve opties van stenten en eventueel chemoradiatie. Totdat een tweetal decennia terug zij potentiële kandidaten werden voor een levertransplantatie.

Start levertransplantatie voor perihilaire CCA

In de begindagen van levertransplantatie leek CCA de ultieme indicatie. Immers, bij deze voorheen fatale aandoening kon nu met totale hepatectomie een zeer ruime R0-marge worden bereikt, bilaterale kanker zonder problemen worden weggenomen en de onderliggende cirrotische aandoening in één klap worden mee behandeld. Helaas bleek de praktijk een regelrechte teleurstelling met een kans op recidief van 90% in de eerste twee jaar na transplantatie en een vijfjaarsoverleving bij minder dan een kwart van de patiënten. Immunosuppressie, naast het agressieve en vroege metastaseringspatroon van CCA, is hiervoor verantwoordelijk.

Bij CCA die incidenteel werden gevonden in leverexplantaten na transplantatie voor een andere leveraandoening, was de levensverwachting niet veel beter. Ondanks het feit dat deze tumoren vaak nog in een vroeg stadium waren (reden waardoor ze dus niet eerder waren opgepikt), hebben verschei-

Lees verder op pagina 14.

Ontwikkeling Nederlands protocol voor levertransplantatie bij CCA in 2011 van start

dene langlopende observationele studies laten zien dat de vijfjaarsoverleving toch erg laag was (30–40%) door recidief van het CCA. Deze observaties resulteerden er uiteindelijk in dat CCA een absolute contra-indicatie voor levertransplantatie werd. Legio jonge patiënten met PSC en vroegstadium CCA maakten derhalve geen kans meer op curatie.

Ommekeer in 1993: Mayo-protocol

Aan de andere kant van de oceaan, waar initieel dezelfde teleurstellende resultaten van levertransplantatie bij CCA werden geboekt, observeerde men begin jaren negentig in de Thomas Jefferson University (Philadelphia, PA) en de Mayo Clinic (Rochester, MN), dat bij een kleine groep patiënten met *locally advanced*, en dus irresectabele, perihilaire CCA met de combinatie van uitwendige bestraling, inwendige transkatheterbrachytherapie (middels ERCP geplaatst) en chemotherapie met 5-fluorouracil (5-FU) een mediane overle-

ving rond de dertien maanden werd bereikt, met zelfs een vijfjaars overleving van 14%. Dit vormde in 1993 in de Mayo Clinic de katalysator voor de ontwikkeling van een protocol waarin bovenstaand regime als neoadjuvante behandeling werd gegeven voorafgaand aan levertransplantatie voor een selecte groep met irresectabele maar kleine (< 3 cm) en ongemetastaseerde perihilaire CCA. Initiële resultaten waren zeer hoopgevend (ongekend hoge vijfjaarsoverleving van 82%) en het protocol is sinds die tijd verder verfijnd en aangepast.

In feite wordt een patiënt met histologisch bewezen dan wel klinisch zeer verdachte type IV en/of cirrotische perihilaire CCA met tumordiameter kleiner dan drie cm gescreend op de aanwezigheid van lymfklier- (middels EUS-FNA) of afstandmetastasen en vasculaire invasie middels cross-sectionele beeldvorming. Indien geen metastasen of vaatbetrokkenheid worden gevonden, worden patiënten successievelijk

behandeld met drie weken uitwendige chemoradiatie (4,5 Gy met 5-FU), gevolgd door 48–72 uur brachytherapie met Iridium-192 kralen (1,6 Gy) die middels ERCP intraductaal zijn geplaatst, en vervolgens onderhoudschemotherapie met oraal capecitabine (2000 mg/m³) tot aan transplantatie. Dichter tegen het moment van transplantatie wordt een stageringslaparotomie verricht, waarin naast inspectie voor metastasering ook standaard de perihilaire klieren worden gebiopteerd. Alleen indien de stageringslaparotomie negatief is, wordt levertransplantatie aangeboden. Over de loop van de tijd volgden meerdere transplantatiecentra dit voorbeeld, met soms kleine wijzigingen in het protocol.

Sinds de implementatie van MELD als prioriteringssysteem voor levertransplantatie in de VS in 2002 zijn patiënten onder dit protocol initieel alleen in de regio, maar sinds 2010 ook landelijk getransplanteerd via een NSE (*non-standard exception*) met een initiële MELD-score van 22, conform het beleid bij hepatocellulair carcinoom. Een multicenter studie onder twaalf grote transplantatiecentra in de VS toonde dat sinds de invoering van dit protocol er meer dan 200 patiënten zijn getransplanteerd met een recidief-vrije vijfjaarsoverleving van 65%, wat vergelijkbaar is met die van levertransplantatie bij hepatitis C. Er was daarbij geen significant verschil tussen data uit de Mayo Clinic en de rest van het land (*figuur 1 en 2*). Deze resultaten zijn in het verleden regelmatig in twijfel getrokken. Met name werd de wijze van diagnosestelling ter discussie gesteld. Immers, ook de combinatie van het beeld van een maligne strictuur met verdachte cytologie en CA 19-9 > 100 U/ml (in afwezigheid van cholangitis) of polysomie op Fluorescent In-Situ Hybridization (FISH), werd als bewijzend voor CCA beschouwd. Daarnaast werden in sommige explantaten geen tumoren meer gezien, hoogstwaarschijnlijk door de intensieve voorbehandeling. Kon men in afwezigheid van een positieve brush/biopt wel de zekere diagnose van CCA stellen?

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria plus stageringsdiagnostiek

Inclusiecriteria

- Diagnose middels ERCP waarbij maligne stenose en positieve brushcytologie (in PSC volstaat ook dysplasie)
- Tumor <3 cm
- Voldoet aan algemene transplantatiecriteria

Exclusiecriteria

- Geen PTC-drainage of percutane biopsie
- Geen eerdere chirurgische exploratie/poging tot resectie
- Geen metastasen (intrahepatisch/N2/afstand)
- Distale galweg (ter hoogte van pancreas) niet betrokken

Stageringsdiagnostiek

- ERCP met brushcytologie en intraluminale biopsie plus cholangioscopie indien voorhanden
- EUS met FNA van verdachte klieren
- 4-fasen contrast CT thorax/abdomen met 2 mm coupes
- MRI/MRCP
- PET-scan
- Tumormarkers CA 19-9 en CEA

De multicenterstudie liet echter zien dat histologische bevestiging uiteindelijk in slechts 5% niet werd gehaald. Bij exclusie van deze patiënten bleef de vijfjaarsoverleving nagenoeg gelijk (62%). In geval van strikte adherentie aan de inclusiecriteria en uitsluiting van patiënten met tumoren groter dan 3 cm, metastasering ten tijde van levertransplantatie, directe tumorbiopsie en voorgeschiedenis van eerdere maligniteit (binnen vijf jaar voor transplantatie) steeg de vijfjaarsoverleving tot wel 72%.

Protocol in Nederland

Na intensief overleg hebben de drie Nederlandse levertransplantatiecentra uiteindelijk in 2011 besloten om ook een protocol te ontwikkelen voor de transplantatie van het perihilaire cholangiocarcinoom. Inclusiecriteria alsook de diagnostische *work-up* voor het Nederlandse protocol vindt u in *Tabel 1*. In Nederland krijgen zulke patiënten bij acceptatie voor de wachtlijst een initiële MELD-score van 38 punten en is de ver-

wachting dat deze patiënten vervolgens binnen drie maanden kunnen worden getransplanteerd.

Het grote verschil tussen het Amerikaanse en het Nederlandse protocol is het weglaten van de neoadjuvante behandeling en het sneller transplanteren door de hoge initiële MELD-score bij plaatsing op de wachtlijst (patiënten komen gelijk bovenaan de lijst te staan). Of hiermee dezelfde goede resultaten worden bereikt, zal de toekomst moeten uitwijzen. De resultaten zullen periodiek worden geëvalueerd met als doel minimaal een driejaarsoverleving van 60% en een vijfjaarsoverleving van 50% te behalen. Indien dit lager uitvalt, zal het protocol worden herzien.

Gezien de strenge inclusiecriteria verwachten we niet dat dit een grote last zal vormen voor de huidige wachtlijstproblematiek. Ter illustratie: tot op heden zijn drie patiënten getransplanteerd. Uiteraard blijft bij resec-

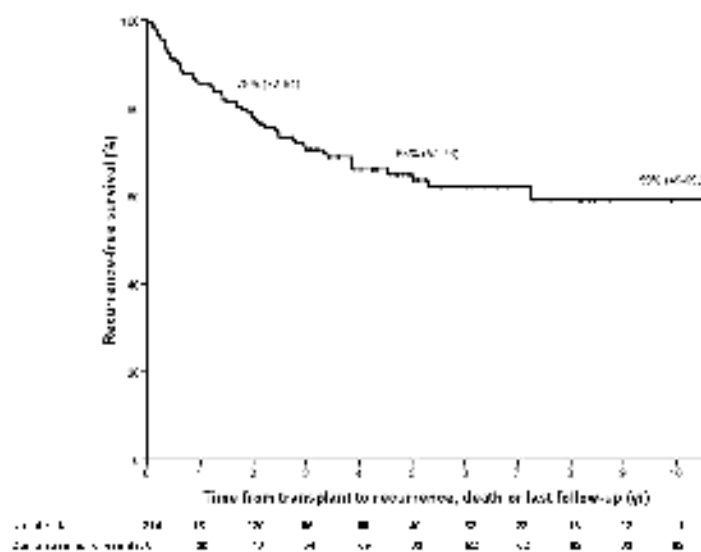
tabiliteit nog steeds resectie de behandeling van eerste keus en wordt levertransplantatie alleen voorbehouden aan bovengenoemde specifieke gevallen.

Aanmelding patiënten

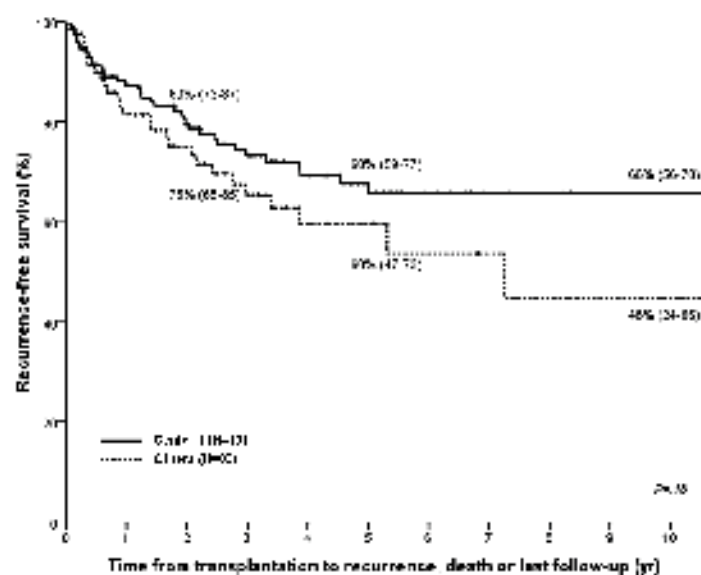
U kunt potentiële patiënten aanmelden door contact op te nemen met leden van het levertransplantatieteam van het Erasmus MC, LUMC of UMCG. Doe dit alstublieft op tijd, zelfs als u de diagnose nog niet histologisch hebt kunnen aantonen, en houdt u daarbij rekening met de in *Tabel 1* vermelde inclusie- en met name de exclusiecriteria (bijvoorbeeld geen PTC of percutane biopsie van het tumorgebied).

*Sarwa Darwish Murad en
Herold J. Metselaar*
Erasmus MC, Rotterdam

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in MAGMA 1-2014.



Figuur 1. Recidief-vrije overleving bij 214 patiënten getransplanteerd onder een neoadjuvant protocol voor levertransplantatie sinds 1993 in de VS.

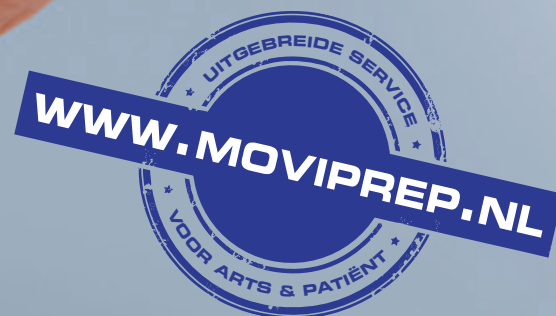


Figuur 2. Recidief-vrije overleving naar centrum (N=131 in de Mayo Clinic vs. N=83 in 11 andere transplantatiecentra).

VERTROUWEN DOOR HELDER ZICHT

MOVIPREP®

UW PARTNER IN SUCCESVOLLE
DARMVOORBEREIDING



MOVIPREP® ORANGE

PEG + ASC (PEG (3350) + Natriumascorbaat
+ Ascorbinezuur + Natriumsulfaat + Elektrolyten)



MOVIPREP®

PEG + ASC (PEG (3350) + Natriumascorbaat
+ Ascorbinezuur + Natriumsulfaat + Elektrolyten)



Onverwachte en ongewenste ontwikkelingen rond BVO darmkanker

Op 13 januari 2014 is het bevolkingsonderzoek officieel van start gegaan. Een verheugend feit! Veel is al gediscussieerd, niet alleen over de te verwachten resultaten en gevolgen van het onderzoek, maar ook over de beperkingen en risico's. Bijvoorbeeld: intervalekankers, vals-negatieve iFOBT- testuitslagen en de eventuele gevolgen daarvan, de complicaties van coloscopieën. Daarnaast het risico van minder hoge deelname door het eigen risico bij de zorgverzekering. Maar daarover wil ik het nu niet hebben. Het bevolkingsonderzoek heeft nog een aantal andere 'ongewenste' gevolgen.

CT-colografie

In een bepaalde regio in Nederland hebben radiologen de huisartsen aangeschreven om hen op de hoogte te stellen van de mogelijkheid met CT-colografie darmkanker op te sporen. Zij verwijzen hierbij naar recente artikelen, zoals in het *NTVG*. Los van de vraag of CT-colografie in juridische zin als 'screeningsonderzoek' mag worden gebruikt, is dit ook niet de aanbeveling in het rapport van de Gezondheidsraad in 2009. En anno 2014 zijn er nog andere argumenten aan te voeren. De sensitiviteit voor poliepen <7 mm is laag en bij een positieve CT-colografie zal alsnog een coloscopie volgen. In het bevolkingsonderzoek zal dit dus >50 % bedragen. Daarnaast worden bij CT-colografie regelmatig nevendiaagnoses gesteld die gevolgen met zich meebrengen en leiden tot hogere en vaak onnodige kosten. Ook is het de vraag of patiënten een voorkeur hebben.

In de regio Amsterdam is hiernaar onderzoek gedaan en bleek er zelfs een lichte voorkeur voor coloscopie bij een herhalingsadvies.

Verzekeraars

In 2013 is er veel onrust ontstaan bij ziekenhuizen als gevolg van selectief beleid bij contractering door (sommige) zorgverzeke-

raars (zie *MAGMA* 4-2013, p. 116–117). Gelukkig lijkt dit probleem grotendeels opgelost, nu vrijwel alle ziekenhuizen zijn gecontracteerd.

Toch heeft een negatieve contractering gevolgen voor een ziekenhuis. Voor de buitenwereld kan het beeld van een tweederangs endoscopie-unit ontstaan, dit terwijl de kwaliteit van de endoscopie-unit ruim voldoende is en deze door de screeningsorganisatie dan ook wél is gecontracteerd. Uitsluitend financiële argumenten hebben de keuze van de zorgverzekeraar bepaald. Het zou de verzekeraars sieren indien zij daarvan expliciet melding maken bij hun weergave van de gecontracteerde ziekenhuizen op hun websites. Daarnaast kunnen huisartsen die sterk gericht zijn op een ziekenhuis dat niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, deelnemers aan het BVO als reguliere patiënt voor een coloscopie doorverwijzen, waardoor deze mensen buiten het zicht van het bevolkingsonderzoek vallen.

Opportunistische screening

Zowel de screeningscentra/organisaties als de huisartsen zullen worden geconfronteerd met de vraag om onderzoek als bijvoorbeeld één van de partners een oproep heeft ontvangen en een positieve iFOBT heeft. De

aanbevolen instelling is om dan te attenderen op het inloopschema voor het bevolkingsonderzoek, maar dat zal lang niet altijd worden geaccepteerd. Er rest in dit geval niets anders deze patiënt toch een onderzoek aan te bieden, maar er dan wel zorg voor te dragen dat dit, indien zij tussen de 55 en 75 jaar zijn, via het BVO loopt. Zo wordt uitval voorkomen.

Haemorroïden

Een veel gestelde vraag door huisartsen gaat over mensen die symptotische haemorroïden (aambeien) hebben. Moeten zij deelnemen? Het gevaar bestaat dat huisartsen een afwijzend advies geven. Er is bewust voor gekozen om via het bevolkingsonderzoek geen medische keuzes te maken anders dan beschreven. Het verdient dus aanbeveling deze mensen wel te laten deelnemen en bij een positieve iFOBT een coloscopie te adviseren. Per slot van rekening vallen zij in de risicogroep voor darmkanker.

Commerciële iFOBT-testen

Er zijn verschillende iFOBT's in omloop. Omdat er nu aandacht is voor het bevolkingsonderzoek en de iFOBT-test, kan het vóórkomen dat mensen zelf een test aanschaffen. Indien deze positief zijn, lijkt het verstandig mensen erop te attenderen de test via het BVO nogmaals af te nemen en dan pas een coloscopie af te spreken.

Publiciteit

Een moeilijk grijpbaar fenomeen. Als voorbeeld wil ik de uitzending van *Nieuwsuur* op 8 januari 2014 noemen. Een chirurg en een huisarts waren nogal negatief over het bevolkingsonderzoek. Nu is een kritische

Lees verder op pagina 21.

Multidisciplinaire aanpak van colorectale levermetastasen

In 2003 werd de Nederlandse Werkgroep Leverchirurgie opgericht. Toen reeds werd geconstateerd dat in Nederland op jaarbasis veel minder leverresecties werden gedaan dan theoretisch kon worden becijferd. Aan deze constatering lag een aantal data ten grondslag. In de westerse wereld wordt meer dan 60% van de leverresecties uitgevoerd voor colorectale levermetastasen. Per jaar worden in Nederland meer dan 10.000 nieuwe primaire colorectale carcinomen gedetecteerd (gegevens 2010). Hiervan heeft of krijgt 50% levermetastasen.

De enige kans op curatie op dit moment is chirurgische resectie van deze levermetastasen; dit levert een vijfjaars-overleving op van 50% (ziektvrij 40%).

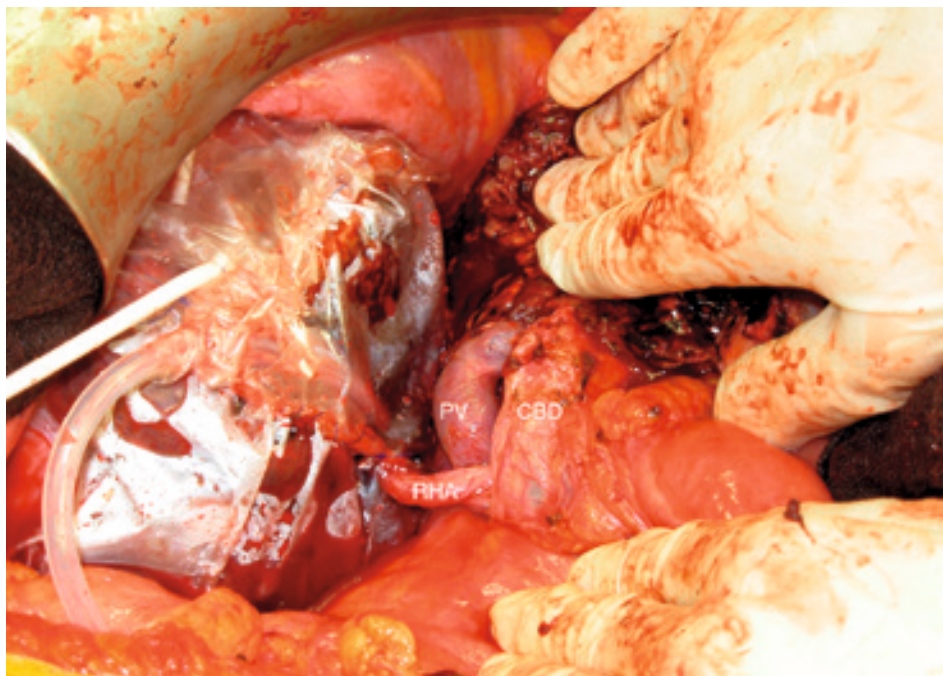
In de literatuur wordt het percentage patiënten dat voor een dergelijke behandeling in aanmerking komt, geschat op 15–20%. Voor Nederland zou dit betekenen dat er jaarlijks 750–1000 leverresecties gedaan zouden moeten worden voor colorectale metastasen. Tussen 2003 en 2010 werden echter gemiddeld niet meer dan 300 leverresecties per jaar voor colorectale levermetastasen verricht. Hoewel er een stijging is geconstateerd in het aantal leverresecties per jaar voor colorectale metastasen, blijkt uit deze cijfers dat er sprake is van (chirurgische) onderbehandeling van colorectale levermetastasen. Enkele honderden

patiënten per jaar lopen dus in Nederland het risico een behandeling mis te lopen die een aanzienlijke kans op curatie geeft.

Criteria

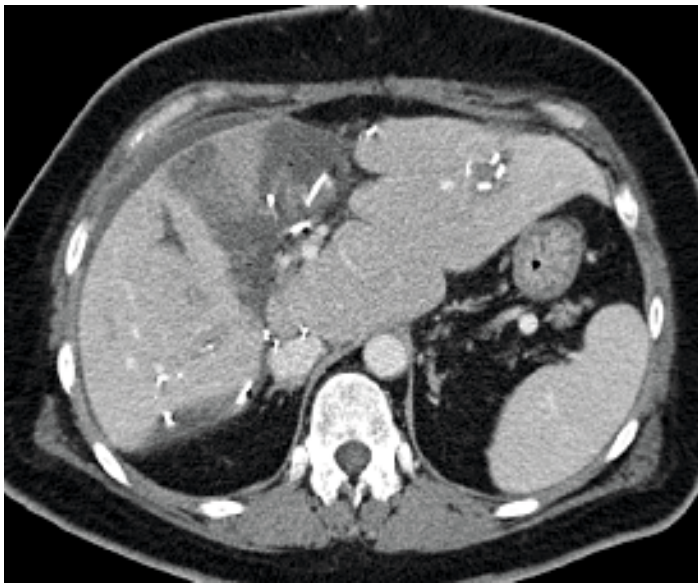
Het is aannemelijk dat een deel van de onderbehandeling te wijten is aan de vorige richtlijn colorectale chirurgie, waarin nog beperkingen golden ten aanzien van welke patiënten in aanmerking komen voor resectie van levermetastasen. Meer dan drie metastasen, synchrone ziekte, extra-hepatische ziekte, bilaterale lokalisatie in de lever en leeftijd waren nog criteria om niet tot resectie over te gaan. Deze criteria zijn verlaten in de nieuwe IKNL CRC-richtlijn; momenteel gelden eigenlijk alleen als crite-

ria dat de leverresectie technisch mogelijk moet zijn en dat er voldoende functioneel leverweefsel moet achterblijven. Dit maakt de beoordeling van resectabiliteit een genuanceerde zaak en het is duidelijk dat medisch-oncologen en chirurgen hierover niet dezelfde mening hebben: oncologen zijn veel conservatiever in hun inschatting [1]. Ook ontstaan er steeds nieuwe therapeutische opties op chirurgisch gebied, waarbij onder andere de staged hepatectomy, de liver first-benadering [2], de pre-operatieve poortaderembolisatie, de ALPPS-procedure (figuur 1) [3], resecties met vaatreconstructies en combinatietherapieën kunnen worden genoemd. Het lijkt mogelijk om middels educatie de mening

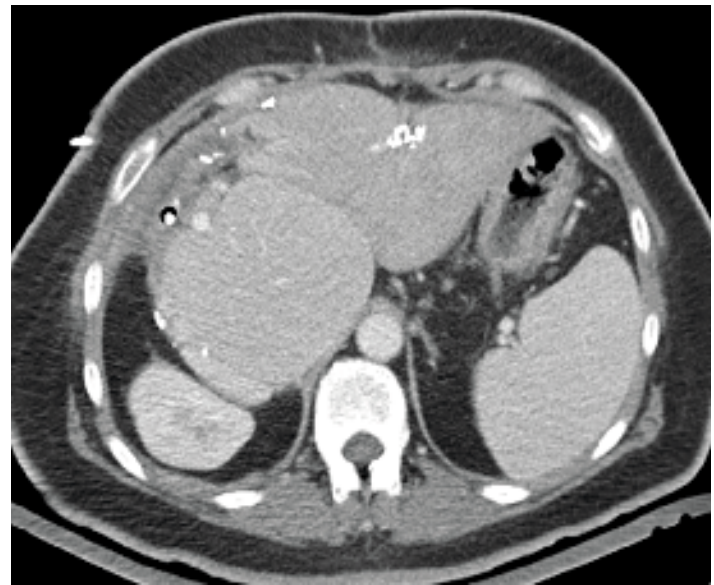


Figuur 1. Intra-operatief beeld van ALPPS-procedure: *Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy* [3]. Hierbij wordt de lever in een eerste operatie gekliefd, maar blijft de arteriële bloedvoorziening intact. De poortader naar de later te verwijderen leverhelft (in plastic ingepakt) wordt doorgenomen. Eén week later wordt dit leverdeel verwijderd in een tweede operatie.

[Reprinted with permission from *Br J Surg.* 2013 Feb;100(3):310-2]



Figuur 2. CT-scan: beeld onmiddellijk na het eerste stadium van de ALPPS-procedure.



Figuur 3. CT-scan: beeld onmiddellijk na het tweede stadium van de ALPPS-procedure. De hypertrofie van de restlever is duidelijk zichtbaar

van deelnemers aan multidisciplinaire tumorwerkgroepen ten aanzien van resectabiliteit van levermetastasen te veranderen, i.e. de indicatie te verbreden [1]. Het is in die lijn verheugend dat in de nieuwe Nederlandse richtlijn ‘verplicht’ wordt gesteld om patiënten met colorectale levermetastasen in een multidisciplinaire oncologie commissie in aanwezigheid van leverchirurgen te bespreken (www.iknl.nl). Ook zijn er toenemend stringente eisen aan welke specialisten bij zo’n bespreking aanwezig moeten zijn. In de landelijke DICA-audits wordt nu gemonitord of patiënten in een multidisciplinaire meeting worden besproken.

Limburg-Aken

In het Chirurgisch Oncologisch Netwerk Limburg zijn in het kader van de volumenormen afspraken gemaakt over waar leverresecties worden gedaan. Alle patiënten met colorectale levermetastasen worden in een multidisciplinaire oncologiebespreking onder de loep genomen. De bespreking vindt twee maal per week in het MUMC plaats in het bijzijn van oncologen, chirurgen, pathologen, radiologen, radiotherapeuten, nucleair-geneeskundigen, MDL-artsen en verpleegkundig specialisten. Wekelijks zijn er ook videoconferenties met de omlig-

gende ziekenhuizen waarbij patiënten worden besproken. Er is tevens een wekelijkse videoconferentie met het leverchirurgisch team in Aken (Duitsland) in het kader van de samenwerking in het recent opgerichte European Cross Boarder HPB Center Aachen-Maastricht. In twijfelgevallen ten aanzien van resectabiliteit wordt van gedachten gewisseld met het HPB-chirurgieteam aldaar. Al deze teleconferenties dragen bij aan wederzijdse afstemming van indicaties en de schaalvergroting draagt bij aan expertisebevordering en chirurgische mogelijkheden. Momenteel worden op de bilocatie Aken-Maastricht per jaar meer dan 300 leverresecties gedaan, voornamelijk voor colorectale metastasen. Het effect van al deze intercollegiale interacties wordt weerspiegeld in een sterke toename van het aantal patiënten met levermetastasen dat jaarlijks wordt besproken en geopereerd. Dit heeft er recent toe geleid dat er twee in plaats van één multidisciplinaire lokale oncologiebesprekingen in het MUMC nodig zijn om alle patiënten aan bod te laten komen.

Toekomst

Het is te hopen dat al deze verbeteringen ertoe leiden dat in de nabije toekomst

patiënten die behandeling krijgen die de meeste kans op curatie geeft. Daartoe is het nodig dat *alle* patiënten met levermetastasen worden besproken in een multidisciplinair oncologisch overleg, zodat afstemming plaatsvindt over diagnostiek en over (neo-) adjuvante chemotherapie, radiotherapie en eventuele andere lokale behandelingsvormen.

Prof. dr. C.H.C. Dejong, Chirurgie, Maastricht UMC+

Prof. dr. U.P. Neumann, Chirurgie, Uniklinikum RWTH, Aken, Duitsland

Dr. R.L. Jansen, Interne Geneeskunde (Oncologie), Maastricht UMC+

Dr. J.C. Keulemans, Interne Geneeskunde (MDL), Maastricht UMC+

Dr. M.J. Labaye, Radiologie, Maastricht UMC+

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in MAGMA 1-2014.

We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.¹

Zo boekt Remicade elke dag vooruitgang in IBD.¹⁻⁵

Toen Remicade twaalf jaar geleden werd geïntroduceerd, betekende dit een belangrijke stap vooruit in de behandeling van Crohn. Het was de eerste tnf-alfablokker voor Crohn en bood patiënten verlichting zoals nooit tevoren. Inmiddels zijn er wereldwijd meer dan anderhalf miljoen mensen met Remicade behandeld⁵ en het worden er elke dag meer. Maar de vooruitgang stopte niet twaalf jaar geleden. Sindsdien is er met Remicade meer klinisch onderzoek gepubliceerd dan met welke tnf-alfablokker voor IBD dan ook.⁶ Hierdoor worden voortdurend nieuwe mogelijkheden ontdekt om patiënten nog beter te behandelen. Remicade is inmiddels dan ook niet alleen geregistreerd voor ernstige Crohn, maar ook voor matige Crohn, Crohn bij kinderen, Crohn met fistelvorming en colitis ulcerosa bij volwassenen en nu ook bij kinderen.¹ Momenteel wordt bovendien onderzoek gedaan naar het verbeteren van de respons bij Crohn-patiënten door doseringen te personaliseren.⁷ Zo blijft Remicade vorm geven aan vooruitgang. Voor uw patiënten en u, nu en in de toekomst.

Remicade geeft vorm aan vooruitgang.  **Remicade**[®]
(influximab)



Postbus 581
2003 PC Haarlem
Tel: 0800-9999000
e-mail: medicalinfo.nl@merck.com
www.msd.nl



SONCOS en MDL

SONCOS is de Stichting ONCOlogische Samenwerking, een samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie en de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie. Deze stichting is in 2009 opgericht met als doel te komen tot een uniform multidisciplinair kwaliteitskader voor de oncologische zorg bij volwassenen. Ofwel: minimumeisen waaraan een zorginstelling en de bij de zorg betrokken artsen en andere professionals moeten voldoen om optimale zorg aan kankerpatiënten te leveren. Sinds 2012 is er intensief overleg met andere betrokken beroepsverenigingen, zoals de NVMDL. Aanvullingen vanuit deze beroepsverenigingen worden verwerkt in het normeringsrapport.

Voorheen werden door organisaties als ziektekostenverzekeraars, inspecties en patiëntenverenigingen uiteenlopende kwaliteitseisen opgesteld waaraan instellingen moesten voldoen om oncologische zorg te mogen leveren. Het idee is om deze eisen te vervangen door het SONCOS-normeringskader. IKNL en Zorgverzekeraars Nederland hebben het afgelopen jaar de inmid-

dels opgestelde normen onderzocht in verschillende Nederlandse ziekenhuizen. De onduidelijkheden die daarbij naar voren zijn gekomen, zullen in het nieuwe rapport verbeterd moeten zijn. De ZN en de IGZ hebben aangegeven dat ziekenhuizen minstens een jaar de tijd krijgen om de normering te implementeren.

SONCOS-rapport 2013

Het is belangrijk dat MDL-artsen die zich bezighouden met de oncologische zorg, op de hoogte zijn van het SONCOS-rapport 2013, dat als concept op de SONCOS-site www.soncos.org is terug te vinden.

Een korte blik op het conceptrapport 2013 levert de volgende bevindingen op:

- Als eerste valt op dat de wens van de NVMDL-commissie Oncologie om een MDL-arts ook als consulent voor een palliatief team te laten meedraaien, (nog) niet in het rapport is opgenomen. Dit zal de commissie blijven benadrukken bij de volgende vergaderingen. Wel staat bij alle MDL-specifieke tumoren vermeld: *Er is een adequaat (conform eisen van de*

NVMDL) ingerichte endoscopieafdeling met beschikking over een "uitslaapkamer".

- Tumorspecifiek valt op dat bij colorectale carcinomen staat vermeld: *Er zijn ten minste 2 geregistreerde MDL-artsen (eventueel één MDL-arts en één internist met deelcertificaat MDL/endoscopie).* Deze laatste toevoeging wordt gedaan met het oog op de laatste klinieken in Nederland waar colorectale zorg wordt verleend maar waaraan geen twee MDL-artsen zijn verbonden. De hoop bestaat dat dit over enkele jaren is opgelost.
- Bij levertumoren staat toegevoegd: *...ten minste 1 MDL-arts met specifieke expertise op het gebied van de hepatologie, naast MDL-artsen met ervaring in interventiescopieën.*

Het is de bedoeling dat het SONCOS-normeringsrapport jaarlijks wordt bijgesteld. De commissie Oncologie zal daaraan vanuit de NVMDL een actieve bijdrage leveren.

Kristien Tytgat, MDL-arts, AMC
Lid commissie Oncologie

Vervolg van pagina 17.

houding niet erg en zelfs raadzaam, maar in deze uitzending schoot dit zijn doel ver voorbij. De chirurg wilde eigenlijk alleen ziekten behandelen en de huisarts alleen geld uitgeven aan manifeste ziekten. De interviewer vergat helaas beiden te vragen naar hun visie over preventie van ziekten.

Uitsluiting

Formeel behoort een aantal eilanden van de Nederlandse Antillen tot het Koninkrijk der

Nederlanden. Toch zijn zij om allerlei redenen niet opgenomen in dit bevolkingsonderzoek. Het lijkt niet zo heel moeilijk om met het bestaande Nederlandse protocol de darmkankerscreening over deze eilanden uit te rollen. De groepen zijn niet groot en de geografie is eenduidig. Mogelijk belangrijk als we willen voorkomen dat men zich op deze eilanden gediscrimineerd gaat voelen.

Ongetwijfeld is deze opsomming limitatief

en zullen gedurende de komende maanden en jaren meer ongewenste situaties ontstaan. De screeningsorganisaties willen daarvan uiteraard graag op de hoogte zijn en blijven.

Vallen u dergelijke zaken op, meldt u deze dan aan de screeningsorganisatie in uw regio.

Alvast dank,
Michiel van Haastert, MDL-arts

Nieuwe IKNL-richtlijn hepatocellulair carcinoom

Gedurende 2012 en 2013 heeft een grote multidisciplinaire groep van artsen, verpleegkundigen en patiënten gewerkt aan de eerste IKNL-richtlijn hepatocellulair carcinoom (HCC). Inmiddels is de richtlijn vastgesteld na autorisatie door alle deelnemende wetenschappelijke verenigingen. In dit artikel bespreken we een paar highlights voor de algemene MDL-praktijk uit de richtlijn.

Hepatocellulair carcinoom neemt wereldwijd nog steeds toe. Dit geldt ook voor lage-incidentielanden zoals Nederland, met een incidentie van 3,0/100.000 en een absoluut aantal cases van ongeveer 500/jaar. Naast de Nederlandse IKNL-richtlijn HCC zijn er Europese (www.easl.nl), Amerikaanse (www.aasld.com) en Aziatische richtlijnen (www.apasl.info); tussen deze richtlijnen bestaan zeker nuanceverschillen. Uitgaande van de gedachte dat door herhaalde screening van een risicopopulatie, met eens per zes maanden een echografie, tumoren eerder en in een vroeger stadium worden gedetecteerd, wordt in alle richtlijnen screening aanbevolen. In Nederland geldt dit echter niet voor alfa-foetoproteïnebepaling in een screeningssetting. Over de aanbeveling tot screening is ook in Nederland veel discussie geweest. De onderbouwing van deze aanbeveling berust op een zeer grote gerandomiseerde Chinese studie met methodologische beperkingen en een groot aantal cohortseries en modelsimulaties. Uiteraard vraagt een surveillanceprogramma om een zeer goede programmaorganisatie.

Screeningspopulatie

Samenvattend is de aanbeveling nu om surveillance op HCC in Nederland aan te bieden aan patiënten met een sterk verhoogd risico op HCC, te weten de volgende patiënten met:

A. chronische hepatitis B:

- alle patiënten met chronische hepatitis B plus cirrose
- de volgende groepen patiënten met chronische hepatitis B zonder cirrose:
 - Oost-Aziatische mannen >40 jaar
 - Oost-Aziatische vrouwen >50 jaar
 - patiënten afkomstig uit sub-Sahara Afrika >20 jaar
 - HCC in de familie

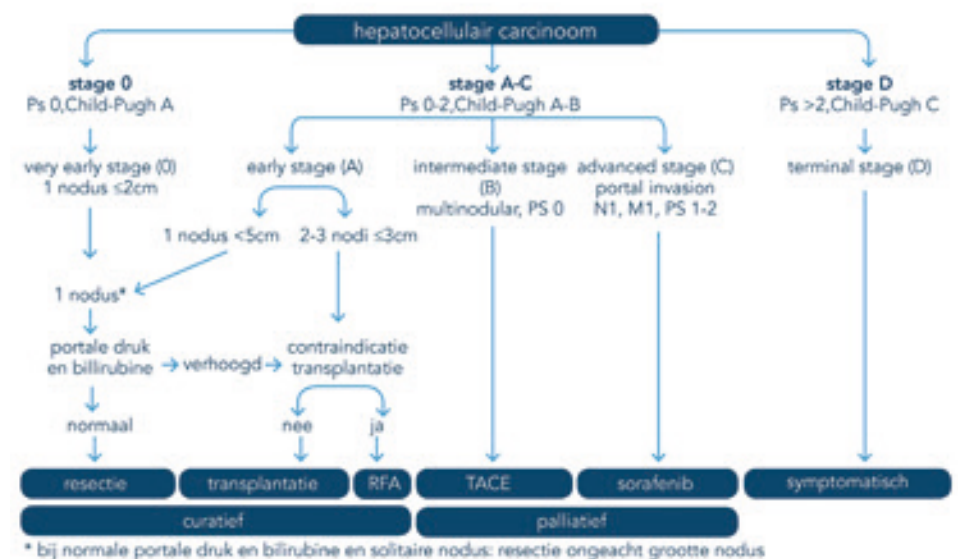
B. non-hepatitis B en cirrose:

- hepatitis C
- alcoholische cirrose
- hemochromatose
- primair biliaire cirrose

Beeldvormend onderzoek

Na de vaak echografische detectie van een nog ongeclassificeerde laesie in de cirrotische lever is deze met CT en MRI vervolgens zó goed te karakteriseren dat een biopsie slechts als uitzondering noodzakelijk is. De richtlijn adviseert voor het stellen van de

diagnose en het stadiëren van een HCC gebruik te maken van meerfasen-CT met intraveneus contrast of dynamische MRI met intraveneus contrast. Vanuit het oogpunt van stralenbelasting geniet MRI de voorkeur. Bij sterke aankleuring in de arteriële fase en tevens vroege uitwas ('washout') kan bij een laesie van groter dan één cm de diagnose HCC worden gesteld. Wanneer er na het gebruik van één dynamische beeldvormende techniek bij een laesie van groter dan één cm echter nog twijfel over de diagnose bestaat, wordt geadviseerd een aanvullende dynamische beeldvormende techniek toe te passen. Wanneer er hierna nog steeds twijfel over de diagnose bestaat, kan follow-up middels beeldvorming (met een interval van 3–4 maanden gedurende twee jaar) of biopsie worden overwogen. Bij laesies kleiner dan één cm wordt eveneens follow-up middels beeldvorming (met een interval van 3–4 maanden gedurende twee jaar) geadviseerd om groei of stabiliteit vast te stellen.



Figuur 1. Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) stagerings- en behandelingschema voor hepatocellulair carcinoom.

In de richtlijn zijn kwaliteitscriteria opgenomen waaraan het radiologie- en pathologie-onderzoek en -verslag zouden moeten voldoen. De gedachte hierachter is dat juist door gestandaardiseerde verslaglegging maximale informatie uit de beschikbare beeldvorming en weefsels kan worden verkregen.

Behandeling

Gedeeltelijke hepatectomie en levertransplantatie waren tot voor kort de enige twee potentieel curatieve behandelingsmodaliteiten voor patiënten met een HCC. Zeer summier samengevat gelden voor patiënten met een HCC in een niet-cirrotische lever de algemene principes en voorwaarden voor het uitvoeren van leverresecties. Deze patiëntenzorg alsmede de ingreep vallen in de categorie 'hoog-complex, laag-volume'

en dienen als zodanig in een expertisecentrum te worden uitgevoerd. Dit geldt in nog sterkere mate voor een HCC in een cirrotische lever. Hierbij wordt het BCLC-schema gevolgd (figuur 1). Dit schema integreert de ernst van de leverziekte of omgekeerd de leverreserve met de beste oncologische behandeling. Een gedegen hepatologische evaluatie evenals een precieze tumorstadiëring zijn van het grootste belang om tot de juiste keuze van de uit te voeren behandeling te komen. In de praktijk betekent dit, dat daarvoor een multidisciplinair oncologisch overleg in een centrum nodig is. In het algemeen kan men stellen dat bij patiënten met maximaal Child Pugh A-score, in afwezigheid van portale hypertensie, een resectie met een acceptabel lage morbiditeit en mortaliteit kan worden uitgevoerd. Voor de indicatiestelling en wijze

van selectie voor levertransplantatie bij HCC wordt verwezen naar het LOL (Landelijk Overleg Levertransplantatie)-protocol. Dit protocol is te raadplegen via http://www.mdl.nl/uploads/240/846/Levertransplantatie_Protocol_indicatiestelling_en_selectie_maart_2011.pdf Nieuw is de uitvoerige aandacht voor de plaatsbepaling van minimaal-invasieve technieken als RFA (radiofrequente ablatie) en TACE (transarteriële chemo-embolisatie). Aan de richtlijn zal een aantal kwaliteitsindicatoren worden verbonden om de implementatie van deze nieuwe richtlijn te kunnen volgen.

Rob de Man, MDL-arts

Kijk voor de volledige tekst van de IKNN-richtlijn HCC op www.oncoline.nl.

Richtlijn coloscopie-surveillance

Het afgelopen jaar is er hard gewerkt aan de nieuwe richtlijn *Coloscopie-surveillance*, die een update betreft van de CBO-richtlijn 'Follow up na poliepectomie' van 2002 en de onderdelen van de richtlijnen 'Erfelijke darmkanker 2008' en 'Coloncarcinoom 2013' die coloscopie-surveillance betreffen.

Herziening van deze richtlijn was zeer gewenst. In de afgelopen jaren zijn veel nieuwe gegevens over dit onderwerp beschikbaar gekomen. Bovendien zijn we in 2014 gestart met het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker in Nederland. Hierdoor is extra coloscopiecapaciteit nodig voor zowel deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een positieve FOBT-uitslag als voor patiënten met een indicatie voor surveillancecoloscopie in verband met poliepen, darmkanker of een belaste familie-anamnese.

Uitgangspunt bij de nieuwe richtlijn is dat de coloscopiecapaciteit die beschikbaar is, gaat worden gebruikt voor die patiënten die daarbij het meeste baat hebben.

Allereerst zijn de ingangscriteria voor deze richtlijn besproken: een patiënt die een kwalitatief goede coloscopie heeft ondergaan waarbij alle poliepen radicaal zijn verwijderd. In geval van *piecemeal*-resectie dient in principe na vier tot zes maanden een controle van het litteken te worden verricht.

Op basis van nieuwe gegevens over surveillance na adenomen, zowel van Nederlandse bodem als internationaal, blijkt het mogelijk om op basis van enkele poliepegegevens een betere inschatting van het toekomstige risico op adenomen en carcinomen te maken dan alleen op basis van het aantal adenomen. Deze risicoprofilering resulteert in een relatief kleiner aantal surveillance-coloscopieën en het vaker terugkeren van patiënten met één klein distaal adenoom naar het landelijke bevolkingsonderzoek. Naast een reductie in het relatieve aantal coloscopieën en hiermee het vrijmaken van coloscopiecapaciteit voor het bevolkingsonderzoek, zal dit ook resulteren in een kostenreductie en een lagere belasting voor de laag-risicopatiënt.

Voorts wordt in deze richtlijn meer aan-

dacht besteed aan de inschatting van een mogelijk familiair risico voor coloncarcinoom. Dit wordt meegewogen in het surveillance-advies. De surveillance-adviezen voor patiënten die een coloncarcinoom hebben gehad, zijn eveneens aangepast aan de recente literatuur.

Zakkaartje en app

De richtlijn is inmiddels geaccordeerd en vigerend en sinds 1 oktober 2013 te raadplegen via de NVMDL-website. Om de implementatie van deze nieuwe richtlijn te ondersteunen, hebben we alle leden van de NVMDL in januari 2014 een zakkaartje met de belangrijkste tabellen toegezonden. Daarnaast hebben we gezorgd voor een speciale app – NLcolosurvRL – in de App Store te vinden onder de naam 'Nederlandse richtlijn coloscopie surveillance NVMDL'. Aan een webversie van deze app wordt nog gewerkt. Deze is binnenkort beschikbaar via de website van de NVMDL.

Evelien Dekker en Monique van Leerdam voorzitter en vice-voorzitter NVMDL-werkgroep 'Richtlijn coloscopie-surveillance'



Xifaxan[®]550
Rifaximine- α

NIEUW

Robuuste bescherming tegen recidiverende episodes van hepatische encefalopathie¹



Dagelijkse behandeling met XIFAXAN[®] 550 geeft in vergelijking met de huidige standaardtherapie* de volgende significante voordelen:

- 58% relatieve risicoreductie op doorbraakepisodes van HE ($p < 0,001$)¹
- 50% relatieve risicoreductie op ziekenhuisopnames door HE ($p = 0,01$)¹
- verbetert de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij patiënten met recidiverende HE ($P = 0,0093$)²

* In de hoofdstudie¹ werd gelijktijdig lactulose gebruikt door 91% van de patiënten. Zie elders in deze uitgave voor referenties en verkorte SPC.

Product onder licentie van Alfa Wassermann S.p.A.
XIFAXAN is een handelsmerk van de Alfa Wassermann groep dat in licentie gegeven is aan de Norgine groep.

Vroegsignalering alcoholproblematiek werkt!

In 2005 is het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA), een nationaal samenwerkingsverband, van start gegaan (zie www.vroegsignaleringalcohol.nl).

Om te bevorderen dat bij probleemdrinkers vroegsignalering en kortdurende interventies zo breed mogelijk worden toegepast, zijn door het PVA in samenwerking met zorgverleners diverse activiteiten ontwikkeld (zie ook: *MAGMA* 1-2012).

Recent zijn pilotprojecten in drie ziekenhuizen afgerond.

In het MCH Westeinde werd bij patiënten die zich op de spoedeisende hulp presenteerden, bij de triage een korte vragenlijst over alcoholgebruik afgenomen. Ruim 70% van de 41.900 patiënten werd gescreend. 10% bleek een positieve AUDIT-c-score te hebben. Aan ruim de helft van deze patiënten werd een folder (37%), een kortdurende interventie (17%) of verwijzing naar verslavingszorg (3%) aangeboden. De drie-maanden-follow-up toont aan dat bij het geven van een folder en met een kortdurende interventie respectievelijk 52% en 77% van de patiënten het alcoholgebruik heeft geminderd of zelfs helemaal gestopt.

In het Radboud UMC werd een project uitgevoerd in een poliklinische setting, waarbij detectie en behandeling van overmatig alcoholgebruik werd geïmplementeerd in het kader van cardiovasculair risicomanagement. Bij ruim 90% van alle nieuwe patiënten met atherosclerotisch vaatlijden werd de alcoholscreening met behulp van de volledige AUDIT-vragenlijst uitgevoerd. Bij 33% van de patiënten werd overmatig alcoholgebruik vastgesteld. Na terugkoppeling van de screeningsresultaten werd aan patiënten met een positieve score een kortdurend interventiegesprek aangeboden en

werden handvatten aangereikt voor leefstijlverbetering. Na één jaar was bij ruim 11% van de patiënten die op dat moment nog werden gevolgd, het alcoholgebruik tot een verantwoord niveau gereduceerd. Dit betrof 60% van de gescreende patiënten. Het derde project werd uitgevoerd op de klinische verpleegafdeling Maag-Darm-Leverziekten van het Meander Medisch Centrum. Uiteindelijk werd bij ruim 200 patiënten de AUDIT-c-vragenlijst afgenomen; 40% bleek geheelonthouder. Logistieke en personele hindernissen bemoeilijkten het inzetten van kortdurende interventies. Inzicht in het drinkgedrag van patiënten is echter belangrijk bij het vaststellen van het beleid; het afnemen van de AUDIT-c is hiervoor een goed hulpmiddel gebleken.

Conclusie

De resultaten van de drie beschreven pilotprojecten tonen aan dat met behulp van een korte vragenlijst en het aanbieden van een motiverend interventiegesprek vroegsignalering en behandeling van overmatig alcoholgebruik in diverse klinische settings goed mogelijk is.

Philip Friederich¹, Sebastiaan Bredie², Angélique van Gaalen³, Erica van der Schrieck-de Loos⁴, Miranda Laurant⁵

¹ MDL-arts, Meander Medisch Centrum;

² internist, Radboud UMC;

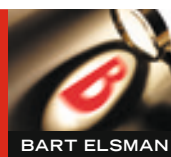
³ verpleegkundig specialist SEH, MCH Westeinde;

⁴ senior beleidsmedewerker, CBO Dutch Institute for Healthcare Improvement;

⁵ senior onderzoeker IQ healthcare, Radboud UMC



COLUMN



BART ELSMAN

COLOSCOPIE ENZOVOORT...

Ik zag de ontroerende documentaire Misha enzovoort van cineast Cherry Duyns over componist/pianist Misha Mengelberg. Misha is dement, wist bij god niet meer waar hij was, maar trad met zijn ensemble nog steeds op voor publiek in Londen. Hij dacht zelf, dat hij op dat moment in Zeeland was.

Ik moest denken aan een filmpje, dat wij jaren geleden maakten over de inzet van bejaarde endoscopisten. Zij werden door verpleegkundigen opgehaald uit een bejaardenhuis en kwamen met rollator de kliniek binnen. In de gesprekken gaf de één aan, dat hij tijdens een coloscopie wel twee keer moest plassen, de ander, dat dit eigenlijk niet mogelijk was, omdat hij bij terugkeer van het toilet zich niet meer herinnerd, wat hij daarvoor gezien had.

Inmiddels is in Nederland het bevolkingsonderzoek darmkanker van start gegaan. Nu blijkt dat de verzekeraars de coloscopieën vooral gunnen aan privéklinieken, waar veel gepensioneerde MDL-artsen werkzaam zijn. Sommigen zijn ouder dan de leeftijdsboven grens van de doelgroep van het bevolkingsonderzoek. Gelukkig – gezien de hoge leeftijd van de endoscopisten – is besloten, dat het hele personeel een reanimatiecursus moet volgen.

Ik werk ook een dag in de week in een diagnostisch centrum, waar de gemiddelde leeftijd van de endoscopisten hoger dan 65 jaar is. Ik weet op eigen kracht op de fiets de kliniek te bereiken en kan aan het eind van de dag mijn huis weer vinden. Hoe lang nog?

Zakboek dabigatran

Een leidraad voor gebruik in bijzondere situaties.

Dabigatran (Pradaxa®) is een nieuw oraal anticoagulans met directe trombineremming als werkingsmechanisme. Sinds 2008 is Pradaxa in Nederland geregistreerd voor primaire preventie van veneuze-embolische aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een heupvervangende of knie vervangende operatie hebben ondergaan. Sinds 2011 is Pradaxa ook geregistreerd voor de preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij patiënten met non-valvulair boezemfibrilleren*.

In de nabije toekomst zullen u en uw collega's meer en meer geconfronteerd worden met patiënten die dabigatran gebruiken, waarmee u voor nieuwe klinische situaties kunt komen te staan. Een groep van 11 medisch specialisten heeft zich gebogen over vragen en situaties die zich in de dagelijkse praktijk voordoen, waarvoor extra informatie is gewenst. Dit met doel tot een praktische leidraad te komen voor het gebruik van dabigatran bij boezemfibrilleren in bijzondere klinische situaties, als aanvulling op de reguliere productinformatie. Een herziene uitgave is in 2013 uitgekomen.

Het Zakboek dabigatran kunt u aanvragen bij de Medinfo afdeling van Boehringer Ingelheim bv op telefoonnummer: 088 - 2255 889. Er is ook een webversie beschikbaar. Deze is te vinden op www.zakboek-dabigatran.nl. Tenslotte is het zakboek als App verkrijgbaar voor zowel iPhone als Android smartphones en tablets, respectievelijk in de Apple App store en de Google Play store.

* Pradaxa is geregistreerd en vergoed ter preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met nonvalvulair atriumfibrilleren (NVAf) met één of meer risicofactoren, zoals CVA of TIA (transient ischaemic attack) in de anamnese, leeftijd 75 jaar en ouder, hartfalen (New York Heart Association (NYHA) klasse \geq 2), diabetes mellitus, hypertensie.

Zie voor de SPC elders in dit blad.

SCLEROCYST-trial

Behandeling van symptomatische levercysten middels een combinatie van aspiratie-sclerotherapie met pasireotide

Naar schatting 2,5–11% van de bevolking heeft één of meerdere levercysten [1]. Het grootste deel van deze groep is asymptomatisch. Echter, door constante vochtproductie in de cyste kan deze dermate in volume toenemen dat er klachten ontstaan. In dit geval dient behandeling te worden overwogen. De afdeling MDL van het Radboudumc heeft het afgelopen decennium grote expertise opgebouwd op het gebied van behandeling van levercysten.

Aspiratie-sclerotherapie

In samenwerking met de interventieradiologie kan behandeling middels aspiratie-sclerotherapie worden ingezet. De levercyste wordt echogeleid percutaan gedraineerd (aspiratie) en vervolgens met een hoge concentratie ethanol geïnjecteerd (sclerotherapie). Helaas zijn de huidige resultaten van deze minimaal-invasieve behandeling nog enigszins teleurstellend: gemiddeld wordt een diameterreductie van circa 40% verkregen. Deze effectiviteit willen wij graag verbeteren.

Pasireotide

In de afgelopen jaren is in verschillende trials het remmende effect van somatosta-

tine analogen op levercysten beschreven [2]. Pasireotide is een langwerkend somatostatine analogo met een sterke affiniteit voor somatostatine receptoren. De veiligheid van dit middel is reeds bij verschillende aandoeningen aangetoond [3,4,5].

Aspiratie-sclerotherapie + Pasireotide = SCLEROCYST-trial

Om het effect van aspiratie-sclerotherapie te versterken, zijn wij dit jaar een trial gestart waarbij pasireotide aan aspiratie-sclerotherapie wordt toegevoegd. Dit onderzoek kent een gerandomiseerd dubbelblind placebo-gecontroleerd karakter: patiënten worden geloot (1:1) voor pasireotide of placebo. Twee weken vóór aspiratie-sclerotherapie wordt intramusculair een injectie langwerkend pasireotide of placebo toegediend. Deze injectie zal twee weken na aspiratie-sclerotherapie worden herhaald. Vier en twaalf weken na aspiratie-sclerotherapie zal de cystediameter echografisch worden gemeten.

Wij verwachten dat de afname van diameter groter zal zijn in de pasireotidegroep. De totale studieduur beslaat veertien weken. Patiënten zullen gedurende de studie vijfmaal het Radboudumc bezoeken.

Wie zoeken wij?

- Patiënten met een symptomatische levercyste groter dan 5 cm
- Leeftijd 18–70 jaar

Belangrijkste exclusiecriteria

- Overgevoeligheid voor somatostatine analogen
- Zwangerschap of het geven van borstvoeding
- Gebruik van orale anticonceptiva of oestrogeensuppletie
- Ongecontroleerde diabetes ondanks adequate therapie
- Symptomatische cholecystolithiasis

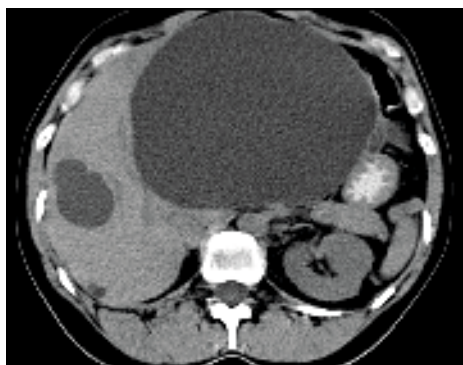
Wij zullen de patiënt uitnodigen voor een eerste screening, waarbij wordt gekeken of deelname mogelijk is.

Contact

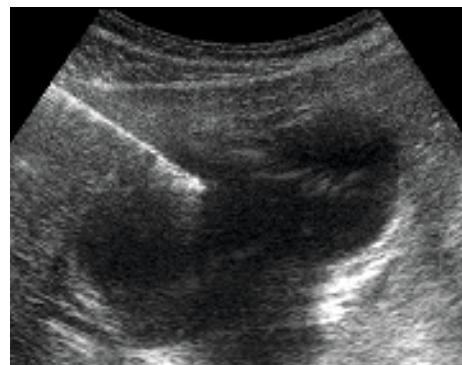
Indien u geïnteresseerd bent of vragen heeft, kunt u contact opnemen met: *Titus Wijnands*, arts-onderzoeker Gastro-enterologie en hepatologie, Radboud UMC Nijmegen
E-mail: Titus.Wijnands@radboudumc.nl
Telefoon: (06) 5023 4804 / (024) 361 9190

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in **MAGMA 1-2014**.

Figuur 1:
Transversale CT-scan toont dominante cyste in de lever.



Figuur 2:
Echogeleide percutane aspiratie van een levercyste.



PIJN RECHTSBOVEN IN BUIK BIJ MECKELSE DIVERTICULITIS

1

Een 59-jarige patiënte presenteerde zich op de spoedeisende hulp met buikpijn. Het betrof een continue pijn rechtsboven in de buik, uitstralend naar de rug. Er was geen sprake van koorts. Bij lichamelijk onderzoek werd een soepele doch drukpijnlijke buik gezien, met name rechtsboven. Laboratoriumdiagnostiek toonde een leukocytengetal van $13,1 \times 10^9/l$ en een CRP van 12 mg/l, levertesten en amylase waren ongestoord. Patiënte werd ter observatie opgenomen met de werkdiagnose cholecystitis dan wel appendicitis, hoewel een echografie van het abdomen geen afwijkingen vertoonde. Gedurende de opname ontwikkelde patiënte een subfebrile lichaamstemperatuur tot 38,2 °C, het CRP steeg tot maximaal 167 mg/l en de pijnklachten bleven aanwezig. Derhalve werd besloten om aanvullende beeldvorming te verrichten. Een CT-abdomen toonde een tubulaire, hypodense structuur rechts onderin de buik met ventinfiltratie rondom en enkele luchtbelletjes in het centrum. De maximale diameter was 2 cm en er was communicatie met de dunne darm (zie afbeelding).

Het beeld was passend bij een ontstoken divertikel van Meckel. In overleg met de chirurg werd besloten tot een initieel conserva-



Figuur 1. CT-abdomen met tubulaire, hypodense structuur rechts onderin de buik met ventinfiltratie rondom en enkele luchtbelletjes in het centrum.

tief beleid en werd gestart met antibiotica, waardoor patiënte geleidelijk goed opknapte. Een controle-CT-scan, vervaardigd een maand na de eerste CT-scan, toonde normalisatie van het diverticulitisbeeld. De chirurg zal electief een laparoscopische partiële dunnedarmresectie verrichten.

Bespreking

Het Meckels divertikel is de meest voorkomende congenitale afwijking van het maag-darmstelsel. Dit divertikel ontstaat bij 1–5% van de populatie, wanneer tijdens de embryonale ontwikkeling een deel van de *ductus omphalo-entericus* behouden blijft. Zo ontstaat een rudimentaire uitstulping van het ileum met daarin alle lagen van de dunnedarmwand en bij 50% ook ectopische weefsel van maag of pancreas.¹ In de meeste gevallen blijft dit asymptomatisch (93–98%). De meest voorkomende complicaties op volwassen leeftijd zijn darmobstructie (22–50%), acute inflammatie (20–28%) of gastro-intestinale bloeding (11–38%).^{2,3,5}

Patiënten met een Meckelse diverticulitis kunnen zich presenteren met koorts en acute buikpijn. Het klinisch beeld is daardoor moeilijk te onderscheiden van een appendicitis, diverticulitis van het colon, of zoals in deze casus, van een cholecystitis.³ Een Meckels divertikel kan aangetoond worden middels een ^{99m}Tc ectopisch maagslijmvliesscintigrafie. Vanwege het acute karakter wordt een Meckelse diverticulitis echter vaker gediagnosticeerd middels echografie, CT-scan of tijdens een exploratieve operatie.^{4,6}

Op basis van *case series* wordt chirurgische resectie middels diverticullectomie of segmentele dunnedarmresectie geadviseerd wanneer een Meckels divertikel symptomatisch is.^{5,6} Bij bovenstaande patiënte met een Meckelse diverticulitis is ervoor gekozen eerst conservatief met antibiotica te behandelen en in een later stadium een resectie te plannen.

Mirjam van Velzen, Jefte Drijvers, Lucette Schipper
Jeroen Bosch Ziekenhuis, Afdeling Maag-darm- en leverziekten

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in MAGMA 1-2014.

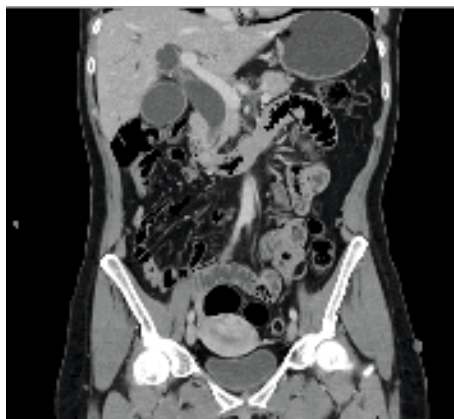
SOMATOSTATINOOM GEASSOCIEERD MET NEUROFIBROMATOSE TYPE 1

2 Een 44-jarige vrouw werd in 2012 via de spoedeisende hulp opgenomen op de MDL-afdeling in verband met milde pijn rechts boven in de buik, icterus en levertestafwijkingen (alkalisch fosfatase 1368 U/L (normaal <140), gamma GT 1681 U/L (normaal <40), ASAT 559 U/L (normaal <30), ALAT 631 U/L (normaal <35) en bilirubine 52,7 $\mu\text{mol/L}$ (normaal <20)). Bij lichamelijk onderzoek valt op dat de huid *café-au-lait*-vlekken vertoont en verspreid over het lichaam fibromen worden gevoeld, passend bij de bekende voorgeschiedenis van de ziekte van Von Recklinghausen (neurofibromatose type 1). De CT-abdomen toonde een *double duct sign* met fors gedilateerde galblaas. Ter plaatse van de papil van Vater wordt een kleine toegevoegde massa van circa 1,9 cm gezien (afbeelding 1). Bij gastroscopie werd alleen een prolaberend papilcomplex gezien met vilieus aspect waaruit bipten. Microscopie hiervan toonde in de *lamina propria* in compacte clusters gelegen neuro-endocriene cellen met een sterk granulaïr cytoplasma. Bij aanvullende kleuringen waren deze cellen positief in de synaptofysine-, chromogranine A- en somatostatinekleuring. Een 68Ga-DOTATOC PET-CT-scan toonde behoudens duidelijke stapeling ter hoogte van de papilregio geen andere aankleurende laesies.

Er werd geconcludeerd dat er sprake was van een neuro-endocriene tumor, type somatostatinoom van de papil van Vater zonder aanwijzingen voor metastasen.

Patiënte onderging enkele weken later een pylorusparende pancreaticoduodenectomie. Microscopisch onderzoek van het resectiepreparaat bevestigde de diagnose van een 0,7 cm groot pT2N1Mx-somatostatinoom.

Een soortgelijke casus zag wij ook reeds in 2007. Het betrof

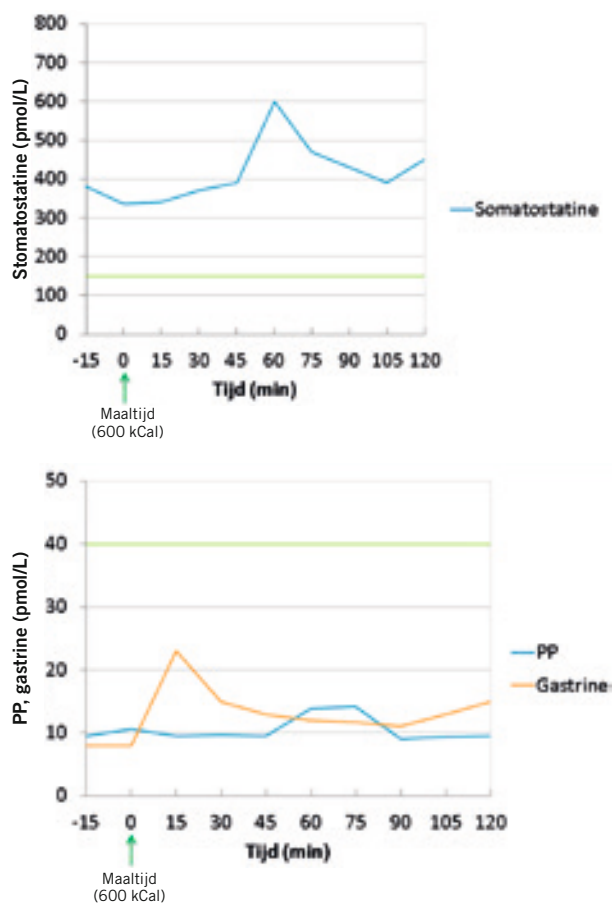


Figuur 1
CT-abdomen met gedilateerde galblaas en gedilateerde galwegen op basis van een wekdelenmassa ter hoogte van de papil van Vater.

toen een 48-jarige man met eveneens de ziekte van Von Recklinghausen. Hij presenteerde zich met aanvalsgewijs icterus en tevens diarree en 6 kilogram gewichtsverlies. Ook bij hem werden cholestatische levertestafwijkingen gevonden met bij beeldvorming een zeer sterk vergrote galblaas van 240 ml (normaal <50 ml) en stuwning van galwegen met een obstruerende hypodense massa ter hoogte van de pancreaskop. Bij gastroduodenoscopie werd ook hier een afwijkende papil van Vater gezien waarvan de bipten aanwezigheid van somatostatinoom toonden.

Lees verder op pagina 31.

Meal Stimulation test



Figuur 2a en 2b

Maaltijdstimulatietest: Somatostatinespiegel en spiegels van PP (pancreas-polyptide) en gastrine na een vetrijke maaltijd van 600 kCal.



Toonaangevend

Al meer dan 25 jaar richt Ferring zich met Pentasa op verbetering van kwaliteit van leven van IBD-patiënten!

- Maatwerk met een breed en effectief assortiment 1 x daagse toedieningsvormen
- Ondersteuning met de bekende IBD-patiëntenbrochures, MDL-Life, wetenschappelijk onderzoek, congressen en nascholing.



 **PENTASA**[®]
MESALAZINE
Zet de toon, met passie

FERRING
PHARMACEUTICALS

Naam van het geneesmiddel: Pentasa[®] **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg of 1 g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine, suspensie voor rectaal gebruik bevat 1 g mesalazine per 100 ml, zetpil bevat 1 g mesalazine. **Therapeutische indicaties:** Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Suspensie voor rectaal gebruik: proctitis, proctosigmoiditis en linkszijdige colitis. Zetpil: proctitis. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor mesalazine of overige bestanddelen van het product, of voor salicylzuurderivaten. Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevelen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoelighedsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Na rectale toediening kunnen lokale reacties, zoals pruritus, rectaal ongemak en aandrang optreden. Verder komt vaak voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** augustus 2010

GE&HEP IN NEDERLAND:

Succesvolle wetenschappelijke discipline?

Bij bezoek aan buitenlandse congressen hoeft de Nederlandse MDL-arts, chirurg of kinderarts zich niet eenzaam te voelen. De DDW, UEGW, AASLD en EASL worden door grote groepen MDL-artsen bezocht, vaak genereus (“zolang dat nog kan”) ondersteund door de industrie. Als social events zijn deze congressen meestal ook geslaagd. Maar hoe staat het met onze wetenschappelijke inbreng?

Wie is eigenlijk de GE&HEP-onderzoeker? Een plausibele definitie lijkt mij de onderzoeker die er eer in stelt haar of zijn werk op GE&HEP-congressen te presenteren en in GE&HEP-tijdschriften te publiceren (inclusief *NEJM*, *Lancet*, *Nature*). *Figuur 1* laat zien waar wij staan ten opzichte van andere wetenschappelijke disciplines (bron: *CWTS-rapport 2012*). In de middenmoot dus. Omdat we een relatief kleine discipline zijn, lijkt mij dit een eervolle plaats.

Figuur 2 toont het aantal wetenschappelijk publicaties per universitair centrum. Daar zitten dubbeltellingen bij, want artikelen met co-auteurs uit meerdere centra zijn per centrum nog een keer genoemd (bron: *Web of Science* met als zoektermen de namen van GE&HEP-onderzoekers met het adres in de periode 1998–2012). De Hirsch-index zegt iets over het aantal goed citerende publicaties per onderzoeker. Via de database *Web of Science* kan men dit ook per centrum uitrekenen. Het EMC, AMC en UMCG behoren tot de top op GE&HEP-gebied. Volgens gegevens van het CWTS (*figuur 3*) hoort Leiden ook bij deze illustere groep. Het CWTS maakt hierbij gebruik van de *impact score* (dit is een berekening

die niet identiek is aan de Hirsch-index) die voor deze centra significant boven het wereld-GE-gemiddelde ligt.

Goed geciteerde publicaties behoren tot onze kroonjuwelen. *Tabel 1* toont twee artikelen met een impactfactor hoger dan 100. Zonder geld geen onderzoek. *Figuur 4a en 4b* tonen de ZonMW- en MDLS-subsidies die per GE-wetenschapveld zijn geïnvesteerd. Het zal u niet verbazen dat IBD, oncologie en hepatologie de leidende gebieden zijn.

Uiteraard wordt er ook onderzoek in niet-universitaire centra gedaan. Dit betreft vooral deelname aan multicenterstudies. Nederland is daar goed in. Met name landelijke werkgroepen (zoals de Pancreatitis Werkgroep en de basale sectie van de NVH) dragen bij aan deze positieve ontwikkelingen.

Men kan concluderen dat we trots mogen

zijn op ons onderzoek. Het kan altijd beter, maar daar is geld voor nodig. Naast ZonMW en industrie behoort de MLDS tot onze grote geldschietters. Op dit moment heeft de MLDS gekozen voor een zeer gefocuste aanpak, dit tot frustratie van veel onderzoekers die hiermee buiten de boot vallen. Politiek? Men mag hopen dat de MLDS snel van deze doodlopende weg terugkomt en het veld weer in de volle breedte gaat ondersteunen onder het adagium: alleen kwaliteit telt!

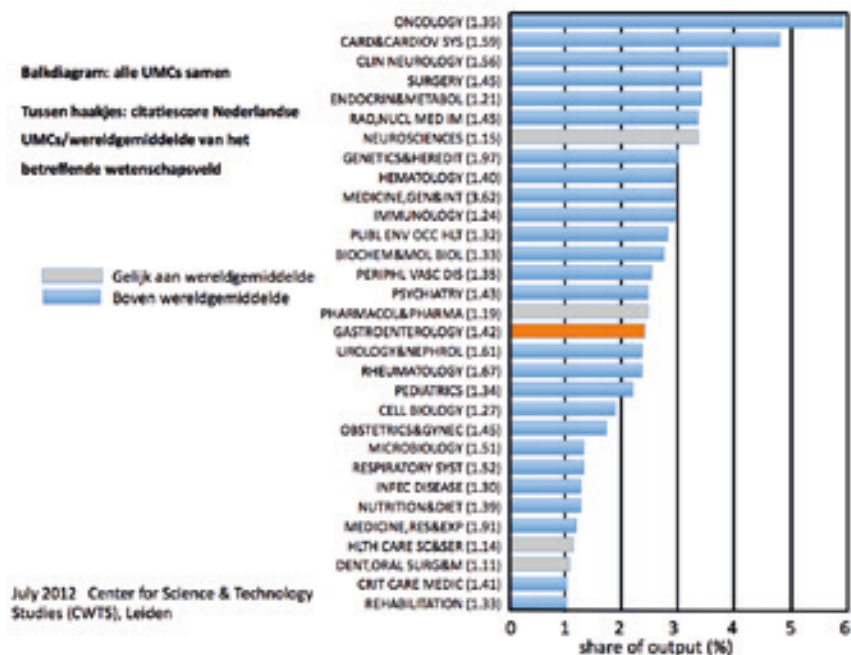
Peter Jansen

MDL-afdeling AMC – Heelkunde MUMC

Kijk voor alle figuren en tabellen op www.mdl.nl/MAGMA.

Met dank aan CWTS Leiden, MLDS, ZonMW, NVGE.

Figuur 1. Output en impact per wetenschappelijke discipline in Nederland 2006–2011.



RISK STRATIFICATION IN UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING; PREDICTION, PREVENTION AND PROGNOSIS

Nicolette de Groot, UMC Utrecht, 8 oktober 2013



Eerst wordt gekeken naar predictie en preventie van gastro-intestinale complicaties bij gebruikers van NSAID en lage dosis aspirine. Ter bevordering van de risicostratificatie in deze patiëntengroep is een predictiescore ontwikkeld, waarbij kan worden voorspeld welke patiënten een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een bovenste tractus-digestivusbloeding. Ook is een tweetal kosteneffectiviteitsanalyses verricht om te bepalen welke gastroprotectieve strategie het meest kosteneffectief is. Conclusie: voor zowel laag- als hoog-risicopatiënten is het kosteneffectief om een protonpompremmer te gebruiken naast NSAID-en/of aspirinegebruik. Het tweede deel concentreert zich op risicostratificatie ten behoeve van de prognose van patiënten met bovenste tractus-digestivusbloedingen. In een groot multicenter prospectief onderzoek vonden we dat patiënten die in het weekend werden opgenomen, een verhoogd risico hebben op mortaliteit vergeleken met patiënten die doordeweeks werden opgenomen. Daarna volgt een update van de voorspellende

waarde van de Forrest-classificatie en wordt onderzocht of de klinische intuïtie van gastro-enterologen net zo goed of misschien zelfs beter is dan gevalideerde predictiescores zoals de Blatchford- en Rockall-score. De gevalideerde predictiescores bleken een betere voorspellende waarde te hebben. Het proefschrift besluit met een eigen predictiescore, waarmee kan worden voorspeld welke patiënten die verdacht worden van een bovenste tractus-digestivusbloeding, dienen te worden opgenomen in het ziekenhuis en welke ontslagen kunnen worden.

Curriculum vitae

Nicolette de Groot studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Daarna werkte zij enkele maanden als arts-assistent interne geneeskunde in het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. In 2010 startte zij haar promotietraject onder begeleiding van prof. dr. P.D. Siersema, dr. M.G.H. van Oijen en dr. A.J. Bredenoord. In januari 2013 begon Nicolette met de opleiding tot MDL-arts vanuit het UMC Utrecht. **Het proefschrift is te verkrijgen via N.L.deGroot-3@umcutrecht.nl.**

ANTIVIRAL TREATMENT FOR CHRONIC HEPATITIS C INFECTION. PREDICTION OF TREATMENT RESPONSE AND SIDE EFFECTS

Lotte G. van Vlerken, Universiteit Utrecht, 21 november 2013



Antivirale behandeling van chronische hepatitis C middels PEG-interferon en ribavirine is niet bij alle patiënten succesvol en gaat tevens gepaard met forse bijwerkingen. Dit proefschrift focust zich op mogelijk beïnvloedbare voorspellers van therapierespons, met name ribavirineconcentraties en therapietrouw.

Wij toonden aan dat SVR-percentages toenamen bij een stijging van de steady-state ribavirineconcentratie: 47%, 69%, 76% en 95% in het geval van ribavirineconcentraties van ≤ 2 , 2-3, 3-4 en ≥ 4 mg/L ($p=0.001$). Ribavirine-afhankelijke factoren bleken belangrijker voorspellers van non-respons te zijn dan PEG-interferon-gerelateerde factoren. Tevens toonden wij aan dat ribavirineconcentraties na 1, 2 en 4 weken antivirale behandeling kunnen worden gebruikt om therapeutische steady-state concentraties te voorspellen ($\geq 2,20$ mg/L op week 8), zodat het mogelijk wordt om tijdig dosisaanpassingen te doen met potentiële gevolgen voor therapierespons. In onze systematische review concluderen wij dat therapieontrouw geen frequent fenomeen lijkt te zijn bij antivirale behandeling van zowel chronische hepatitis B als C, maar dat therapieontrouw wel geassocieerd is met een verhoogd risico op falen van de behandeling. Verder toonden wij in een prospectieve, gerandomiseerde studie aan dat een speciaal medicijndoosje met

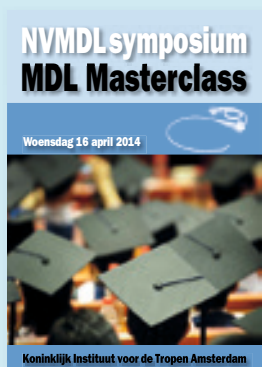
SMS-herinneringen geen effect had op therapietrouw, ribavirineconcentraties en SVR-percentages tijdens behandeling voor chronische-hepatitis-C-patiënten. Een therapietrouw van 100% werd gerapporteerd door 73% van de patiënten, terwijl de mediane therapietrouw op basis van het medicijndoosje 93% was. Er was geen significante correlatie tussen gerapporteerde therapietrouw en therapietrouw op basis van het medicijndoosje ($p=0.37$). De studies beschreven in dit proefschrift kunnen worden gebruikt om de respons op antivirale behandeling van chronische hepatitis C te verbeteren. Ook met de introductie van nieuwe antivirale middelen zal ribavirine immers een hoeksteen blijven van de behandeling van chronische hepatitis C. Ook is optimale therapietrouw zeer belangrijk bij triple of zelfs quadruple therapie.

Curriculum vitae

Lotte van Vlerken (Gemert, 1985) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Na haar afstuderen in 2009 startte zij met promotieonderzoek onder begeleiding van prof. P.D. Siersema, prof. A.I.H. Hoepelman, dr. K.J. van Erpecum en dr. J.E. Arends. In januari 2013 is zij gestart met de opleiding tot MDL-arts, momenteel werkt zij in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort.

Het proefschrift is te verkrijgen via l.g.vanvlerken@gmail.com.

NVMDL-symposium én ledenvergadering in KIT Amsterdam



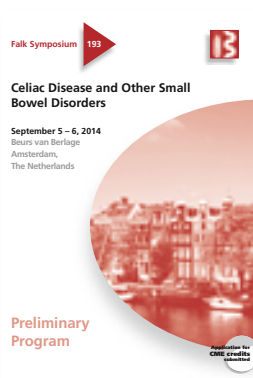
Hierbij nodigen we u van harte uit deel te nemen aan het vijfde NVMDL-symposium *MDL Masterclass* op woensdag 16 april aanstaande in het Koninklijk Instituut voor de Tropen in Amsterdam. Daar hoort u alles over MDL-ict, financiering van MDL-zorg in 2015, het standaard PA-verslag, de nieuwe richtlijnen sedatie, colorectaal carcinoom en coloscopie-surveillance. Vanuit het Dutch Institute for Clinical Auditing zullen we de werkelijke waarde van kwaliteits-indicatoren vernemen. Ook zal de nodige aandacht worden besteed aan de e-nose en het poeppalarm. Tips & tricks met betrekking tot de werking van onze coagulatieapparatuur en hoe brokken te voorkomen, is ook een niet te missen item. Ten slotte hopen wij van onze Engelse collega te vernemen of er een standaardcoloscopie-

techniek bestaat die we allemaal zouden moeten toepassen om kwaliteit en veiligheid te optimaliseren. Kortom, zelden leverde één dag zóveel voor de praktijk relevante informatie op. Aansluitend zal een Algemene Ledenvergadering van de NVMDL plaatsvinden.

Organisatiecommissie NVMDL-symposium
Monique Knops, verpleegkundige,
Thijs Grasman, aios MDL,
Willem Moolenaar, *Maurice Russel*, *Maarten Tushuizen*, MDL-arts

**Kijk voor programma, accreditatie en
aanmeldingskaart op www.mdl.nl.**

Coeliakie en andere dunnedarmaandoeningen



Sinds 80 jaar geleden Willem-Karel Dicke begon met zijn glutenvrije dieet, is het begrip van de intestinale immunologie en darmmicrobiotica compleet veranderd. Klassieke coeliakie met diarree, bloedarmoede en forse diarree wordt steeds minder gezien. De imagingtechnieken die sinds 2000 beschikbaar zijn gekomen, zoals MRI-e, videocapsule en de dunnedarmendoscopie, vormen inmiddels een integraal deel van diagnostiek en therapie.

Inflammatoire aandoeningen van de dunne darm, zoals coeliakie, nemen in de klinische MDL-praktijk echter toe qua aantal en ernst. Ziekten als eosinofiele enteritis, *non-coeliac gluten sensitivity*,

FODMAP-intolerantie, de ziekte van Wipple, microscopische colitis, refractaire coeliakie en folliculaire lymfomen brengen ons in verwarring en vragen om een helder beleid. De dunne darm is duidelijk meer dan coeliakie.

Kijk voor het volledige programma en het registratieformulier op www.falkfoundation.org/events.

We hebben ruimte voor 600 congresgangers en hopen u daar, samen met 50-100 andere Nederlanders, te mogen begroeten.

Chris Mulder, Amsterdam
Detlef Schuppan, Mainz

Op 5 en 6 september 2014 wordt het 193^e Falk Symposium 'Celiac Disease and Other Small Bowel Disorders' gehouden in de Beurs van Berlage in Amsterdam.

IKAZIA ZIEKENHUIS OVER PILOTERVARINGEN BVO DARMKANKER

Volledig uit het niets komen de zorgen

“ICT-technisch klopte het en verliep alles vlekkeloos. Maar de coloscopieën duurden gemiddeld een stuk langer dan verwacht, zo’n 60 minuten in plaats van de 40 waarop was gerekend. Dit had niet alleen te maken met de bevindingen, maar ook met de administratieve handelingen die we per scopie moeten verrichten. Naast de kwaliteitsindicatoren moet elke poliep worden beschreven, zoals grootte en aspect, op welke manier deze is verwijderd en nog meer.”

Claudia Verveer vertelt over de ervaringen van het Ikazia Ziekenhuis met de darmkankerscreeningpilot eind 2013 waarin het Ikazia, het Erasmus MC en het Maastad Ziekenhuis participeerden. Van de 2500 deelnemers werden ruim 100 mensen opgeroepen voor een coloscopie, van wie 50 deelnemers werden gezien in het Ikazia Ziekenhuis.

De reactie van de patiënten bleek heftiger dan verwacht. Verveer: “Voor velen, zo bleek, was het wachten op de uitslag een spannende tijd. Gezonde mensen die nergens last van hebben, blijken bloed in de ontlasting te hebben. Volledig uit het niets komen de zorgen. We merkten vrijwel keer op keer de spanning die dit bij de mensen teweegbrengt.” Als het bevolkingsonderzoek langer loopt, zal de onrust vermoedelijk iets minder worden. Mensen konden na het onderzoek vaak gerustgesteld naar huis. Vrijwel iedereen was tevreden over de gang van zaken.

De vijftig mensen die tijdens de pilot van tien weken voor een coloscopie kwamen, waren inpasbaar binnen de dagelijkse routine. Als dat er meer worden – het Ikazia gaat uit van uiteindelijk duizend extra coloscopieën per jaar – wordt dat moeilijker, denkt Rob Ouwendijk. “Temeer omdat een strikte voortgang is afgesproken. Is er bloed aangetroffen, dan moeten binnen twee weken het intakegesprek en de scopie zijn

verricht én de patiënt op de hoogte zijn gebracht wat precies is aangetroffen, wat is verwijderd en of er vervolgstappen moeten worden gezet. Dat vergt een strakke organisatie. We buigen ons nu over de inpasbaarheid van de screening in ons dagelijks werk.”

Het Ikazia MDL-team telt vijf MDL-artsen en een scopiërend internist. Zij werken samen met negen internisten in één maatschap. Hun team wordt versterkt met twee MDL-verpleegkundigen en een physician assistent. De afdeling heeft ook twee aio’s die hier een deel van hun MDL-opleiding doen. “De opleiding MDL wordt samen met het Albert Schweitzer Ziekenhuis verzorgd. Zij krijgen ervaring in de poliklinische zorg en endoscopieën”, vertelt Rob Ouwendijk. Hij is blij met de samenwerking met het Albert Schweitzer en het Erasmus MC. “De aio’s houden ons scherp. En voor hen is een perifeer ziekenhuis een uitstekende plek om ervaring in het vak MDL op te doen.”



Van links naar rechts:

Rob Ouwendijk¹,
Pieter ter Borg¹,
Geert Bezemer¹,
Lenny de Jong²,
Lisette Capelle³,
Barbara van Krevelen⁴,
Hestia Vermeulen¹,
Connie Nuis²,
Ad Dees⁵,
Claudia Verveer¹.

¹ MDL-arts;

² MDL-verpleegkundige;

³ AIOS-MDL;

⁴ physician assistant MDL;

⁵ scopiërend internist;