STAND VAN ZAKEN 34 / FARMACOTHERAPIE BIJ BARRETT 36
SYMPOSIUM DIKKEDARMKANKER 39 / BEVOLKINGSONDERZOEK EN CAPACITEIT 40–43 / WATERTHERAPIE BIJ DWARSLAESIE 45
THEMA: KWALITEITSVERBETERING 48–57 / INTERNATIONALE TRIALS 59 / CASUÏSTIEK 61–63 / PROEFSCHRIFTEN 65
DE AFDELING 67

MDL

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 18 / NUMMER 2 / JUNI 2012

MDL AAN DE BAL: BEST PRACTICE IS TOPSPORT

UEGW wordt ‘uw’ UEG Week

De UEG organiseert eenmaal per jaar zijn/haar congres. Daarnaast groeien public affairs en nascholingsonderwijs en komen de verenigde Europeanen met een eigen tijdschrift. Zoals de Amerikanen *Gastroenterology* hebben, krijgen wij in Europa een blad dat Europa-breed wordt gedragen en een hoge impactfactor kan halen. Voor alle duidelijkheid: de NVMDL heeft MAGMA. Een *Netherlands Journal of MDL* lijkt ons ‘overdone’.

De UEG Week wordt georganiseerd voor MDL-artsen, chirurgen, kinderartsen, aios en basalisten. Van basaal, klinisch tot postgraduate onderwijs teneinde gezamenlijk verder te komen. Het aantal deelnemers is in tien jaar opgelopen van 9000 tot 14.000 à 15.000 deelnemers per jaar en het aantal abstracts van 2000 tot 3500 per jaar. Op basis van het zeer grote ledenaantal van de NVGE (1700 leden) heeft Nederland veel in de melk te brokkelen. Als klein land zijn we bovenmatig vertegenwoordigd bij de *invited speakers* en in de organisatie. Dit betekent niet, dat de NVGE ‘alleen-vertegenwoordiger’ is. Nederland is vertegenwoordigd via EASL, ECCO, SGE, ESGE, ESDO, kortom alle losse organisaties die gezamenlijk de UEG Week organiseren. Er is wel een scheidslijn tussen beroepsbelangen en wetenschap; de NVMDL’s van Europa zijn geen medeorganisatoren.

De NVGE-ontwikkeling qua ledenaantal heeft een parallel met de UEG. Ook hier niet alleen MDL-artsen, maar tevens basalisten, chirurgen en kinderartsen. Als u de beroepsgroep MDL inclusief aanstormend talent-in-opleiding rekent op rond de 550 leden, zijn er 1250 niet-MDL-artsen lid. De NVGE vertegenwoordigt dus het wetenschappelijke palet van (niet)snijders, basalisten en vele anderen in de MDL-mix. Het aantal leden van de NVGE is in vijf jaar toegenomen met 20%. Het aantal bezoekers op de NVGE-congressen groeit van rond de 830 participanten in 2007 naar nu 1050 op het voorjaarscongres van 2012 (najaarscongres: 950). Het cursorisch onderwijs (NVMDL) steeg in vijf jaar van 180 naar 220; het aantal *abstracts* bij de NVGE met 50%.

De NVGE en NVMDL groeien naar elkaar toe. De beroepsgroep groeide van 50 MDL-artsen in 1990, 100 in 1996, 200 in 2002, naar waarschijnlijk 400 eind dit jaar. De invloed van de MDL-artsen op de NVGE neemt toe. Formeel zijn de MDL-artsen in het NVGE-bestuur géén lid van het NVMDL-bestuur, maar zij behartigen het MDL-belang in brede wetenschappelijke zin.

Conclusie

De UEG is in twintig jaar een belangrijke speler op uw najaarsagenda geworden. De NVGE heeft een snelle groei doorgemaakt tot 1000 à 1100 bezoekers op het voor- en najaarscongres, waarbij het aantal en het percentage MDL-artsen op het congres toeneemt.
We moeten zorgen dat de MDL-artsen in Nederland eenmaal per jaar de NVGE voor *abstracts*, presentaties en het wetenschappelijke programma (blijven) bezoeken. Hetzelfde dilemma heeft de UEG (300 Nederlanders) vanwege de concurrerende congressen. Als NVGE zijn we buitengewoon tevreden met de komst van de UEG naar Amsterdam. We hopen op een grote opkomst van u als MDL-arts op ‘ons’ congres te Amsterdam.

Chris Mulder
Voorzitter NVGE

TRANSFERS

Noorden
Anke Marije Zonneveld (UMCG) start als 1e MDL-arts op 1 januari 2013 in Sneek. Piet Spoelstra nam op 20 april jl. afscheid, bijna 66 jaar, na een indrukwekkende loopbaan in het VUmc, LUMC en de laatste 28 jaar in Leeuwarden als MDL-arts en *godfather* van de lokale gastro-enterologie. Rick Jebbink moet vanwege ziekte, naar wij hopen tijdelijk, zijn werk neerleggen. Gezien de lokale nood is Piet ‘opnieuw begonnen’. Als het zo doorgaat, haalt hij 30 jaar in Leeuwarden wel. Vanuit Drachten, met 2 fte MDL-vacatures, verder geen nieuws.

Oosten
In Harderwijk start Mariëlle Mijnen-Bult (AZU) als 6e MDL-arts op 1-1-2013.

Zuiden
Joris van Gulik (Radboud) start als 7e MDL-arts in het Amphia Ziekenhuis op 1 januari 2013. De opmars van

Lees verder op pagina 37.

COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. **OPLAGE** 2650 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN WILLEM MOOLENAAR MARCO MUNDT PHILIP FRIEDERICH MICHIEL VAN HAASTERT **EINDREDACTIE** VAN LUYKEN COMMUNICATIE ADVISEURS **REDACTIEADRES** PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL **ABONNEMENTEN** ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: SECRETARIAAT NVMDL POSTBUS 657 2003 RR HAARLEM E-MAIL: SECRETARIAAT@MDL.NL **VORMGEVING** M.ART HAARLEM GRAFISCHE VORMGEVING **DRUK** DELTABACH GRAFIMEDIA BV NIEUW-VENNEP ISSN: 1384-5012 **MAGMA** MAGMA IS, VOLGENS VAN DALE, ‘DE GESMOLTEN MASSA VAN SILICATEN EN OXIDEN IN HET BINNENSTE DER AARDE’. HET STAAT ALS NAAM VAN DIT TIJDSCHRIFT VOOR HET BINNENSTE VAN DE MENS ÉN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN **COVER** ISTOCKPHOTO.

PERISCOOP

Helderheid

De tijd dat het aantal MDL artsen op de vingers van twee handen te tellen was, hebben we allang achter ons gelaten. In de afgelopen tien jaar waren wij in ons land het snelst groeiend specialisme, in die top zullen we ook in de komende jaren nog wel blijven. Dat is nodig uit oogpunt van wachtlijsten, de snelle stijging van tal van MDL-aandoeningen, nieuwe minimaal-invasieve en medicamenteuze ontwikkelingen, en demografie. Het Capaciteitsorgaan, dat zich bezighoudt met de planning van instroom in medische beroepsopleidingen, streeft naar ongeveer 490 werkzame MDL-artsen in 2019. Daarnaar zijn we hard op weg, overigens zitten we dan nog niet op het Europese gemiddelde van aantal MDL-artsen per miljoen inwoners.

Bij deze snelle ontwikkelingen is het zinvol ook te kijken naar onze vertegenwoordiging naar buiten. De Orde streeft er momenteel naar om vertegenwoordiging van beroepsverenigingen te kanaliseren en te bundelen. Hoewel dat theoretisch gezien voordelen kan hebben, bestaat er bij MDL-artsen een gezonde scepsis tegen dit plan, immers de Orde heeft zich in de afgelopen jaren niet getoond tot enige pleitbezorger van onze belangen bij enig overleg. Dat betekent dat wij primair onze eigen belangen moeten verzorgen. In een grijs verleden, bij een aantal van enkele tientallen MDL-artsen, is er bewust gekozen voor het naast elkaar functioneren van een NVMDL en een NVGE, de één als beroepsvereniging, de ander als wetenschappelijke vereniging. Dat heeft jarenlang uitstekend gefunctioneerd, maar werkt ondertussen in ons nadeel. Het is verwarrend voor de buitenwereld, en doet geen recht aan de inbreng en vertegenwoordiging van de MDL-artsen en aios in de NVGE-bijeenkomsten. Om die reden is het zinvol te streven naar een nauwere samenwerking van beide verenigingen, iets wat van harte gesteund wordt door beide besturen. Een dergelijke samenwerking zou een prachtige stap zijn bij de viering van 'honderd jaar MDL' in 2013!

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -

THEMA

Kwaliteitsverbetering

Tijdens het symposium 'MDL aan de bal' op 26 april presenteerden tien MDL-artsen hun best practice. Dat resulteerde in een inspirerende middag, waarin weer eens duidelijk werd hoe hard er wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering van het vak MDL. Met als doel uiteraard optimale zorg én veiligheid voor onze patiënten. Alle best practices alsmede de presentaties van het ochtendprogramma kunt u bekijken op onze verenigingssite. In deze MAGMA vindt u een impressie van het gehele symposium en een interview met de winnares van de eerste Nederlandse Kampioenschappen *Best Practice*, Joanna Kruimel.
Kwaliteitsverbetering van colonoscopie: een hot issue, nu het bevolkingsonderzoek darmkanker dichterbij komt. In Maastricht wordt dit najaar een masterclass aangeboden, Silvia Sanduleanu legt uit waarom. Het MCA Alkmaar is gestart met videosupervisie bij hun endoscopie-onderricht. Wilt u weten hoe dit werkt? Michael Klemt-Kropp vertelt hoe je de supervisie op de endoscopiekamer zinvol en efficiënt kunt organiseren.
In deze MAGMA ook een overzicht van de multidisciplinaire en landelijke Richtlijn Pancreascarcinoom die sinds 2011 beschikbaar is. De richtlijn is opgesteld op basis van een knelpuntinventarisatie onder professionals en patiënten.
Kortom, een themanummer vol onmisbare informatie voor de dagelijkse praktijk van ons mooie vak!

Willem Moolenaar

NIEUWS

UEGF gaat verder als UEG

Op 28 april, tijdens de feestelijke opening van het House of European Gastroenterology in Wenen, presenteerde Colm O'Morain UEG als nieuw merk. De UEGW wordt vanaf nu aangeduid als UEG Week. Het online learning platform OLGa heet voortaan UEG e-learning. Bijgaand het nieuwe logo.
Kijk op www.ueg.eu voor meer informatie!

UNITED EUROPEAN GASTROENTEROLOGY
ueg

Endoscopische therapie wordt tegenwoordig beschouwd als de behandeling van keuze van hooggradige dysplasie (HGD) en vroegcarcinoom in Barrett-oesofagus (BO)[1,2]. Maar hoe staat het met de medicamenteuze behandeling rondom deze ingrepen?

Elke proton is er één te veel

Alvorens in te gaan op medicamenteuze behandelingen rondom endotherapie voor BO-gerelateerde neoplasie, wil ik eerst stilstaan bij de huidige stand van zaken inzake de endoscopische behandeling zelf. De meeste Barrett-experts houden het volgende behandelalgoritme aan:

- *imaging endoscopie*: een zorgvuldige inspectie met hoog-resolutie endoscopie-apparatuur voorafgaand aan elke behandeling is essentieel. Elke verhevenheid, depressie, ulceratie of onregelmatigheid van het mucosale patroon of van de microvasculatuur moet bij deze endoscopie nauwkeurig worden geïnspecteerd, en separaat worden gebiopteerd;
- *endoscopische resectie*: elke zichtbare afwijking die histologisch gepaard gaat met epitheeldysplasie, moet worden verwijderd met behulp van een endoscopische resectietechniek en histopathologisch worden onderzocht;
- indien er geen zichtbare afwijkingen in Barrett-epitheel zijn, maar HGD is gevonden in *random*-biopten, dient het gehele Barrett-segment te worden geableerd. Radiofrequente ablatie (RFA) verdient hierbij de voorkeur. Het doel van de ablatie is dan niet alleen het verwijderen van het dysplastische epitheel. Algemeen wordt nu aanbevolen te streven naar eradicatie van al het Barrett-epitheel;
- ook na endoscopische resectie van een neoplastische afwijking wordt aanbevolen om het resterende Barrett-epitheel te behandelen met RFA, ongeacht het feit of er zich nog dysplastisch epitheel in het resterende Barrett bevindt.

Het einddoel van elke endoscopische behandeling van een Barrett-slokdarm met HGD of vroegcarcinoom is dus volledige eradicatie van al het Barrett-epitheel, niet alleen van het dysplastische epitheel.

Regeneratie na endoscopische resectie of ablatie

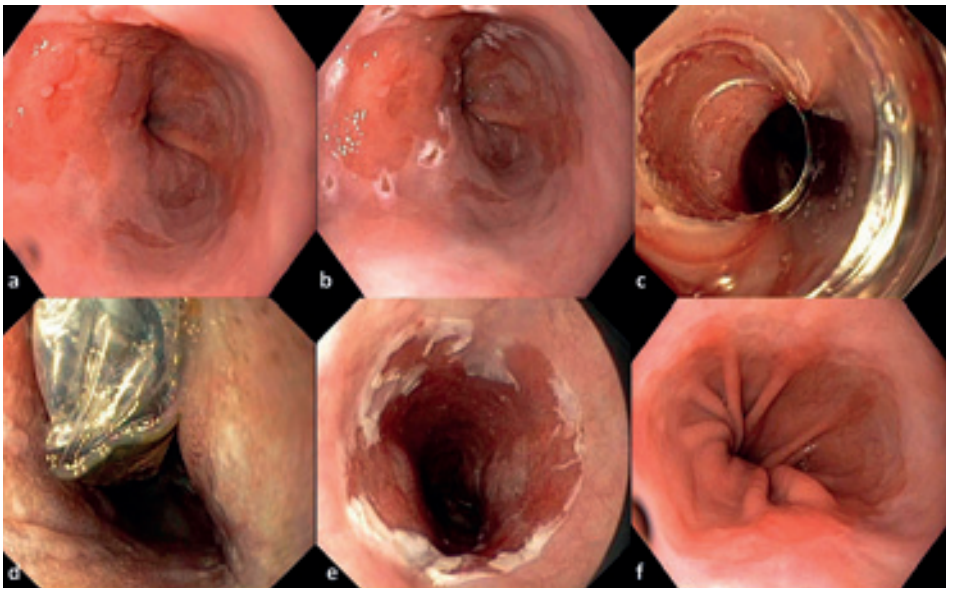
Zowel endoscopische resectie als ablatie resulteren in ulceratie, waarbij de epitheliale laag verdwijnt. In feite is deze situatie vergelijkbaar met het moment van ontstaan van Barrett-epitheel. Algemeen wordt aangenomen, dat BO ontstaat na een periode van erosieve oesofagitis. In het genezingsproces vindt vanuit stamcellen regeneratie van epitheel plaats, dat onder invloed van het aanwezige zuur metaplasie vertoont naar cilindrisch epitheel met intestinale kenmerken[3,4]. Naast het zuur zijn waarschijnlijk ook bestanddelen van gal van invloed op de richting van uitrijping[5,6], hoewel gal zonder zuur waarschijnlijk geen invloed heeft[7]. Aangezien de aanwezigheid van gal niet goed beïnvloedbaar is en het zuur dus een centrale rol speelt, is het adagium dat tijdens het genezingsproces geen enkele proton meer in de resectie- of ablatiewond mag belanden.

Maximale zuurremming

Vergelijkende studies naar de meest optimale medicamenteuze therapie na EMR of RFA ontbreken. Op theoretische gronden wordt tijdens de genezingsfase na endoscopische resectie of ablatie dus gestreefd naar een maximale zuurremming. In ons iDATE-consortium (*zie kader*) hebben we afgesproken dat we alle patiënten na endoscopische resectie of ablatie behandelen met een combinatie van 2dd 40 mg esomeprazol voor langere tijd, met daaraan gedurende twee weken toegevoegd 300 mg ranitidine a.n. en 4dd 1 g sucralfaat. Nogmaals zij gezegd, dat de keuze voor deze cocktail alleen stoelt op theoretische onderbouwing en *expert opinion*, niet op vergelijkende studies.
De keuze voor esomeprazol is gebaseerd op studies die aantonen dat deze protonpompremmer (PPI) de meest krachtige zuurremming bewerkstelligt. Dit is gedocumenteerd met 24-h intragastrische pH-metrie voor zowel de standaarddosering[8], als voor de hoge doseringen[9]. Ook in patiënten met BO lijkt esomeprazol tot betere zuurremming te leiden dan bijvoorbeeld pantoprazol[10]. Bekend is, dat tijdens behandeling met PPI er nachtelijk nog periodes kunnen zijn waarbij de maag-pH daalt tot

iDATE consortium

Consortium van zeven ziekenhuizen die zich hebben toegelegd op endoscopische behandeling van vroege neoplasie van de bovenste tractus digestivus, te weten: Academisch Medisch Centrum Amsterdam, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, Universitair Medisch Centrum Gasthuisberg Leuven, Isala klinieken Zwolle, Universitair Medisch Centrum Groningen, en het HagaZiekenhuis Den Haag.



Endoscopische behandeling van een patiënt met Barrett-oesofagus met neoplasie.

a) Barrett-oesofagus met vroegcarcinoom.
b) Het te reseceren deel is gemarkeerd met elektrocoagulatie.
c) Resultaat van de endoscopische resectie.
d) Radiofrequente ablatieprocedure. RFA-ballon is in de slokdarm gepositioneerd.
e) Directe effect van RFA. Het *debris* is van de mucosa geschraapt.
f) Eindresultaat na endoscopische resectie en twee aanvullende sessies RFA. Al het Barrett-epitheel is volledig vervangen door plaveiselepitheel.

beneden de 4. Dit fenomeen wordt de *nocturnal gastric acid breakthrough* genoemd.
Ranitidine (en andere H2-receptorantagonisten, H2RA) kunnen, ingenomen voor de nacht, deze nachtelijke zuurdoorbraak reduceren[11].
Van sucralfaat zijn alleen oudere studies bekend. Deze suggereren, dat sucralfaat vergelijkbaar effectief is aan H2RA[12] en dat er een additioneel effect van sucralfaat is boven H2RA alleen in de genezing van erosieve oesofagitis[13]. Of sucralfaat ook in combinatie met hooggedoseerd esomeprazol en ranitidine nog van aanvullende waarde is, is nooit onderzocht.

Aanvullende overwegingen

Uit bovenstaande moge duidelijk zijn, dat de wetenschappelijke onderbouwing van ons medicamenteuze behandelregime rondom endoscopische therapie voor BO-gerelateerde neoplasie nogal dun is. Mogelijk is er bij een deel van de patiënten sprake van overbehandeling. Ook kan worden tegengeworpen dat de gekozen behandeling duur is. Afgewogen tegen de kosten van een endoscopische behandeling van vroegcarcinoom zelf zijn deze additionele kosten echter goed te verdedigen. Feit is dat met bovenstaand endoscopisch en medicamenteus behandelregime het tegenwoordig mogelijk is om volledige conversie van al het Barrett-epitheel te bewerkstelligen, in de overgrote meerderheid van de patiënten[14], zelfs bij patiënten met een BO van meer dan 10 cm[15]. En dat mag toch best een significante vooruitgang worden genoemd.

Bas L.A.M. Weusten
MDL-arts, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
Hoogleraar Innovatieve Gastro-intestinale Endoscopie, Universiteit van Amsterdam

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen bij dit artikel.

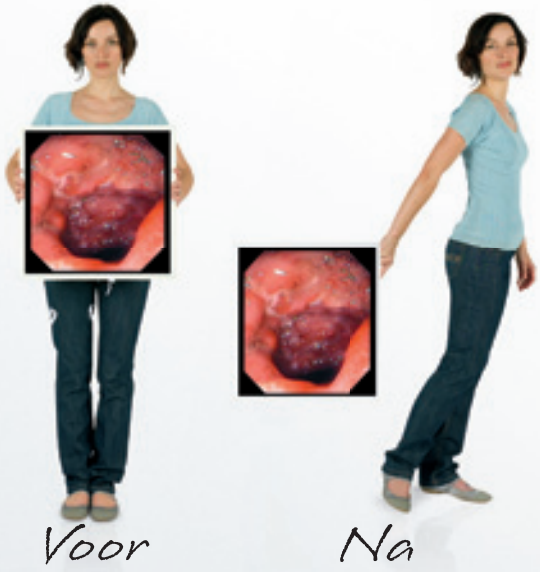
Vervolg MDL-Transfers van pagina 34.

Breda in de laatste jaren is indrukwekkend. In Eindhoven zijn minimaal 3 vacatures, 2 in het Catharina en 1 in het Anna-Ziekenhuis. Tilburg heeft nog steeds 3 vacatures.

Westen
Harry Janssen (EMC), hepatoloog in hart en nieren, vertrekt naar Toronto per 1-1-2013. De stoelendans om zijn opvolging is begonnen. De RvB van het AMC laat de MDL groeien en bloeien. Er zijn weer 4 nieuwe stafleden: Barbara Bastiaanse voor colonscreening, Arjan Bredenoord voor een carrière in de motoriek, Mark Löwenberg voor de IBD en Sophie Willems voor hepatologie. Ze volgt Peter Jansen op, die nu met pensioen is. Zijn afscheid staat gepland op 28 juni.
In Leiden is er sprake van stilte rond de vacature afdelingshoofd. Men bezint zich. De afdeling groeit echter razendsnel, met alle steun van de RvB. Akin Iderson is als 8e staflid recent gestart voor de hepatologie. In Den Haag domineert Westeinde-MDL de A12-besprekingen met Bronovo en Zoetermeer. Het wil veel MDL centraliseren. De maatschappen MDL van Dordrecht (Albert Schweitzer) en het Ikazia in Rotterdam fuseren. Almere wil de MDL-opleiding aanvragen binnen OOR-AMC.

Algemeen
De DOT, met alle onduidelijkheden, deformeert en vertraagt de toekomst van ons talent. Stafmaatschappen frustreren de ontwikkelingen, ze ontkennen de werklast van de MDL op tal van plaatsen. Als we niet oppassen, komen we in de situatie van de vroege jaren '80 terecht, waarbij vele kant-en-klare jonge dokters (zo u wilt) 'gechanteerd' worden om als *chef de clinique* binnen grote maatschappen te werken. Hopelijk wint ons fatsoen. Een academische carrière wordt weer aantrekkelijk.
Er zijn inmiddels 384 MDL-artsen, waarvan 374 lid van de NVMDL. De gemiddelde MDL-leeftijd is 47,4 jaar (mannen 49,6 en vrouwen 43,8). Slechts 25% is vrouw. Rond 2020 zal 45% van de MDL-artsen vrouw zijn. Het aantal van 400 MDL-artsen halen we binnen een jaar. Er zijn 185 MDL-artsen in opleiding, 55% hiervan is vrouw.

Met aanhoudende remissie gaat het leven verder[1]



HUMIRA®
adalimumab

Aanhoudende remissie[1]

Productinformatie elders in dit tijdschrift

Abbott
A Promise for Life

BEVOLKINGSONDERZOEK

Darmkankerscreening gaat digitaal

Vanaf 2013 zal het bevolkingsonderzoek naar darmkanker geleidelijk worden ingevoerd in Nederland. Op 7 maart jongstleden vond in Zeist een Nationaal Symposium plaats waarin vooral werd stilgestaan bij de implicaties die de implementatie met zich meebrengt. Sprekers uit buiten- en binnenland gaven hun visie op de huidige stand van zaken.

In 2013 zullen eerst de 65- en 75-jarigen worden benaderd. Dit komt neer op 338.000 mannen en vrouwen. In de jaren daarna komen de jongere generaties aan de beurt, hetgeen leidt tot uiteindelijk rond 2,2 miljoen uitnodigingen per jaar.

Vijf regionale screeningsorganisaties

Het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door vijf screeningsorganisaties naar het model zoals dat al plaatsvindt bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker. Zij zullen deelnemers uitnodigen, screenen en bij verdachte uitslag verwijzen voor de intake. Dit is een verschil met de initiële proefbevolkingsonderzoeken naar colonkanker zoals uitgevoerd in Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam, waarbij de huisarts of ziekenhuizen het onderzoek initieerden.

ColonIS

Alle onderdelen van de screening zullen gecentraliseerd gaan verlopen. Momenteel is men bezig met de ontwikkeling van een landelijk IT-systeem, ColonIS genaamd. Dit systeem zal onder meer het uitnodigen van de grote aantallen cliënten gaan ondersteunen. De uitslag van de iFOBT (immunochemische fecaal occult bloedtest) zal in het systeem worden opgeslagen. Vervolgens zullen huisarts en cliënt worden geïnformeerd over de uitslag. De cliënt krijgt de uitslag per brief toegestuurd met daarin tevens een voorstel voor datum en tijd van de afspraak voor het intakegesprek. Hiervoor wordt een speciale plannings- en afsprakenmodule in ColonIS opgenomen. De uitkomsten van coloscopieën en PA-uitslagen worden uiteraard geregistreerd. Het voldoen aan de kwaliteitsindicatoren voor coloscopie (onder andere coecumintubatie, kwaliteit van darmvoorbereiding, inspectietijd en poliepdetectie) is van belang voor een succesvol bevolkingsonderzoek. ColonIS wordt zó opgezet dat monitoring van capaciteit en kwaliteit kan plaatsvinden. De kwaliteitsborging is de taak van de regionaal coördinerende MDL-functionaris.

Financiering coloscopieën nog onzeker

De voorbereidingen van het bevolkingsonderzoek zijn hiermee in volle gang. Met een voorzetting van de huidige lijn hopen we op een voorspoedige invoering!
Er is echter nog wel veel onzekerheid over de financiering van de coloscopieën die verricht moeten worden bij de patiënten die positief scoren bij de iFOBT. Vooralsnog is hiervoor geen dekkend budget, omdat de patiënt dan niet meer binnen het screeningstraject maar in het zorgtraject valt. Het is de vraag hoe ziekenhuizen voor deze massale aantallen coloscopieën budget van de zorgverzekeraars gaan realiseren.

A. Kapidzic, arts-onderzoeker
Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten
UMC Rotterdam / Erasmus MC

Van links naar rechts: Ernst Kuipers (EMC), Annemiek Cats (AvL/NKI), Evelien Dekkers (VUmc), Rankie ten Hoopen (gezondheidsrecht, Universiteit Maastricht) en Willem Moolenaar (MCA).

Kunnen we het aan? Ja!

Met het starten van de landelijke screening op poliepen en colorectale tumoren zal een forse vraag naar coloscopieën worden gelegd bij instellingen met endoscopiefaciliteiten.

Bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt de screening gedelegeerd aan de huisarts en bij borstkankerscreening wordt een groot deel van het onderzoek verricht in rijdende doorlichtingsunits.

Helaas is een dergelijke eenvoudige oplossing bij onze screening niet mogelijk. Een coloscopie is nu eenmaal een technisch lastig onderzoek met een bepaalde morbiditeit en een minimale mortaliteit. Het is ook niet een onderzoek dat met een korte cursus kan worden geleerd en dient vooral ook onderhouden te worden door oefening en nascholing.

De coloscopie zal in dagverpleging plaatsvinden, waarmee het onderzoek in een (poli)klinische setting wordt geplaatst. Dit heeft als consequentie dat er dagverpleging moet zijn, protocollen moeten worden gehanteerd en opvang van complicaties en adequate intake en voorlichting moeten plaatsvinden. Ook is endoscopie en alles wat daaraan is verbonden, nu eenmaal een kostbare faciliteit.

Daardoor is het logisch gebruik te maken van de bestaande endoscopische faciliteiten en endoscopisten, eventueel aangevuld met nurse-endoscopisten van wie al een aantal werkzaam zijn in Nederland.

Kunnen we het aan?

Twee factoren zijn hierbij van belang:

1. capaciteit en kwaliteit van coloscopieën, endoscopisten en endoscopiecentra;
2. invoeringsschema van de screening.

Capaciteit

In 2009 waren er in Nederland 101 endoscopiecentra. Hier werkten 583 endoscopisten, waarvan 324 MDL-artsen (225 fte). De resterende endoscopisten zijn voornamelijk internisten en enkele chirurgen.
Van de 324 MDL-artsen werken er 75 (70 fte) in academische centra. Deze verrichten echter slechts 10,7% van de coloscopieën.
Uit het rapport van Berenschot (aangehaald in het RIVM rapport) komt het volgende beeld naar voren.
In 2013 verwacht men dat er 335 MDL-artsen werkzaam zijn en in 2017 ongeveer 400.
In 2008 werden 178.000 coloscopieën gedaan waarvan 123.000 (69%) door MDL-artsen, 44.000 (25%) door internisten en 8.000 (4%) door chirurgen.

In de rapportage van het RIVM (*Uitvoeringstoets bevolkingsonderzoek naar darmkanker*: RIVM-rapport 225101003/2011) wordt voornamelijk uitgegaan van het aantal MDL-artsen in Nederland.
Een MDL-arts doet gemiddeld 500 coloscopieën per jaar. Daartussen zitten forse regionale verschillen. Op basis van deze cijfers zullen er, bij een gefaseerde invoering over vijf jaar, tot 2015 geen capaciteitsproblemen zijn, maar in 2017 en 2018 een capaciteitstekort van ongeveer 11.500 coloscopieën per jaar. Daarna zal dit tekort verdwijnen door de toename van het aantal MDL-artsen.
In deze berekeningen is echter geen rekening gehouden met een aantal aspecten:

- substitutie van personen die al in een follow-upprogramma zitten, belaste en erfelijke families onder surveillance en personen die om andere redenen een coloscopie hebben ondergaan. Dit aantal is niet bekend, maar zou wel eens aanzienlijk (tot 20%) kunnen zijn.
- Bij negatieve coloscopie in de screening zal men tien jaar lang geen oproep ontvangen voor de iFOBT-test.

Screeningsbelasting per ziekenhuis

Laten we eens kijken wat de getallen zoals genoemd in het invoeringsschema betekenen voor een gemiddeld ziekenhuis, genaamd 'Ziekenhuis A'.
Ziekenhuis A heeft een marktaandeel van 10% in een bepaalde regio waar 1.000.000 mensen wonen. Ongeveer 17% bevindt zich in de leeftijd tussen 55 en 75 jaar. Dit zijn 170.000 personen.
Deze personen zullen één keer per twee jaar een oproep krijgen voor een iFOBT-test, dus 85.000 personen per jaar. Hiervan verwacht men dat 60% zal responderen. Dit zijn 51.000 personen. Ongeveer 6% zal een positieve iFOBT-test hebben en worden uitgenodigd voor een coloscopie. Dit zijn 3.060 personen. Ons ZHA heeft een marktaandeel van 10%. Ofwel: ziekenhuis A zal 306 coloscopieën per jaar moeten uitvoeren ten gevolge van de landelijke colonscreening. Deze cijfers gelden als het bevolkingsonderzoek na vijf jaar volledig is uitgerold en in deze berekening is geen rekening gehouden met substitutie.

In de eerste drie jaren zal sprake zijn van een beperkter aantal aanmeldingen, die mijns inziens makkelijk geabsorbeerd kunnen worden in centra waar drie à vier endoscopisten werkzaam zijn.
Dit alles betekent dat er niet direct grote investeringen gedaan hoeven worden. Ook kunnen in de loop van deze eerste drie jaren steeds meer centra worden toegevoegd die aan de kwaliteitscriteria voldoen.
Kortom: op basis van deze cijfers lijkt het

mogelijk het screeningsprogramma uit te voeren, waarbij wij vooral alert zullen moeten zijn na vier à vijf jaar. Er wordt al intensief gekeken naar de inzet van nurse-endoscopisten in het programma, wat een ontlastend effect kan hebben.

Risico's

Indien er geen adequate financiering is voor de screeningscoloscopieën en de gevolgen daarvan, zoals poliepectomieën, CT-colografieën, behandeling van tumoren enzovoorts, zal de bereidheid om deel te nemen, sterk afnemen. Dit geldt niet alleen voor MDL-artsen maar ook voor ziekenhuizen (dagbehandeling), internisten en chirurgen.

Enthousiasme

Er worden terecht hoge kwaliteitseisen gesteld aan deelnemende centra en het is de vraag of iedereen kan meedoen. Mogelijk dat de gefaseerde invoering hiervoor een oplossing is.
Dit grote landelijke project kan een fikse impuls geven aan de kwaliteit van de gehele MDL-geneeskunde.
Betrokkenheid van velen op landelijk, regionaal en lokaal niveau is onontbeerlijk voor het welslagen ervan. Nu al word ik vaak gebeld door centra die willen weten welke acties zij reeds kunnen ondernemen om in 2013 klaar te zijn. Dit enthousiasme is van groot belang en mag niet worden gefrustreerd door gebrekkige communicatie en onzekerheden over financiering.

Als iedereen zijn schouders zet onder dit bevolkingsonderzoek, staan wij nationaal en internationaal op de kaart!

Michiel van Haastert
MDL-arts, Martini Ziekenhuis Groningen

Invoeringsschema screening (RIVM)

	Gefaseerde invoering in jaren					Alle leeftijds-categorieën geïncludeerd	Doelgroep minimaal eenmaal uitgenodigd
	1 2013	2 2014	3 2015	4 2016	5 2017	6 2018	7 2019
Geboortejaar	**Leeftijd bij oproep voor het bevolkingsonderzoek**						
1964							55
1963						55	
1962							57
1961						57	
1960					57		59
1959						59	
1958					59		61
1957				59		61	
1956					61		63
1955				61		63	
1954			61		63		65
1953				63		65	
1952			63		65		67
1951		63		65		67	
1950			65		67		69
1949		65		67		69	
1948	65		67		69		71
1947		67		69		71	
1946			69		71		73
1945				71		73	
1944					73		75
1943						75	
1942					75		
1941				75			
1940			75				
1939		75					
1938	75						
Aantal uitnodigingen (*1000)	338	762	1.195	1.538	1.990	2.218	2.260

Opgeroepen leeftijdscategorie

RIVM:'Kwaliteitseisen coloscopiecentra vóór zomer bekend'

In het kader van de invoering van het bevolkingsonderzoek darmkanker is een werkgroep Kwaliteitseisen coloscopie ingesteld. Deze commissie bestaat uit een aantal MDL-artsen, een internist, een chirurg en iemand van een screeningsorganisatie. De organisatie van de commissie is in handen van het RIVM. De commissie heeft het afgelopen half jaar gewerkt aan het formuleren van onder andere kwaliteitseisen voor de endoscopist en coloscopiecentra. Alleen coloscopiecentra die voldoen aan deze eisen, kunnen verwijzingen krijgen vanuit het bevolkingsonderzoek darmkanker. De Regionaal Coördinerend MDL-functionaris zal de coloscopiecentra en endoscopisten toetsen, waarna een screeningsorganisatie een samenwerkingsovereenkomst afsluit met coloscopiecentra en toegelaten endoscopisten.

Eén van de toelatingseisen voor een endoscopist is deelname aan een één- tot tweedaagse training die met goed resultaat dient te worden afgerond. De NVMDL is inmiddels gestart met de opzet van deze training. In maart zijn zes MDL-artsen getraind door the Lead Endoscopist van het Engelse bevolkingsonderzoek darmkanker; zij werken nu de opzet van de Nederlandse training verder uit.

Documentatie over de toelating en opzet van de training zal in juni beschikbaar worden gesteld aan de coloscopiecentra.
Dit zal worden aangekondigd op **www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl**.
U kunt ook zich aanmelden voor de nieuwsbrief waarin de commissie de kwaliteitseisen aankondigt. Ga hiervoor naar **www.rivm.nl**, zoek op 'nieuwsbrief bevolkingsonderzoek' en neem een abonnement op de nieuwsbrief 'Bevolkingsonderzoek naar kanker'. In de MAGMA-editie van september zal uitgebreid worden stilgestaan bij de kwaliteitseisen en toelatingsprocedure van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

NU OOK
IN NEDERLAND

Een nieuwe kijk op een schoon colon

Klein volume medicijn met ***lekkere smaak***[2,4,5]

Schoon colon: tweevoudig werkingsmechanisme[1-5]

Referenties

1. Love J, et al. Can J Gastroenterol 2009;23(10):706–710. **2.** Lai A, et al. Clin Radiol 1996;51:566–569. **3.** Hamilton D, et al. Br J Clin Pract 1996;50(2):73-75. **4.** Hookey Am J Gastro 2009;104(3):703-709 **5.** Turner D, et al. Endoscopy 2009;41:1038-1045.

Verkorte productinformatie

Naam van het geneesmiddel: PicoPrep. **Kwalitatieve en kwantitatieve samen-stelling:** natrium-picosulfaat 10 mg, magnesiumoxide, licht, 3,5 g, watervrij citroenzuur 12 g. **Farmaceutische vorm:** Poeder voor drank. **Therapeutische indicaties:** Om de darm te reinigen voorafgaand aan een röntgenologisch onderzoek of endoscopie of voorafgaand aan chirurgie wanneer dit klinisch noodzakelijk wordt geacht. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor één van de hulpstoffen, congestief hartfalen, maagretentie, gastro-intestinale ulceratie, toxische colitis, toxisch megacolon, ileus, misselijkheid en braken, acute abdominale aandoeningen die een operatie vergen zoals acute appendicitis, bekende of vermoede gastro-intestinale obstructies of perforaties, ernstige dehydratie, rhabdomyolyse, hypermagnesiëmie, actieve inflammatoire darmaandoening en bij patiënten met ernstig verminderde nierfunctie. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Darmreinigers dienen alleen te worden ingezet voor darmchirurgie als hier een duidelijke noodzaak voor is. Voorzichtigheid moet worden betracht bij recente gastro-intestinale chirurgie, een verminderde nierfunctie, een hartaandoening of inflammatoire darmaandoening en bij patiënten die geneesmiddelen gebruiken die de water/elektrolyten-balans kunnen beïnvloeden. Picoprep kan de absorptie van regelmatig voorgeschreven orale geneesmiddelen veranderen. Bij onvoldoende inname van water en electrolyten kunnen er klinisch significante deficiënties ontstaan, met name bij minder fitte patiënten. Het is noodzakelijk direct corrigerende maatregelen te nemen om de vocht/elektrolyten-balans te herstellen indien zich signalen of symptomen van hyponatriëmie voordoen. De periode van darmreiniging dient niet langer dan 24 uur te duren. Dit geneesmiddel bevat lactose en 5 mmol (of 195 mg) kalium per sachet. Picoprep moet niet worden gebruikt als gewoon laxans. **Bijwerkingen:** Vaak komen hoofdpijn, misselijkheid en proctalgie voor. Verder komen o.a. voor: overgevoelig-heidsreacties, hyponatriëmie en hypo-kaliëmie, aftoïdvormige zweren in het ileum, huiduitslag. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** augustus 2010.

FERRING
PHARMACEUTICALS

natrium picosulfaat + magnesium citraat
PICOPREP®
SCHOON met SMAAK

BEVOLKINGSONDERZOEK

Kunnen we het aan? Wellicht...

De vraag naar endoscopie in Nederland neemt de laatste jaren gestaag toe, ondanks een tekort aan MDL-artsen.[1] De Gezondheidsraad heeft berekend, dat na een geleidelijke landelijke invoering van de FIT-screening in vijf jaar tijd jaarlijks 78.000 extra coloscopieën moeten worden verricht.[2] Dit aantal is gebaseerd op de grootte van de screeningsdoelgroep, een verwachte participatiegraad voor FIT-screening van 60% en een percentage van 6,4% aan positieve FIT's bij de voorgestelde afkapwaarde van ≥75ng/ml.[2]

In 1999 werd voor het eerst de endoscopische productie in Nederland beschreven en dit is herhaald in 2004 en 2009.[1,3,4] Hierdoor is inzicht verkregen in de endoscopische trends in het afgelopen decennium en de wachttijden voor electieve gastro- en coloscopie. Ook is de invloed van de invoering van FIT-screening op de dagelijkse endoscopische praktijk berekend.

Alle endoscopische afdelingen in Nederland (N=101) hebben in 2010 een vragenlijst geretourneerd met aantallen en specificaties van endoscopieën en endoscopisten in 2009 (responspercentage 100%). Vergeleken met 2004 was er een toename in endoscopische productie van 24% (n=505.226 in 2009), en een toename van 64% aan coloscopieën (n=191.339 in 2009, zie *Tabel 1*). Het aantal endoscopisten in 2009 is toegenomen met 4,6% (n=583, waarvan 324 MDL-artsen). Gebaseerd op de geografische verdeling van 55–75-jarigen in Nederland in 2009 werd per provincie de invloed van de jaarlijkse additionele coloscopische werklast bepaald na complete
uitrol van het screeningsprogramma in 2018 (*Tabel 2*).[5]
In 2018 zal de coloscopische productie moeten zijn toegenomen met 41% ten opzichte van de coloscopieaantallen in 2009, hetgeen overeenkomt met 10–22 extra coloscopieën per endoscopie-unit per week. De gemiddelde wachttijd voor een electieve coloscopie in 2009 bedroeg 4,8 weken (SD [3,1]; bereik 0–13). Er zijn grote regionale verschillen in productie en wachttijd, die waarschijnlijk worden verklaard door het aantal beschikbare endoscopisten en mogelijk ook door verschillen in patiëntkarakteristieken. De werkelijke endoscopische 'restcapaciteit' binnen de endoscopie-units is echter onbekend. Gezien de sterke stijging in het aantal endoscopieën de laatste jaren lijkt het wenselijk de productie in 2011/2012 in kaart te brengen met ook een objectieve inschatting van de 'restcapaciteit'. Er moet worden gewaakt voor een situatie waarbij verdere productiestijging zonder begeleidende toename in (financiële) middelen en mankracht ten koste gaat van de kwaliteit en dus betrouwbaarheid van de coloscopie.

Jochim S. Terhaar sive Droste,
Afdeling MDL, VUmc, Amsterdam
Sietze T. van Turenhout, Afdeling MDL, VUmc, Amsterdam
Gerrit A. Meijer, Afdeling Pathologie, VUmc, Amsterdam
Ad A. Masclée, Afdeling MDL, MUMC, Maastricht & vice-voorzitter NVGE
Chris J.J. Mulder, Afdeling MDL, VUmc, Amsterdam & voorzitter NVGE

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de twee tabellen en de referenties bij dit artikel.

NIEUWS

Fietsen voor darmkanker in Zuiderzee Klassieker

Op zaterdag 22 september organiseert de Maag Lever Darm Stichting (MLDS) de tweede editie van de Zuiderzee Klassieker om zo veel mogelijk geld op te halen voor darmkanker.
Vorig jaar stonden 425 deelnemers aan de start en is € 112.500 opgehaald. Een ontzettend mooi bedrag! Dit jaar streeft de MLDS naar nóg meer deelnemers die willen fietsen in de strijd tegen darmkanker.

Sponsorbijdrage

De Zuiderzee Klassieker is een uitdagende fietstocht. Met een team of alleen fietsen de deelnemers één van de drie routes: de Oostervaardersroute (60 km), de Flevoroute (120 km) en voor de echte sportfanaten de Zuiderzeeroute (220 km). Alle routes zijn rondom of in de nabijheid van de Zuiderzee. Start en finish zijn in Almere. Deelnemers halen zo veel mogelijk sponsorgeld op waarmee zij een bijdrage leveren aan de strijd tegen darmkanker. Kunt u niet meefietsen? Uiteraard is het ook mogelijk om alleen te sponsoren.

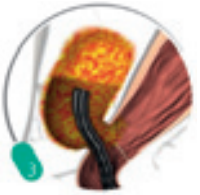
Inschrijven

Ga de sportieve uitdaging aan! Fiets mee met collega's, vrienden en/of familie in de strijd tegen darmkanker.
De inschrijving is inmiddels van start gegaan op **www.zuiderzeeklassieker.nl**.

Endo-SPONGE®: 'De therapie' bij lage naadlekkage

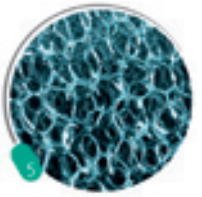
Anastomose

De naadlekkage met lokale infectie in het kleine bekken

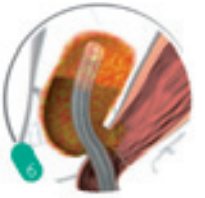


Diagnose stellen via flexibele endoscoop

De Endo-SPONGE® kan op maat worden geknipt



Polyurethane spons



De tube gaat over de endoscoop en wordt in de holte gebracht

De Endo-SPONGE® wordt d.m.v. de pusher door de tube in de holte geplaatst

De tube wordt verwijderd. De Endo-SPONGE® zit op zijn plaats

Afhankelijk van de grootte van de holte kunnen er 1 tot 3 sponsen in een holte worden geplaatst

Bevestig de Redyrob Trans Plus aan de drain. Verwijder het rode dopje

De open poriën van de spons bevorderen een gelijkmatige afzuiging van afscheiding en granulatie. Zodoende krijg je een geleidelijke verkleining van de holte

Het genezen van de holte. De Endo-SPONGE® moet elke 48-72 uur worden vervangen

Customer Service B. Braun Aesculap | Tel. +31 (0)412 672515 | jesse.de_leeuw@bbraun.com | www.bbraun.nl

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Als er iets is dat u nodig heeft in lastige situaties...
dan is het flexibiliteit.

De EC-3490Ti levert een uitstekende beweeglijkheid dankzij een extreme buigradius van 210°. De HD+ beeldkwaliteit wordt gecombineerd met een dunne buitendiameter en een werkkanaal van 3.2 mm. De unieke combinatie van eigenschappen maakt deze colonoscoop bij uitstek geschikt voor EMR en ESD.

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

www.pentaxlifecare.nl

PENTAX

TECHNIEK

Darmspoelen bij defecatiestoornissen als gevolg van ruggenmerglaesies

De peristaltiek in het maagdarmkanaal wordt behalve door het *enteric nervous system* gemoduleerd door het centraal zenuwstelsel. Afgezien van de *nervus vagus* vindt deze modulatie plaats door orthosympathische en parasympathische neuronen die het ruggenmerg respectievelijk tussen T5-L2 en S2-S4 verlaten. Bij een laesie in het ruggenmerg of de *cauda equina* – door een dwarslaesie, MS of een spina bifida – is deze centrale modulatie gestoord. Afhankelijk van de hoogte van de laesie spreekt men van een *upper motor neuron*-laesie of een *lower motor neuron*-laesie. De defecatie komt op gang door een bewust geworden aandranggevoel gevolgd door een defecatiereflex.

Bij een complete *upper motor neuron*-laesie is het aandranggevoel verdwenen en vindt de defecatiereflex te laat op onwillekeurige momenten plaats. Hierdoor ontstaat obstipatie, die zonder behandeling overgaat in overloopincontinentie. Door de defecatiereflex dagelijks of om de dag op een vaste tijd op te wekken met behulp van een of twee bisacodylzetpillen, kan de defecatie bij deze patiënten worden gereguleerd. Zodra de patiënt zittend kan laxeren, worden deze zetpillen vervangen door Microlax® microklysma's.

Bij een complet *lower motor neuron*-laesie, zoals voorkomt bij een dwarslaesie door of onder S2 of bij een *cauda*-laesie, is zowel het aandranggevoel als de defecatiereflex verdwenen. Zetpillen of microklysma's hebben dan geen tot minimaal effect. Om toch op vaste tijden te laxeren en niet het risico te lopen de hele dag incontinent te zijn, kan de ontlasting dagelijks of om de dag worden opgewekt door darmspoelen. Na ontwikkeling voor kinderen met *spina bifida* wordt deze techniek sinds de jaren negentig ook veelvuldig toegepast bij volwassen patiënten met een *lower motor neuron*-laesie. Ook patiënten met een hogere dwarslaesie, die jarenlang de defecatie met reflexopwekkende middelen hebben opgewekt, maar bij wie de reflexen door de ouderdom zijn verminderd, kunnen succesvol worden overgezet op darmspoelen. Op dit moment zijn twee systemen in gebruik: de Iryflex van Braun (*figuur 1a en 1b*) en de Peristeen van Coloplast (*figuur 2*). Met een zorgvuldige indicatie, de juiste training en de hulpmiddelen zoals die in revalidatiecentra zijn ontwikkeld, kunnen de meeste patiënten met neurogene obstipatie en incontinentieklachten zelfstandig laxeren en zijn zij continent.

Floris van Asbeck, revalidatiearts
Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Figuur 1a en 1b
Iryflex® darmspoelsysteem. Met een zorgvuldige indicatie, training en de juiste hulpmiddelen kunnen de meeste patiënten zelfstandig laxeren en zijn zij continent.

Figuur 2
Peristeen® darmspoelsysteem.

Viread™ bij chronische hepatitis B

Snelle en aanhoudende suppressie[1-4]

Toenemende HBsAg seroconversie[1,3,5]

Geen resistentie[1-3]

Viread® labelwijziging: gebruik bij zwangerschap
Het gebruik van tenofovirdisoproxilfumaraat tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen[1]

174/NL/12-01/PM/1013

GILEAD

Viread™
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

right from the start

Gilead Sciences Netherlands B.V.
www.gilead.com
Voor productinformatie zie elders in dit blad

NIEUWS

Veel aandacht voor MDL op KNMG Carrièrebeurs

Op 31 maart 2012 werd in Utrecht voor de derde keer de KNMG Carrièrebeurs georganiseerd. Een zeer succesvolle happening die inmiddels landelijke bekendheid geniet. De beurs geeft studenten geneeskunde en basisartsen een realistisch beeld van alle medische vervolgopleidingen. De voorzitter van de Juniorvereniging Ruud Schrauwen heeft er dit jaar samen met MDL-arts Jan Monkelbaan *acte de présance* gegeven. Er bleek veel belangstelling voor het vak MDL.

Volgend jaar

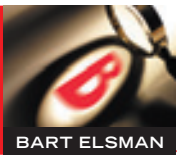
Wellicht zijn bij de beurs van volgend jaar ook andere MDL-opleiders geïnteresseerd om aankomende collegae te enthousiasmeren voor het vak. Hebt u interesse? Meld u dan aan bij secretariaat@mdl.nl. U bent van harte uitgenodigd.

ORATIE

Wetenschap is Topsport

"Wetenschap is Topsport." Dat zei prof. dr. Marc Benninga bij zijn aanvaarding van het ambt als bijzonder hoogleraar kindermaag-darm-leverziekten aan de Universiteit van Amsterdam op 28 maart jongstleden. Hij verwees daarmee kort naar zijn actieve hockey-carrière en vervolgde met het ontstaan van en ontwikkelingen binnen de kinder-MDL als afzonderlijke klinische praktijk én wetenschaps-discipline.
Zijn volledige oratie kunt u nalezen via **www.mdl.nl/MAGMA**. In december 2012 staat MAGMA uitgebreid stil bij de kinder-MDL in Nederland.

COLUMN



4 MEI

Stille tocht over de Zeeweg naar de Eerebegraafplaats. Ik loop in de eerste stoet achter het bordje 'nabestaanden' naar het graf van mijn grootvader. De nabestaanden hebben de belangstellenden er dit jaar ruimschoots uitgelopen en arriveren veel te vroeg op de begraafplaats. Vroeger werd het tempo aangegeven door Verkenners, die op zwart omfloerste trommels sloegen.
Ik zoek het graf van mijn opa op en ontmoet daar vele neven en nichten. "Zijn zwijgen heeft anderen gered, herdenk hem Heer in uw gebed." Mijn opa was een zeer vrome man, die elke dag een rozenkrans bad bij 'Maria van Haarlem' in de Jansstraat. Hij was directeur van een drukkerij, waar ook illegaal drukwerk werd gemaakt dat bij een inval door de Duitsers was aangetroffen. Hij werd gevangen gezet op de Weteringschans in Amsterdam en later doodgeschoten in het dorpje Sint Pancras bij Alkmaar, nadat een trein met munitie op die plek door het verzet was opgeblazen. Was hij een held? In ieder geval niet zoals Hannie Schaft, de enige vrouw die hier ligt, of zoals Gerrit-Jan van der Veen, die een paar stenen verder ligt. Daar staat niemand, terwijl bij 'onze' steen tientallen familieleden zich verdringen. Maar ja, mijn opa had elf kinderen en heel veel kleinkinderen.
Het is koud dit jaar en we moeten nog zeker een kwartier wachten tot de trompetter twee minuten stilte aankondigt. Ik denk aan de verzetshelden die de oorlog overleefden en die ik tijdens mijn opleiding ontmoette. De embryoloog Trampusch, die het woord axolotl zo vreemd uitsprak, de viroloog Dekking, die bij een mondeling tentamen letterlijk uit de kast kwam, en de internist Henk Pelser, die jonge vrouwen met inflammatoire darmziekten 'de borst gaf' door hen op schoot te nemen en aan een appel liet knabbelen die hij in zijn oksel geklemd hield. Dat konden zij maken. Tegenwoordig hebben we niet meer zo veel gekke mensen en ook geen helden meer. Dat is maar goed ook, maar laten we die van toen blijven gedenken!

MDL AAN DE BAL

Best Practice is Topsport

Calamiteiten en *best practice*. Deze twee onderwerpen stonden centraal tijdens het NVMDL-symposium 'MDL aan de Bal' op donderdag 26 april in het Koninklijk Instituut voor de Tropen. Joanna Kruimel (Maastricht UMC) won de Eerste Nederlandse Kampioenschappen Best Practice. Dagvoorzitter Tom van 't Hek trok interessante parallellen tussen de medische professie en topsport.

In het ochtendprogramma van het symposium in Amsterdam stond het thema calamiteiten centraal. Dimitri Heine en Michael Klemt-Kropp, beiden MDL-arts in het Medisch Centrum Alkmaar, presenteerden twee casussen en deden openhartig verslag van fouten die in hun praktijk waren voorgekomen. "Calamiteiten overkomen ons, artsen, allemaal en we weten hoe moeilijk het is om daarmee om te gaan", aldus Willem Moolenaar, lid van het NVMDL-bestuur en voorzitter van de commissie Kwaliteit. "We vinden het heel fijn dat twee collega's de moed hebben gehad om voor een schare collega's heel open te zeggen: 'ik heb een fout gemaakt en zó heb ik het opgelost'. De twee verhalen maakten duidelijk indruk op de zaal. Zulke openhartigheid steekt ons een hart onder de riem. Als we een fout maken, weten we wel dat we niet de enige zijn, maar het geeft een vorm van troost als we daarover van gedachten kunnen wisselen. Wat hier gebeurde, is heel bijzonder voor een wetenschappelijke vereniging, denk ik."

Handreiking

Na de presentaties van de collega's uit Alkmaar volgde een toetsing door Sylvia van der Lans, inspecteur IGZ. Moolenaar: "We wilden ter plekke de mening van de inspectie horen over de aanpak van deze voorvallen en van calamiteiten in het algemeen. We hebben dit deel van het programma afgesloten met een inleiding door Laura Zwaan, onderzoeker patiëntveiligheid VUmc. Zij presenteerde een 'handreiking', zoals zij dat noemde, voor handelen bij calamiteiten. Het is een soort protocol, gebaseerd op wetenschappelijk inzicht, literatuuronderzoek en ervaringen uit de praktijk. Uit alles wat we in de ochtend hebben gehoord, kunnen we de conclusie trekken dat we bij fouten het beste de gang naar Canossa kunnen maken. Al is het met lood in de schoenen. Praat met je patiënt, bied je excuses aan. Stel je op als mens."

Best Practice

De commissie kwaliteit van de NVMDL, organisator van het symposium, ziet de dag als bekroning van een jaar van kwaliteits- en veiligheidsprojecten. De afgelopen periode zijn richtlijnen gepubliceerd en interne en externe kwaliteitsindicatoren geautoriseerd. Verder is een time-outprocedure beschikbaar gekomen, evenals een set van veiligheidseisen voor endoscopieafdelingen die geschikt is voor certificering door onafhankelijke instanties. Volgens Willem Moolenaar vormt het symposium een nuttige aanvulling op de andere taken van de commissie: "De wetenschappelijke bijeenkomsten die we hebben, gaan vaak over vergelijkingen van therapieën of medicijnen of over endoscopische technieken. Zelden betreffen ze de dagelijkse praktijk van de dokter, de verpleegkundige en de assistent. Daarom hebben we de middag in het teken gesteld van *best practices*."

Kampioenschappen

Onder de speelse noemer 'Eerste Nederlandse Kampioenschappen Best Practice' presenteerden tien collega's, ieder gedurende tien minuten, zijn of haar *best practice*. De jury beoordeelde de deelnemers op originaliteit, toepasbaarheid, effect en vorm van presenteren. Tanya Bisseling (UMC Nijmegen) eindigde op de derde plaats met haar project *Denk simpel, doe 'safe': veiliger delen van medicatie*. De tweede plaats was voor Laurens van der Waaij (Martini Ziekenhuis, Groningen). Titel van zijn presentatie: *De brieven worden door de secretaresse gemaakt*. De winnaar van de fraaie protserige bokaal was Joanna Kruimel (Maastricht UMC) voor haar *project Integrale aanpak MDL en psychiatrie bij functionele gastrointestinale aandoeningen*. Willem Moolenaar: "Vooral de bekroonde *best practice* toont heel mooi de intentie van deze dag: elkaar laten zien dat samenwerking leidt tot compacte diagnostiek, een effectievere behandeling voor de patiënt, vaak daling van de kosten en, ook belangrijk, meer plezier in het werk."

Dagvoorzitter Tom van 't Hek legde in zijn 'dagsluiting' een illustratief verband tussen de intentie van de symposiumorganisatie en succes in topsport. Hij haalde trainer Co Adriaanse aan, die tijdens een lezing ooit heeft gezegd dat er drie kenmerken zijn van ware professionaliteit: onderling vertrouwen in elkaars vakmanschap, samenwerking tussen mensen met uiteenlopende kwaliteiten en elkaar – in de positieve zin van het woord – de maat nemen.

Stille kracht achter organisatie MDL-Nederland

De organisatie van het symposium *MDL aan de bal* lag in handen van Marie José van Gijtenbeek. Het secretariaatsbureau van Marie José werkt precies 25 jaar voor de NVGE en tien jaar voor de NVMDL. Reden voor aandacht in *MAGMA*. Marie José van Gijtenbeek: "In 1986 vroeg Willem Dekker, toen MDL-arts in het EG (nu: Kennemer Gasthuis) te Haarlem en secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie (NVGE), mij voor de secretariaatsvoering en later ook de congresorganisatie van de vereniging. Met de groei van het aantal maag-darm-leverartsen in Nederland ontstond tien jaar geleden ook bij de NVMDL behoefte aan professionalisering van het secretariaat en ondersteuning van verschillende commissies. Sindsdien verzorgt mijn bureau het secretariaat en daarnaast – nu voor het derde jaar – de organisatie van het NVMDL-congres.

BEST PRACTICE

Dokter, ik ben toch niet gek!

Tijdens het symposium 'MDL aan de bal' op 26 april in Amsterdam presenteerden tien MDL-artsen een *best practice*. Joanna Kruimel (Maastricht UMC) won met haar presentatie de eerste prijs.

De *best practice* van Joanna Kruimel en haar team uit Maastricht betreft de integrale aanpak van de MDL-behandeling en psychiatrie bij het prikkelbaar-darmsyndroom. Deze aandoening kan leiden tot hoge zorgconsumptie en frequent ziekteverzuim, dus tot hoge kosten voor de maatschappij. "Het ziektebeeld komt voort uit een samenspel tussen fysiologische en psychosociale factoren", aldus Kruimel. "Vanwege de psychische factor werken wij, MDL-artsen, in ons ziekenhuis al tien jaar nauw samen met onze psychiatrische collega's. Binnen ons MPU-team behandelen wij gezamenlijk patiënten met functionele MDL-aandoeningen. Bij vijf procent is sprake van invaliderende ziekte. Een MPU-consult is zeker geïndiceerd bij deze groep, maar kan ook bij een groot deel van de patiënten met matig ernstige klachten effectief zijn."
Een probleem bij het betrekken van een psychiater bij de behandeling is het stigma rond de psychiatrie. Patiënten schrikken vaak of worden soms boos bij het opperen van een gezamenlijk consult met een psychiater. Kruimel: "De eerste uitspraak is vaak: 'Dokter, ik ben toch niet gek?' Als wij dan vertellen over de invloed die psychologische factoren kunnen hebben op de darmfunctie en pijnbeleving, volgt vaak herkenning en instemming met een consult MPU."

Casus

Tijdens haar presentatie illustreerde Joanna Kruimel de integrale aanpak met de casus van een 51-jarige vrouw die de MPU-poli bezocht in verband met buikpijn, diarree en vermagering. Verschijnselen die gepaard gingen met hartkloppingen, koudegevoel en duizeligheid. De klachten hadden een grote invloed op haar leven. Ze kwam weinig het

Lees verder op pagina 50.

Achter Joanna Kruimel, winnares van de 'Eerste Nederlandse Kampioenschappen Best Practice', staan (*van links naar rechts*): Tom van 't Hek (dagvoorzitter) en de leden van de symposiumcommissie Marco Mundt, Petra Bol, Willem Moolenaar en Maurice Russel.

Vervolg van pagina 49.

huis uit, bezocht haar vriendinnen niet meer en zat al lange tijd in de ziektewet. Aanvullend onderzoek door de MDL-arts elders was uitputtend geweest en toonde geen afwijkingen. Kruimel: "Er was zelfs al een laparoscopie verricht en diverse andere specialisten waren in consult geweest. Ik stelde als MDL-arts de diagnose prikkelbaar-darmsyndroom met ondergewicht en adviseerde begeleiding door een diëtiste. Carsten Leue, mijn collega van de psychiatrie, stelde de diagnose paniekstoornis en adviseerde gedragstherapie. Gezamenlijk besloten we tot behandeling met een SSRI. Deze specifieke serotonineheropnameremmer zorgde voor klachtenvermindering. Daarnaast verwezen wij de patiënte terug naar de eigen regio voor langduriger psychologische begeleiding."

Drempelverlaging

Voor Joanne Kruimel is de conclusie helder: deze *best practice* leidt tot drempelverlaging richting psychiatrie, daarnaast is de informatieoverdracht tussen de twee specialismen beter. Het gezamenlijke consult doorbreekt vaak een vicieuze cirkel. "Waar we wel heel alert op zijn, is het voorkómen van onjuiste verwijzing naar MPU van een kleine groep niet-behandelbare psychiatrische patiënten, waarbij MPU geen oplossing biedt en begeleiding in de directe omgeving meer effect heeft. Uit onderzoek dat wij hebben gedaan, blijkt dat bij de groep die voor MPU in aanmerking komt, een integrale aanpak leidt tot afname van lichamelijke en psychische klachten met verbetering van de kwaliteit van leven. Daardoor neemt de zorgconsumptie af, evenals de kosten voor de gezondheidszorg. Daarnaast wordt aandacht besteed aan sociale en werkgerelateerde reïntegratie. MPU-consult mag dan eenmalig duurder zijn, op de middellange termijn zorgt het voor aanzienlijke kostenbesparing."

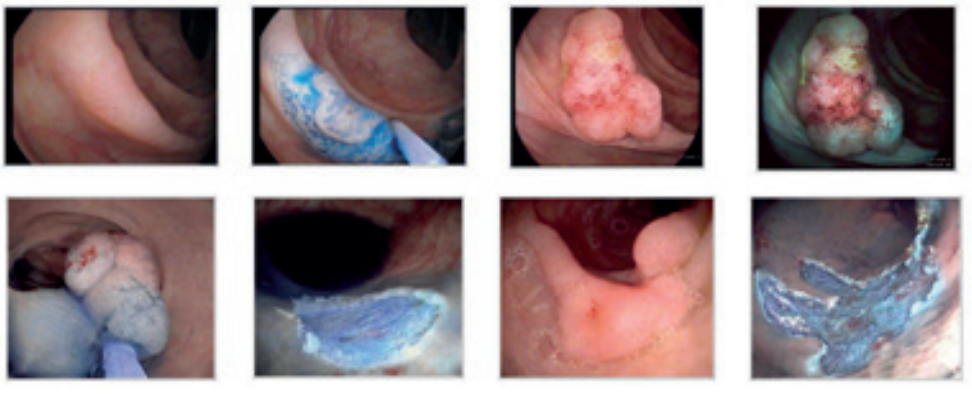
Systematische training noodzakelijk voor kwaliteit colonoscopie

Wereldwijd staat kwaliteitsverbetering van colonoscopie, de gouden standaard voor diagnostiek en screening op darmkanker, bovenaan de agenda. In het MUMC Maastricht hebben wij een systematisch en gefaseerd trainingscurriculum ontwikkeld om de kwaliteitsindicatoren, namelijk detectie van adenomen en coecumintubatie, te optimaliseren.

Sinds januari 2008 trainen wij alle endoscopisten in ons ziekenhuis in de diagnostiek en behandeling van colorectale poliepen, met name vlakke laesies, door voordrachten te houden alsmede videotrainingen (e.g. AGA-geaccrediteerde programma's) en individuele feedback te geven. Aansluitend op het trainingsprogramma hebben wij in een prospectief cohort van ruim 5.000 patiënten de prestatie-indicatoren geëvalueerd.
Wij hebben gevonden dat deze training de prestatie-indicatoren heeft verbeterd, met name door verschillen tussen endoscopisten te verminderen. Coecumintubatie varieerde tussen 83% tot 100% vóór de training *versus* 91% tot 98% na de training. Daarnaast varieerde adenomadetectie tussen 17,2% tot 32,4% vóór *versus* 25,4% tot 32,7% na de training.
Het ultieme doel van screening is interval-CRC te voorkomen. In een retrospectieve studie van 1.218 CRC-patiënten (2001–2010) hebben wij gevonden dat de incidentie van interval-CRC in onze ervaring laag was (2,3% van alle CRC's). Deze resultaten komen overeen met data uit andere medisch centra (e.g. VUmc Amsterdam) en geven aan dat colonoscopie in Nederland veilig en effectief is in de preventie van CRC.
Met het oog op de colonkankerscreening in 2013 blijkt het noodzakelijk alle praktiserende endoscopisten systematisch te trainen om de kennis te upgraden en praktische vaardigheden te ontwikkelen teneinde maximale efficiëntie te waarborgen.

Op 6 en 7 september 2012 organiseren wij in Maastricht een Masterclass EMR & ESD. Kijk op www.maastrichtendoscopy.com voor meer informatie.

Silvia Sanduleanu,
Rogier de Ridder,
Ad A.M. Masclee
MDL-ziekten, MUMC Maastricht



FOTOGRAFIE: © DIGIDAAN®

Videosupervisie bij endoscopieopleiding

Naast MDL-artsen doen ook assistenten in opleiding en verpleegkundig-endoscopisten endoscopische onderzoeken, zelfstandig of onder supervisie. Regelmatig overleggen zij met de MDL-arts over onduidelijke afwijkingen of het juiste behandelbeleid. Hoe zou men de supervisie op de endoscopiekamer zinvol én efficiënt kunnen realiseren? In het Medisch Centrum Alkmaar is in samenwerking met Olympus een technische oplossing geïntroduceerd. Endoalpha Video Management!

Foto boven: Videomanagement biedt de mogelijkheid te superviseren, terwijl de MDL-arts zelf bezig is met een onderzoek.

Supervisie tijdens endoscopie

Op de endoscopiekamer werken assistenten in opleiding tot MDL-arts op uiteenlopende opleidingsniveaus. Daarnaast doen verpleegkundig-endoscopisten, in opdracht van de MDL-arts, zelfstandig coloscopieën. In het begin van de endoscopieopleiding is supervisie eigenlijk nooit een probleem. De opleider staat naast de assistent in opleiding, geeft uitleg en advies, kan afwijkingen zelf inschatten, ondersteunt bij het scopiëren en kan het onderzoek altijd overnemen als dit noodzakelijk lijkt. Bij de gevorderde assistent wordt dit lastiger. Strikte, continue supervisie is niet meer nodig en ook niet wenselijk. In deze fase is het juist belangrijk dat de assistent in opleiding zelfstandiger gaat werken. De assistent heeft zelden nog technische ondersteuning nodig. Bij coloscopieën wordt het coecum regelmatig bereikt, de intubatie van het duodenum bij een gastroscopie is al lang geen probleem meer. Wel heeft de assistent nog weinig ervaring bij de herkenning, interpretatie en inschatting van pathologische veranderingen. Vaak krijgen de assistenten in opleiding op dit niveau eigen endoscopieprogramma's met een supervisor op de achtergrond. Deze is beschikbaar voor overleg, maar hoeft niet meer constant aanwezig te zijn.

Supervisie op afstand

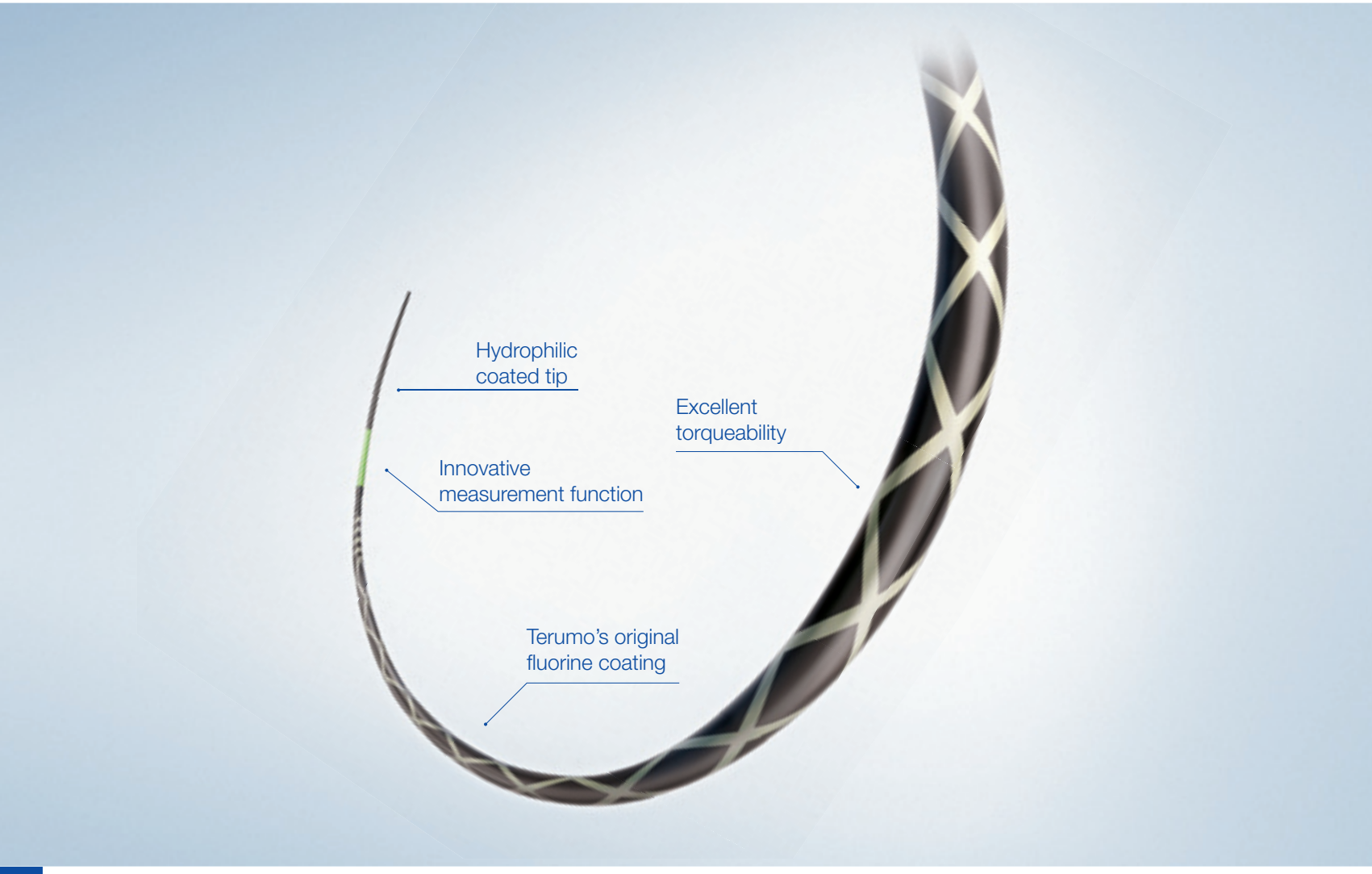
Wat doet de supervisor in de tussentijd? Wachten tot de assistenten met een probleem komen? Natuurlijk kan hij wat administratieve werkzaamheden of onderzoek doen, functieonderzoeken beoordelen of overleg plegen met collega's. In het spanningsveld van een groeiende zorgvraag en oplopende wachttijden zou het echter zinvoller en efficiënter zijn als de supervisor met patiëntgebonden werkzaamheden bezig is. Idealiter gebeurt dit op de endoscopieafdeling, in nabijheid van de assistent. Maar wat doe je als de assistent jou vraagt even naar een afwijking te kijken? De eigen endoscoop neerleggen of de assistent laten wachten?

Lees verder op pagina 53.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

VisiGlide



VISIGLIDE

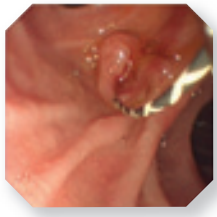
Revolutionary ERCP guidewire design.

Superior cannulation performance is now combined with the capability of smooth device exchange in one guidewire.

The VisiGlide guidewire for ERCP, being developed in cooperation with Terumo Corporation, stands out with the innovative concept of a 0.025-inch guidewire. It features a soft and highly flexible tip combined with the right stiffness at the guidewire shaft for easy therapeutic instrument exchange.

For more information, please visit www.olympus.nl

Outstanding radiopacity



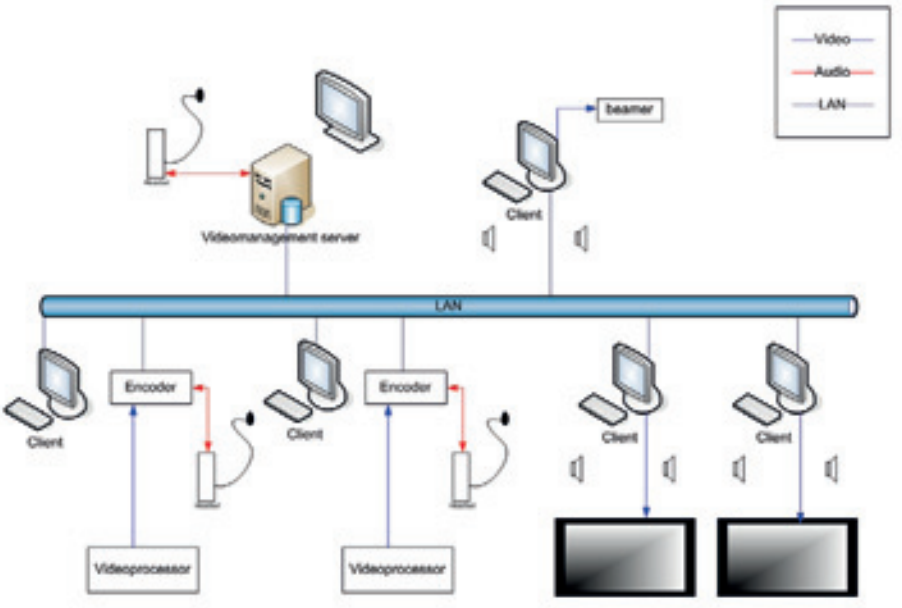
Clear endoscopic visibility

Vervolg van pagina 51.

Samen met Olympus hebben de MDL-artsen in Alkmaar een oplossing bedacht: videomanagement. De supervisor krijgt de mogelijkheid vanuit zijn eigen werkplek op een extra scherm mee te kijken bij de endoscopie van een assistent in een andere kamer. Hart van dit systeem is een videomanagementserver met bijzondere software die het contact tussen deelnemers – de 'cliënten' – in een netwerk organiseert. De videoprocessoren worden via een encoder en het lokale netwerk met de server verbonden. Via het lokale netwerk is tevens een draadloze audioverbinding gerealiseerd, die intercollegiaal overleg over endoscopische bevindingen mogelijk maakt.
Op deze manier kan in theorie zelfs een hele endoscopieafdeling met elkaar worden verbonden via communicatielijnen tussen alle kamers en in alle richtingen. Dit is vrij kostbaar en, zeker op kleinere afdelingen, niet helemaal noodzakelijk.

In Alkmaar heeft men voor een overzichtelijke oplossing gekozen: één kamer fungeert als centrale supervisiekamer. Vanuit deze kamer wordt verbinding gemaakt met de kamers rechts en links ernaast. Bij de programmaplanning worden op deze kamers assistenten of verpleegkundig-endoscopisten ingedeeld. De video- en audioverbinding kan door de supervisor eenvoudig en gebruikersvriendelijk door een touchscreen naast het eigen endoscopiescherm worden geactiveerd. De assistent of verpleegkundig-endoscopist geeft toestemming voor het meekijken. Gecommuniceerd wordt via microfoon en koptelefoon. Voor onderwijs- en opleidingsdoeleinden is ook een verbinding gelegd naar twee externe conferentieruimtes. Zo is het mogelijk dat groepen live endoscopieën kunnen volgen, een optie die overigens al in meerdere ziekenhuizen beschikbaar is.
Door aanschaffen van meer licenties voor aanvullende 'cliënten' kan het aantal monitoren met meekijkfunctie worden uitgebreid. Zo zou men ook op de monitor van een spreekkamer een endoscopiebeeld zichtbaar kunnen maken.
Uiteraard voldoen deze monitoren dan niet aan de eisen om definitieve diagnosen te stellen. Wel is supervisie en overleg op deze manier vanuit feitelijk elke plek in het ziekenhuis mogelijk.
Het videomanagement garandeert altijd laagdrempelig overleg tussen assistent in opleiding en de supervisor. "Is dit Barrett-mucosa of niet? Hoe moet ik deze afwijking biopteren? Kan ik deze poliep zelfstandig verwijderen? Is het zinvol de angiodysplasie nu direct met Argon te behandelen?" Dagelijkse vragen, die meteen beantwoord kunnen worden, terwijl de supervisor zelf gewoon kan doorgaan met zijn eigen procedure.

Endoalpha Video Management: hart van het systeem is een videomanagementserver die het contact tussen deelnemers – de 'cliënten' – in een netwerk organiseert.



Supervisie verpleegkundig-endoscopisten

Net zo belangrijk zou videomanagement kunnen worden bij de supervisie van verpleegkundig-endoscopisten die in toenemende mate MDL-artsen ondersteunen bij het verrichten van diagnostische coloscopieën. Na de implementatie van de uniforme opleiding zal deze bijzondere beroepsgroep snel groeien.
Zeker in kleinere zorginstellingen zullen verpleegkundig-endoscopisten een belangrijke rol spelen om de endoscopische capaciteit te verhogen bij een continu groeiende zorgvraag. Videomanagement biedt ook hierbij de mogelijkheid de activiteiten van de verpleegkundigen te superviseren, terwijl de MDL-arts zelf bezig is met een onderzoek.

Evaluatie Alkmaar

In Alkmaar wordt videosupervisie sinds een aantal maanden gebruikt. Het was even wennen en niet iedereen maakte direct gebruik van deze optie. De programmaplanning en de kamerindeling moesten worden aangepast. Maar inmiddels wordt deze nieuwe supervisietool door alle leden van de opleidingsgroep enthousiast ingezet. De assistenten en endoscopieverpleegkundigen zijn blij. De supervisor is niet zichtbaar, maar toch onmiddellijk bereikbaar. Wel valt het aan te bevelen de audioverbinding even te verbreken als er geen vragen zijn, anders kan de supervisor constant meeluisteren – wat wellicht niet altijd wenselijk is.

Michael Klemt-Kropp, MDL-arts
Medisch Centrum Alkmaar

1 sachet dosering maal daags

Voor de behandeling van colitis ulcerosa

Salofalk® 3g

Dat de zon 1 maal daags opkomt is voor u vanzelfsprekend...
...dat u uw patiënten het gemak gunt van
1 sachet voor 1 dosering 1 maal daags natuurlijk ook!

www.drfalkpharma-benelux.eu

Dr Falk

04-2012-NL

Richtlijn Pancreascarcinoom: landelijk en multidisciplinair

In maart 2011 is de landelijke Richtlijn Pancreascarcinoom uitgebracht. Deze richtlijn is opgesteld door de Landelijke Werkgroep Gastro-intestinale Tumoren van het Integraal Kankercentrum Nederland en geeft aanbevelingen over het beleid bij het pancreascarcinoom.

Overleving zeer laag, incidentie neemt toe

Met een gemiddelde overleving na het stellen van de diagnose van vier tot zes maanden en een vijfjaarsoverleving van <6% heeft pancreascarcinoom één van de slechtste prognoses van alle maligniteiten. In 2010 werd in Nederland bij 2179 patiënten pancreascarcinoom gediagnosticeerd; het aantal patiënten dat in ditzelfde jaar aan de gevolgen van pancreascarcinoom overleed, was 2379. Naar verwachting zal de incidentie in de komende jaren toenemen. Bij de behandeling van pancreascarcinoom zijn meerdere disciplines betrokken. Dit in combinatie met nieuwe ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek en behandeling maken een uniforme richtlijn die door de verschillende beroepsgroepen gedragen wordt, zeer wenselijk.

Belangrijkste knelpunten

De richtlijn geeft aanbevelingen over de diagnostiek, behandeling en follow-up van volwassen patiënten met pancreascarcinoom en heeft als doel een betere uniformi-

Lees verder op pagina 57.

Verkorte productinformatie Humira® (november 2011). **Naam en samenstelling:** Humira® 40 mg oplossing voor injectie in voorgevulde spuit / in voorgevulde pen. Elke voorgevulde spuit of voorgevulde pen van 0,8 ml bevat een enkele dosis van 40 mg adalimumab. **Indicaties: Reumatoïde Artritis** Humira® is in combinatie met methotrexaat (of als monotherapie in geval van intoleantie voor methotrexaat of wanneer voortgezette behandeling met methotrexaat ongewenst is) bestemd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige, actieve reumatoïde artritis wanneer de respons op antireumatische geneesmiddelen, waaronder methotrexaat, ontoereikend is gebleken en voor de behandeling van volwassen patiënten met ernstige, actieve en progressieve reumatoïde artritis die niet eerder behandeld zijn met methotrexaat. **Polyarticulaire juveniele idiopathische artritis** Humira® is in combinatie met methotrexaat (of als monotherapie in geval van intoleantie voor methotrexaat of wanneer voortgezette behandeling met methotrexaat ongewenst is) bestemd voor de behandeling van actieve polyarticulaire juveniele idiopathische artritis, bij kinderen en adolescenten in de leeftijd van 4 tot en met 17 jaar die een ontoereikende respons hebben gehad op één of meerdere antireumatische middelen. Het gebruik van Humira® is niet onderzocht bij kinderen jonger dan 4 jaar. **Artritis psoriatica** Humira® is tevens geregistreerd voor de behandeling van actieve en progressieve artritis psoriatica bij volwassen patiënten wanneer de respons op eerdere therapie met antireumatische geneesmiddelen ontoereikend is gebleken. Het is aangetoond dat Humira® de mate van progressie van perifere gewrichtsschade remt zoals gemeten door middel van röntgenonderzoek bij patiënten met het polyarticulaire symmetrische subtype van de aandoening en dat Humira® het lichamelijk functioneren verbetert. **Spondylitis ankylopoetica** Humira® is ook geregistreerd voor de behandeling van ernstige actieve spondylitis ankylopoetica bij volwassenen die onvoldoende gereageerd hebben op conventionele therapie. **Ziekte van Crohn** Daarnaast is Humira® geregistreerd voor de behandeling van ernstige, actieve ziekte van Crohn, bij patiënten die niet gereageerd hebben op een volledige en adequate behandeling met een corticosteroïd en/of een immunosuppressivum; of die dergelijke behandelingen niet verdragen of bij wie hiertegen een contra-indicatie bestaat. **Psoriasis** Humira® is tevens geregistreerd voor de behandeling van matige tot ernstige chronische plaque psoriasis bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op, of een contra-indicatie of een intolerantie voor andere systemische therapie waaronder ciclosporine, methotrexaat of PUVA. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Actieve tuberculose of andere ernstige infecties zoals sepsis en andere opportunistische infecties. Matig tot ernstig hartfalen (NYHA klasse III/IV). **Waarschuwingen:** Patiënten moeten zorgvuldig worden gecontroleerd op infecties, waaronder zowel actieve als latente tuberculose, voor, tijdens en gedurende 4 maanden na de behandeling met Humira® omdat patiënten die TNF-antagonisten gebruiken vatbaarder zijn voor ernstige infecties. Een verminderde longfunctie kan het risico op het ontwikkelen van infecties vergroten. De behandeling met Humira® mag niet worden geïnitieerd bij patiënten met actieve infecties, waaronder chronische of plaksgelijkende infecties, tot deze infecties onder controle zijn gebracht. Bij patiënten die zijn blootgesteld aan tuberculose en patiënten die hebben gereisd in gebieden met een hoog risico op tuberculose of endemische mycosen dienen het risico en de voordelen van de behandeling met Humira® te worden afgewogen voordat de therapie wordt gestart. Voorzichtigheid is geboden bij recidiverende infecties of predispositie voor infecties. Bij optreden van een nieuwe ernstige infectie of sepsis tijdens de behandeling, dient toediening van Humira® te worden stopgezet en een geschikte therapie te worden geïnitieerd tot de infectie onder controle is. Bij patiënten die werden behandeld met Humira® zijn ernstige infecties gerapporteerd, waaronder sepsis, pneumonie, pyelonefritis en septische artritis. In geval van vermoede latente tuberculose dient een arts met expertise op dit gebied te worden geraadpleegd. In geval van (vermoede) latente tuberculose moeten voordelen en risico's van de behandeling met Humira® zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen. Bij latente tuberculose dient antituberculeuze therapie te worden gestart vóór de start van de Humirabehandeling. In geval van belangrijke en/of meerdere risicofactoren voor latente tuberculose, maar een negatieve test ervoor, dient antituberculeuze therapie ook overwogen te worden; dit geldt ook voor patiënten bij wie niet zeker is of ze adequaat zijn behandeld voor een eerder geconstateerde latente of actieve tuberculose-infectie. Patiënten dienen het advies te krijgen een arts te raadplegen als tijdens of na de behandeling met Humira® tekenen/symptomen optreden die wijzen op een tuberculose-infectie. Opportunistische infecties zijn waargenomen bij patiënten die werden behandeld met Humira®. Patiënten die symptomen ontwikkelen zoals koorts, malaise, gewichtsverlies, zweten, hoesten, dyspnoe, en/of pulmonaire infiltraten of andere ernstige systemische ziekte dienen verdacht te worden van een invasieve schimmelinfectie en de toediening van Humira® dient onmiddellijk te worden gestaakt. Bij deze patiënten dient de diagnose te worden gesteld en toediening van een adequate antischimmeltherapie te worden gestart in overleg met een arts met expertise op het gebied van de zorg voor patiënten met systemische schimmelinfecties. Patiënten met risico op hepatitis B infectie dienen onderzocht te worden op aanwijzingen voor een eerder doorgemaakte hepatitis B infectie voor aanvang van de behandeling met Humira®. Dragers van het hepatitis B virus dienen zorgvuldig te worden gemonitord op symptomen van actieve infectie met het hepatitis B virus gedurende de behandeling en gedurende verschillende maanden na beëindiging van de behandeling. Bij reactivering van hepatitis B, dient Humira® te worden gestopt en dient effectieve antivirale therapie met geschikte ondersteunende behandeling te worden gestart. Voorzichtigheid dient in acht genomen te worden bij het gebruik van Humira® bij patiënten met bestaande of recent opgetreden demyeliniserende aandoeningen van het centrale of perifere zenuwstelsel. Als er een anafylactische reactie of andere ernstige bijwerking optreedt, dient de toediening van Humira® onmiddellijk te worden gestaakt. De dop van de naald bevat plantaardig rubber (latex); dit kan ernstige allergische reacties veroorzaken bij patiënten die gevoelig zijn voor latex. Met de huidige kennis kan een mogelijk risico op de ontwikkeling van lymfomen, leukemie en andere maligniteiten in patiënten die behandeld worden met TNF-antagonisten niet worden uitgesloten. Maligniteiten, waarvan sommige fataal, zijn in postmarketingverband gemeld bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (tot 22 jaar) die werden behandeld met TNF blokkerende middelen en bij wie de start van de behandeling bij een leeftijd ≤ 18 jaar was. Ongeveer de helft van de gevallen betrof lymfomen. Een risico op het ontwikkelen van maligniteiten bij kinderen en adolescenten die behandeld worden met TNF-blokkers kan niet worden uitgesloten. Na het in de handel brengen zijn er zeldzame postmarketing gevallen vastgesteld van hepatosplenisch T-cellymfoom bij patiënten die behandeld werden met Humira®, enkele van deze gevallen deden zich voor bij jonge volwassen patiënten die voor de ziekte van Crohn gelijktijdig behandeld werden met azathioprine of 6-mercaptopurine. Voorzichtigheid is geboden bij de overweging om patiënten met een achtergrond van maligniteiten met Humira® te behandelen en bij het voorschrijven van TNF-antagonisten aan COPD patiënten en zwaar rokende patiënten. Alle patiënten dienen vóór en tijdens de behandeling te worden onderzocht op niet-melanoom huidkanker. Patiënten die Humira® gebruiken dienen geadviseerd te worden onmiddellijk medisch advies te vragen indien zij symptomen ontwikkelen die duiden op bloeddyscrasie. Stopzetten van het gebruik van Humira® dient overwogen te worden bij patiënten met beweven significante hematologische afwijkingen. Patiënten die Humira® gebruiken kunnen gelijktijdig vaccinaties toegediend krijgen, met uitzondering van levende vaccins. Bij polyarticulaire juveniele idiopathische artritis indien mogelijk vóór starten van Humira® benodigde vaccinaties toedienen. Bij het gebruik van Humira® bij patiënten met mild hartfalen (NYHA klasse I/II) is voorzichtigheid geboden; bij nieuwe of verergerende symptomen van congestief hartfalen dient de behandeling met Humira® te worden gestaakt. Als een patiënt na behandeling met Humira® symptomen ontwikkelt die wijzen op een lupusachtig syndroom en als deze patiënt positief bevonden wordt voor antilichamen tegen dubbelstrengs DNA, mag de behandeling met Humira® niet langer gegeven worden. De combinatie van Humira® met anakinra wordt niet aanbevolen. De combinatie van Humira® met abatacept wordt niet aanbevolen. Er dient rekening gehouden te worden met de halfwaardetijd van adalimumab (± 14 dagen) als een chirurgische ingreep gepland wordt. Een patiënt die een operatie ondergaat terwijl hij of zij nog Humira® gebruikt moet zorgvuldig worden gecontroleerd op infecties en geschikte acties dienen ondernomen te worden. Bijzondere aandacht voor het risico op infecties is geboden bij ouderen omdat de frequentie van ernstige infecties, waarvan enkele fataal, bij patiënten ouder dan 65 jaar hoger is. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (≥1/10) komen voor: luchtweginfecties (waaronder lagere en hogere luchtweginfecties, pneumonie, sinusitis, faryngitis, nasofaryngitis en virale herpes pneumonie), leukopenie (waaronder neutropenie en agranulocytose), anemie, verhoogde lipiden, hoofdpijn, bukpijn, misselijkheid, braken, verhoogde leverenzymen, uitslag (waaronder schilferende uitslag), skeletspierpijn, reacties op de injectieplaats (waaronder erytheem op de injectieplaats). Vaak (≥1/100, <1/10) komen voor: systemische infecties (waaronder sepsis, candidiasis en influenza), intestinale infecties (waaronder virale gastroenteritis), huid- en onderhuidinfecties (waaronder paronychia, cellulitis, impetigo, fasciitis necroticans en herpes zoster), oorontstekingen, orale infecties (waaronder herpes simplex, orale herpes en tandinfecties), genitale infecties (waaronder vulvovaginale schimmelinfectie), urineweginfecties (waaronder pyelonefritis), schimmelinfecties, benigne neoplasma, huidkanker met uitzondering van melanoom (waaronder basaalcelcarcinoom en epitheelcelcarcinoom), trombocytopenie, leukocytose, hypersensitiviteit, allergieën (waaronder hooikoorts), hypokaliëmie, verhoogd urinezuur, afwijkend bloednatrium, hypocalciëmie, hyperglycemie, hypofosfatemie, verhoogd bloedkalium, stemmingswisselingen (waaronder depressie), angst, slapeloosheid, paresthesieën (waaronder hypoesthesie), migraine, ischias, visusstoornis, conjunctivitis, draaiduizeligheid, tachycardie, hypertensie, blozen, hematoom, hoesten, astma, dyspnoe, maagdarmbloeding, dyspepsie, refluxesofagitis, sicca-syndroom, pruritus, urticaria, blauwe plekken (waaronder purpura), dermatitis (waaronder eczeem), breken van de nagels, overmatig zweten, spierspasmen (waaronder verhoging van de hoeveelheid creatininefosfokinase in het bloed), hematurie, nierfunctiestoornissen, pijn op de borst, oedeem, stollings- en bloedingsstoornissen (waaronder verlengde geactiveerde partiële tromboplastinetijd), positieve test op autoantilichamen (waaronder antilichamen tegen dubbelstrengs DNA), verhoogd lactaatdehydrogenase in het bloed, vermoeidheid. Soms (≥1/1000, <1/100) komen voor: opportunistische infecties en tuberculose (waaronder coccidioidomycose, histoplasmose en MAC-infectie (mycobacterium avium complex)), neurologische infecties (waaronder virale meningitis), oog· infecties, bacteriële infecties, gewrichtsinfecties, lymfoom, solide tumoren (waaronder borstkanker, longkanker en schildklierkanker), melanoom, idiopathische trombocytopenische purpura, dehydratie, tremor, blefaritis, zwelling van het oog, duizelig zien, doofheid, tinnitus, artritis/ën, congestief hartfalen, COPD (chronic obstructive pulmonary disease), interstitiële longaandoeningen, pneumonitis, pancreatitis, slikklachten, zwelling van het gezicht, cholecystitis, cholelithiase, verhoogd bilirubine, hepatische steatose, nachtzweten, litteken, rhabdomyolyse, nycturie, erectiestoornissen, ontsteking. Zelden (≥1/10.000, <1/1000) komen voor: pancytopenie, multipele sclerose, hartstilstand, bloedvatafsluiting, tromboflebitis, aneurysma aortae, systemische lupus erythematosus. Additionele bijwerkingen waarvan de frequentie onbekend is: diverticulitis, hepatosplenisch T-cellymfoom, leukemie, anafylaxie, sarcoïdose, demyeliniserende aandoeningen, cerebrovasculair accident, longembolie, pleurale effusie, longfibrose, darmperforatie, reactivering van hepatitis B, cutane vasculitis, Stevens-Johnson-syndroom, angio-oedeem, opnieuw voorkomen of verslechtering van psoriasis, erythema multiforme, alopecia, lupus-achtig syndroom, myocardinfarct. Zie voor volledige productinformatie de goedgekeurde SmPC. **Farmacotherapeutische groep:** selectieve immunosuppressiva. **Aflevarstatus:** U.R. **Registratienummers:** EU/1/03/256/002-5, EU/1/03/256/007-10 Vergoeding: Humira® wordt, onder bepaalde voorwaarden, volledig vergoed in het kader van het GVS voor de indicaties reumatoïde artritis, artritis psoriatica, ziekte van Crohn, visusbedreigende uveïtis, spondylitis ankylopoetica, plaque psoriasis en polyarticulaire juveniele idiopathische artritis. **Registratiehouder:** Abbott Laboratories Ltd. Abbott House, Vanwall Business Park, Vanwall Road, Maidenhead, Berkshire SL6 4XE. Verenigd Koninkrijk. Neem voor vragen contact op met de lokale vertegenwoordiger van de registratiehouder: Abbott B.V., Wegalaan 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 - 82 22 888.

HUMIRA® adalimumab

Abbott Immunology

Verkorte SPC MOVIPREP®
Naam van het geneesmiddel MOVIPREP®, poeder voor drank **Registratiehouder** Norgine BV, Hogehilweg 7, Amsterdam **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** De bestanddelen van MOVIPREP® zitten in twee aparte sachets. **Sachet A** bevat de volgende actieve bestanddelen: Macrogol 3350 100 g, Watervrij natriumsulfaat 7,500 g, Natriumchloride 2,691 g, Kaliumchloride 1,015 g. **Sachet B** bevat de volgende actieve bestanddelen: Ascorbinezuur 4,700g, Natriumascorbaat 5,900g. De concentratie van de elektrolyten, als beide sachets bereid zijn tot één liter oplossing, is de volgende: Natrium 181,6 mmol/l (waarvan niet meer dan 56,2 mmol absorbeerbaar is), Sulfaat 52,8 mmol/l, Chloride 59,8 mmol/l, Kalium 14,2 mmol/l, Ascorbaat 29,8 mmol/l. Dit product bevat 0,233 g aspartaam per sachet A. **Farmacotherapeutische groep** Osmotisch laxans voor colonlavage **Farmaceutische vorm** Poeder voor drank. **Therapeutische indicaties** Voor reiniging van de darm voor alle klinische procedures die een schone darm vereisen, bijvoorbeeld darmendoscopie of radiologie. **Contra-indicaties** Niet gebruiken bij patiënten met bekende of vermoede: gastro-intestinale obstructie of perforatie, problemen bij maagledigingbijvoorbeeld gastroparese), ileus, fenylketonurie (door de aanwezigheid van aspartaam), glucose-6-fosfaatdehydrogenase deficiëntie (omwille van de aanwezigheid van ascorbaat), overgevoeligheid voor één van de bestanddelen, toxisch megacolon, een complicatie van ernstige inflammatoire darmziekten, waaronder de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Niet gebruiken bij bewusteloze patiënten. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Diarree is een verwacht effect dat te wijten is aan het gebruik van MOVIPREP®. MOVIPREP® moet met voorzichtigheid toegediend worden aan kwetsbare patiënten met een slechte gezondheidstoestand of patiënten met een ernstige klinische stoornis zoals: verstoorde braakreflex, of met neiging tot aspiratie of regurgitatie, verstoord bewustzijn, ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring <30 ml/min), hartinsufficiëntie (NYHA klasse III of IV), dehydratie, ernstige acute ontstekingsziekte. De aanwezigheid van dehydratie moet gecorrigeerd worden voor het gebruik van MOVIPREP®. Halfbewuste patiënten of patiënten die vatbaar zijn voor aspiratie of regurgitatie moeten nauwgezet geobserveerd worden tijdens de toediening, in het bijzonder als dit gebeurt via nasogastrische weg. Als patiënten symptomen ontwikkelen die wijzen op veranderingen in de vocht/elektrolyten balans (bijvoorbeeld oedeem, kortademigheid, toegenomen vermoeidheid, hartinsufficiëntie), moeten de plasma-elektrolyten gemeten worden en moet elke afwijking op gepaste wijze behandeld worden. Bij verzwakte kwetsbare patiënten, patiënten met een slechte gezondheidstoestand, degenen met klinisch significante nierinsufficiëntie en degenen met risico van een onbalans in de elektrolyten, moet de arts overwegen om voor en na de behandeling een elektrolytenbepaling en een nierfunctietest uit te voeren. Als patiënten symptomen ervaren zoals ernstige opzwelling, abdominale uitzetting, abdominale pijn of enige andere reactie die het voortzetten van de behandeling bemoeilijkt, kunnen zij de inname van MOVIPREP® vertragen of tijdelijk stop zetten en moeten zij hun arts raadplegen. **Bijwerkingen** Diarree is een te verwachten effect van darmvoorbereiding. Als gevolg van de aard van de interventie komen ongewenste reacties voor in de meerderheid van de patiënten gedurende de darmvoorbereiding. Hoewel deze variëren per voorbereiding komen misselijkheid, braken, abdominale uitzetting, abdominale pijn, anale irritatie en slaapstoornissen vaak voor in patiënten die een darmvoorbereiding ondergaan. Zoals bij andere macrogol bevattende producten kunnen allergische reacties, inclusief rash, urticaria, pruritus, angio-oedeem en anafylactische reacties voorkomen. Immuunsysteemaandoeningen *Niet bekend* anafylactische reacties Psychische stoornissen *Vaak* slaapstoornis Zenuwstelselaandoeningen *Vaak* duizeligheid, hoofdpijn *Niet bekend* convulsies geassocieerd met ernstige hyponatriëmie Hartaandoeningen *Niet bekend* transiënte toename van de bloeddruk Maagdarmstelselaandoeningen *Zeer vaak* abdominale pijn, misselijkheid, abdominale uitzetting, anaal ongemak *Vaak* braken, dyspepsie *Soms* dysfagie *Niet bekend* flatulentie, kokhalzen Lever- en galaandoeningen *Soms* abnormale leverfunctietesten Huid- en onderhuidaandoeningen *Niet bekend* pruritus, urticaria, rash Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen *Zeer vaak* malaise *Vaak* rillingen, dorst, honger *Soms* ongemak Onderzoeken *Niet bekend* Elektrolytverstoringen waaronder verlaagde bicarbonaatconcentratie in het bloed, hyper- en hypocalciëmie, hypofosfatemie, hyponatriëmie (komt vaker voor in patiënten die gelijktijdig medicatie innemen die de nieren beïnvloedt zoals ACE-remmers en diuretica) en wijzigingen van de chloridewaarden in het bloed **Kanalisatie** U.R. **Vergoeding** Volledig vergoed **Prijs** Voor prijzen zie Z-index **Datum** 23 juni 2011
Volledige SPC op aanvraag verkrijgbaar.

Verkorte SPC MOVIPREP® Orange
Naam van het geneesmiddel MOVIPREP® Orange, poeder voor drank **Registratiehouder** Norgine BV, Hogehilweg 7, Amsterdam **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** De bestanddelen van MOVIPREP® Orange zitten in twee aparte sachets. **Sachet A** bevat de volgende actieve bestanddelen: Macrogol 3350 100 g, Watervrij natriumsulfaat 7,500 g, Natriumchloride 2,691 g, Kaliumchloride 1,015 g. **Sachet B** bevat de volgende actieve bestanddelen: Ascorbinezuur 4,700g, Natriumascorbaat 5,900g. De concentratie van de elektrolyten, als beide sachets bereid zijn tot één liter oplossing, is de volgende: Natrium 181,6 mmol/l (waarvan niet meer dan 56,2 mmol absorbeerbaar is), Sulfaat 52,8 mmol/l, Chloride 59,8 mmol/l, Kalium 14,2 mmol/l, Ascorbaat 29,8 mmol/l. Dit product bevat 0,175 g aspartaam en 0,120 g glucose per sachet A. **Farmacotherapeutische groep** Osmotisch laxans voor colonlavage **Farmaceutische vorm** Poeder voor drank. **Therapeutische indicaties** Voor reiniging van de darm voor alle klinische procedures die een schone darm vereisen, bijv. darmendoscopie of radiologie. **Contra-indicaties** Niet gebruiken bij patiënten met bekende of vermoede: gastro-intestinale obstructie of perforatie, problemen bij maaglediging (bijv. gastroparese), ileus, fenylketonurie (door de aanwezigheid van aspartaam), glucose-6-fosfaatdehydrogenase deficiëntie (omwille van de aanwezigheid van ascorbaat), overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor de hulpstoffen, toxisch megacolon, een complicatie van ernstige inflammatoire darmziekten, waaronder de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Niet gebruiken bij bewusteloze patiënten. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Diarree is een verwacht effect dat te wijten is aan het gebruik van MOVIPREP® Orange. MOVIPREP® Orange moet met voorzichtigheid toegediend worden aan kwetsbare patiënten met een slechte gezondheidstoestand of patiënten met een ernstige klinische stoornis zoals: verstoorde braakreflex, of met neiging tot aspiratie of regurgitatie, verstoord bewustzijn, ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring <30 ml/min), hartinsufficiëntie (NYHA klasse III of IV), dehydratie, ernstige acute ontstekingsziekte. De aanwezigheid van dehydratie moet gecorrigeerd worden voor het gebruik van MOVIPREP® Orange. Halfbewuste patiënten of patiënten die vatbaar zijn voor aspiratie of regurgitatie moeten nauwgezet geobserveerd worden tijdens de toediening, in het bijzonder als dit gebeurt via nasogastrische weg. Als patiënten symptomen ontwikkelen die wijzen op veranderingen in de vocht/elektrolyten balans (bijv. oedeem, kortademigheid, toegenomen vermoeidheid, hartinsufficiëntie), moeten de plasma-elektrolyten gemeten worden en moet elke afwijking op gepaste wijze behandeld worden. Bij verzwakte kwetsbare patiënten, patiënten met een slechte gezondheidstoestand, degenen met klinisch significante nierinsufficiëntie en degenen met risico van een onbalans in de elektrolyten, moet de arts overwegen om voor en na de behandeling een elektrolytenbepaling en een nierfunctietest uit te voeren. Als patiënten symptomen ervaren zoals ernstige opzwelling, abdominale uitzetting, abdominale pijn of enige andere reactie die het voortzetten van de behandeling bemoeilijkt, kunnen zij de inname van MOVIPREP® Orange vertragen of tijdelijk stop zetten en moeten zij hun arts raadplegen. Patiënten met zeldzame glucose-galactose malabsorptie mogen dit geneesmiddel niet gebruiken. **Bijwerkingen** Diarree is een te verwachten effect van darmvoorbereiding. Als gevolg van de aard van de interventie komen ongewenste reacties voor in de meerderheid van de patiënten gedurende de darmvoorbereiding. Hoewel deze variëren per voorbereiding komen misselijkheid, braken, abdominale uitzetting, abdominale pijn, anale irritatie en slaapstoornissen vaak voor in patiënten die een darmvoorbereiding ondergaan. Zoals bij andere macrogol bevattende producten kunnen allergische reacties, inclusief rash, urticaria, oedeem en anafylactische reacties voorkomen. Voedings- en stofwisselingsstoornissen *Vaak* honger *Soms* hypofosfatemie Psychische stoornissen *Vaak* slaapstoornis Zenuwstelselaandoeningen *Vaak* duizeligheid *Soms* hoofdpijn Maagdarmstelselaandoeningen *Zeer vaak* abdominale pijn, misselijkheid, abdominale uitzetting, anaal ongemak *Vaak* braken, dyspepsie *Soms* dysfagie Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen *Zeer vaak* malaise, dorst *Vaak* rillingen *Soms* ongemak Onderzoeken *Soms* verlaagde bicarbonaatconcentratie in het bloed, hypocalciëmie, hypercalciëmie, verlaagde chloorconcentratie in het bloed, verhoogde chloorconcentratie in het bloed, verlaagde fosforconcentratie in het bloed, abnormale leverfunctietesten. **Kanalisatie** U.R. **Vergoeding** Volledig vergoed **Prijs** Voor prijzen zie Z-index **Datum** 8 september 2010
Volledige SPC op aanvraag verkrijgbaar.

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. **Dosering en wijze van toediening:** Aan te passen aan de ernst van de ziekte. Volw. en oudere kinderen: Oraal: Colitis ulcerosa acute fase: max.4 g per dag in meerdere doses. Onderhoudsbehandeling: 2 g per dag. Ziekte van Crohn acute fase : 2-4 g per dag verdeeld over meerdere doses. De dosering kan naar gelang het ziekteverloop geleidelijk verminderd worden tot 2 g per dag. Bij maagklachten tabletten/sachets tijdens of vlak na de maaltijd innemen. Pentasa kan met wat water of yoghurt ingenomen worden. Het granulaat mag niet gekauwd worden. Suspensie voor rectaal gebruik: 1 flacon suspensie iedere avond voor het slapen gaan, gedurende twee tot vier weken. Zetpil: 1-2 maal daags 1 zetpil via de anus. Bij gevoelige anus is het aan te raden de zetpil vóór het inbrengen glad te maken met een beetje water. **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 aanbevolen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties 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:** feb 2010

Vervolg van pagina 55.

teit van behandeling en daarmee een betere overleving van deze patiënten te bewerkstelligen. Ook geeft de richtlijn aanbevelingen over het geven van voorlichting aan patiënten. Omdat tumoren van de distale galwegen en de Papil van Vater (periampullaire carcinomen) veelal hetzelfde diagnostische en behandeltraject kennen als het pancreascarcinoom, vallen deze carcinomen ook binnen de richtlijn. Een uitzondering hierop zijn de aanbevelingen omtrent de (neo)adjuvante chemo- en radiotherapie en palliatieve chemo- en radiotherapie, deze aanbevelingen zijn uitsluitend van toepassing op het pancreascarcinoom. Basis voor deze landelijke richtlijn zijn de uitgangsvragen die zijn opgesteld naar aanleiding van een knelpuntinventarisatie gehouden onder professionals en patiënten. De nieuwe richtlijn geeft aldus aanbevelingen over onderwerpen die in de dagelijkse praktijk als belangrijkste knelpunten worden ervaren.

De uitgangsvragen die in de richtlijn worden besproken, staan vermeld in *Tabel 1*. Voor de aanbevelingen rondom deze uitgangsvragen willen we u verwijzen naar **www.oncoline.nl/pancreascarcinoom**. En kijkt u op **www.mdl.nl/MAGMA** voor Endoscopic ultrasonography (EUS)-beelden van een ~30mm adenocarcinoom in de staart van het pancreas, aangrenzend aan arteria en vena lienalis.

Femme Harinck[1], Jan Werner Poley[1], Casper H.J. van Eijck[2], Olivier R. Busch[3], Marco J. Bruno[1]

[1]Afdeling Maag-, darm- en leverziekten, Universitair Medisch Centrum Rotterdam / Erasmus MC
[2]Afdeling Chirurgie, Universitair Medisch Centrum Rotterdam / Erasmus MC
[3]Afdeling Chirurgie, Universitair Medisch Centrum Amsterdam / AMC

Tabel 1. Uitgangsvragen bij Richtlijn Pancreascarcinoom

I. Diagnostiek en stadiëring
• Welke verschillende modaliteiten moeten verricht worden bij de diagnostiek en stadiëring van het pancreascarcinoom?
• Wat is de plaats van ERCP?
• Wat is de plaats van de abdominale echografie?
• Wat is de waarde van beeldvorming met CT-scan en/of MRI?
• Wanneer dient endosonografie gedaan te worden?
• Wanneer dient een PET-scan gedaan te worden?
• Wat is de indicatie voor een diagnostische laparoscopie?
• Wat is de waarde van cyto- en histopathologische onderzoeken zoals brush cytologie en FNA?
• In welke mate dragen tumormarkers en IgG4 bij in de diagnostiek?
II. Chirurgische behandeling – In opzet curatieve behandeling
• Wat is de uitkomst in termen van overleving en functie waarop besloten kan worden om na diagnostiek en stadiëring over te gaan tot een in opzet curatieve behandeling?
• Welke patiënten komen in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling (exploratieve laparoscopie)?
• Welke postoperatieve maatregelen dienen te worden verricht t.a.v. galwegdrainage, Somatostatine en voeding?
• Waar en door wie dient de operatie te worden uitgevoerd?
• Wat is een acceptabele wachttijd voor operatie c.q. behandeling?
III. Chirurgische behandeling – In opzet curatieve behandeling
• Wat is de uitkomst in termen van overleving en functie om tijdens operatie te bepalen welke patiënten voor curatieve resectie in aanmerking komen en welke operatie verdient de voorkeur?
• Wat is de operatie naar keuze en welke reconstructie verdient de voorkeur?
• Is er een indicatie tot resectie bij lokale (vasculaire) uitbreiding?
• Is er een indicatie tot resectie bij peritoneale of levermetastasen?
• Is er een indicatie tot resectie bij lymfkliermetastasen buiten het standaard resectiegebied?
• Is er een indicatie tot resectie voor uitgebreide lymfklierdissectie?
IV. Pathologie (Resectiepreparaat)
• Welke gegevens in het pathologische verslag zijn van belang en hoe dienen deze vastgesteld te worden?
V. Palliatieve behandeling
• Welke behandeling heeft de voorkeur bij biliaire obstructie?
• Welke behandeling heeft de voorkeur bij gastro-intestinale obstructie en dient deze profylactisch te worden verricht?
• Welke behandeling heeft de voorkeur ter bestrijding of voorkoming van pijn?
VI. (Neo)adjuvante chemotherapie, radiotherapie of chemoradiotherapie
• Wat zijn de indicaties voor (neo)adjuvante therapie bij pancreascarcinoom?
• Is er een indicatie voor pre- of postoperatieve (chemo)radiotherapie bij een in opzet curatieve resectie?
• Is er een indicatie voor (neo)adjuvante chemotherapie bij een in opzet curatieve resectie?
• Is er een indicatie voor chemo- of (chemo)radiotherapie in de palliatieve fase?
VII. Begeleiding en follow-up
• Wat is de optimale begeleiding en follow-up van patiënten met pancreascarcinoom?
• Wat is de optimale psychosociale begeleiding tijdens de diagnostische fase en behandeling van pancreascarcinoom?
• Is er een rol voor een verpleegkundige in de begeleiding van patiënten met pancreascarcinoom?
• Zijn er indicaties voor extra voeding en enzymsuppletie na een in opzet curatieve resectie of in de palliatieve fase?

NU BESCHIKBAAR, VOLLEDIG VERGOED

MSD

WINST MET VICTRELIS*

Toevoeging van VICTRELIS aan SOC biedt:

- Aanzienlijke verhoging van de SVR[3]
- Manageable bijwerkingenprofiel[1,2]
- Flexibiliteit[1,2]

*VICTRELIS is geïndiceerd voor de behandeling van chronische infectie met het hepatitis C-virus (CHC) genotype 1, in combinatie met peginterferon alfa en ribavirine, bij volwassen patiënten met gecompenseerde leverziekte die niet eerder behandeld zijn of bij wie eerdere behandeling heeft gefaald.

Referenties: 1. F. Poordad et al. Boceprevir for Untreated Chronic HCV Genotype 1 Infection. NEJM 2011, 364, 13: 1195-1206. **2.** B.R. Bacon et al. Boceprevir for Previously Treated Chronic HCV Genotype 1 Infection. NEJM 2011, 364, 13: 1207-17. **3.** SPC VICTRELIS

Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens VICTRELIS voor te schrijven.
Zie elders in dit blad voor de verkorte SPC.

MSD
Postbus 581, 2003 PC Haarlem, tel.: 0800-9999000
medicalinfo.nl@merck.com, www.msd.nl www.univadis.nl

VICTRELIS® boceprevir, MSD

0113VIC12NL2010J0112

WETENSCHAP

Twee nieuwe trials voor chronische cholestatische leverziekten

In april startte ook in Nederland een internationale Fase-3-trial met obeticholzuur (INT747) voor de behandeling van primaire biliaire cirrose (PBC). In 80 Europese en Amerikaanse centra worden in totaal 180 patiënten gerandomiseerd en gedurende 12 maanden behandeld met obeticholzuur (6 ethylchenodeoxycholzuur) of placebo (2:1).
Voor informatie of verwijzing van kandidaten kunt u een van deze studiecentra benaderen:

- AMC Amsterdam, Ulrich Beuers (hoofdonderzoeker Nederland), u.h.beuers@amc.nl
- EMC Rotterdam, Henk van Buuren, h.vanbuuren@erasmusmc.nl
- UMC St. Radboud Nijmegen, Joost Drenth, joostdrenth@cs.com
- UMC Utrecht, Karel van Erpecum, k.j.vanerpecum@umcutrecht.nl
- VUmc Amsterdam, Karin van Nieuwkerk, cmj.vannieuwkerk@vumc.nl

Daarnaast is zeer recent een Fase-2-trial met Nor-Ursodeoxycholzuur (nor-UDCA) voor de behandeling van Primaire Scleroserende Cholangitis (PSC) gestart. Nor-UDCA is een synthetische homoloog van UDCA en bleek in experimentele modellen van scleroserende cholangitis een krachtigere anticholestatische en antifibrotische werking te hebben dan UDCA. In totaal 160 patiënten in Europese centra worden gerandomiseerd voor het gedurende drie maanden gebruiken van de studiemedicatie.
Voor informatie of verwijzing van kandidaten kunt u een van deze studiecentra benaderen:

- AMC Amsterdam, Ulrich Beuers (hoofdonderzoeker Nederland), u.h.beuers@amc.nl
- EMC Rotterdam, Henk van Buuren h.vanbuuren@erasmusmc.nl

Op www.mdl.nl/MAGMA vindt u de inclusie- en exclusiecriteria voor beide trials evenals aanvullende contactgegevens.

NIEUWS

Uitreiking Frieda den Hartog Jager Prijs

Op 22 maart ontving Fokko Nagengast (*rechts*) de Frieda den Hartog Jager-penning uit handen van Chris Mulder, voorzitter van de NVGE, tijdens de NVGE-voorjaarsvergadering in Veldhoven. Fokko Nagengast hield een lezing over *Dertig jaar (erfelijk)darmkankeronderzoek*. De prijs wordt eenmaal in de twee jaar uitgereikt ter nagedachtenis aan Frieda den Hartog Jager, een Amsterdamse MDL-arts die aan de basis stond van de digestieve oncologie in Nederland.

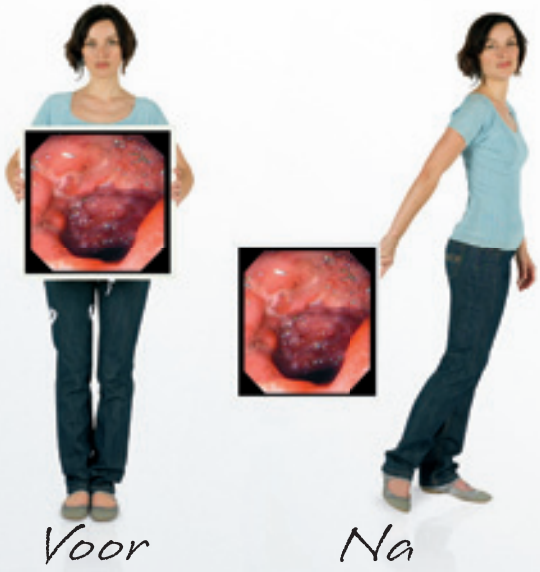
WETENSCHAP

GEZAMENLIJK ONDERZOEK VUMC EN DIERGENEESKUNDE UNIVERSITEIT UTRECHT WIJST UIT

Glutenintolerantie komt ook bij paarden voor

Paarden die gluten in de voeding krijgen, blijken daarop te reageren met antistoffen in het bloed, in tegenstelling tot dieren die glutenarm worden gevoerd. Coeliakiespecialisten van VUmc en onderzoekers van de faculteit Diergeneeskunde van de Universiteit Utrecht hebben de gevoeligheid voor gluten als oorzaak van chronische dunnedarmontsteking bij sportpaarden voor het eerst in beeld gebracht. Hun artikel *Gluten-dependent antibodies in horses with inflammatory small bowel disease (ISBD)* is te lezen in de online versie van *Veterinary Quarterly* via **www.tandfonline.com**.

Met aanhoudende remissie gaat het leven verder[1]



HUMIRA®
adalimumab

Aanhoudende remissie[1]

Productinformatie elders in dit tijdschrift

Abbott
A Promise for Life

DE AFVALLENDE AANNEMER

1 Een 69-jarige gepensioneerde aannemer meldde zich in januari 2011 in een ziekenhuis elders omdat hij in twee maanden ruim drie kilo aan gewicht had verloren, waarbij hij vervolgens ook icterisch werd en flink last van jeukklachten kreeg.

De voorgeschiedenis van deze patiënt vermeldde een sinds 2003 bestaande insuline-afhankelijke type-2-diabetes mellitus, hypertensie en COPD. In 2003 had patiënt een episode van sterk afvallen (van 85 kg tot onder de 50 kg), waarbij op beeldvorming een laesie werd gezien die verdacht was voor een maligniteit van de pancreaskop. Daarvoor volgde uiteindelijk een proeflaparotomie, maar peroperatief werd een pancreatitis vastgesteld. Onder behandeling met pancreasenzymen verdwenen destijds de klachten en herstelde het gewicht. In 1995 werd overigens in een mediastinale klier die onder de verdenking sarcoïdose was geëxcideerd, niets bijzonders gezien.

Bij onderzoek elders begin 2011 waren er behoudens *icterus* geen bijzonderheden. Echo toonde intrahepatische galwegstuwing. ERCP toonde obstructie ter hoogte van de *hilus*, verdacht voor een cholangiocarcinoom, waarbij een plastic stent werd geplaatst. Op de CT werd geen duidelijk ruimte-innemend proces gevonden. Het bilirubine totaal was 123 umol/L, ASAT 480 U/L, ALAT 577 U/L, AF 582 U/L, GGT 1956 U/L, LDH 419 U/L, amylase 13 U/L, lipase <10 U/L en albumine 37 g/L.

Onder verdenking van een galwegmaligniteit werd patiënt verwezen naar het AMC, waar gezien de pancreatitis e.c.i. in 2003 een auto-immuunpancreatitis met daarbij een IgG4-geassocieerde cholangitis werd overwogen. Een subklasse-analyse van IgG werd verricht. IgG was met 23.9 (norm <16) verhoogd, vrijwel volledig op basis van een sterk verhoogd IgG4 (18.8 g/L, norm 0.08<IgG4<1.4). Het CA19,9 was 267 kU/L (norm <34).

Gezien de afwezigheid van tekenen van maligniteit en de sterke verdenking op een IgG4-geassocieerde ziekte van pancreas en galwegen werd gestart met een proefbehandeling met prednisolon conform de huidige consensusrichtlijnen (40 mg 1dd1, 2 weken). Reeds binnen twee weken verbeterden de serumlevertests duidelijk. Het IgG4 daalde tot 12.6 g/L en het CA19.9 daalde tot 23.

Na twee maanden behandeling met 40 mg prednisolon 1dd1 waren de leverwaarden vrijwel geheel genormaliseerd en was ook het IgG4 duidelijk doorgedaald (3.66 g/L). Hierop werd de prednisolon afgebouwd. Om het risico op nieuwe opvlammingen te minimaliseren, gebruikte patiënt sindsdien 2.5 mg 1dd1, tot dusver zonder terugkeer van de klachten.

IgG4-geassocieerde ziekte[1] is een paraplubegrip voor een tot dusver onvolledig begrepen ziekte die zich in meerdere organen kan manifesteren. De alvleesklier (auto-immuunpancreatitis, AIP[2-3]) en galwegen (IgG4-geassocieerde cholangitis, IAC[4]) vormen waarschijnlijk de belangrijkste lokalisaties. Het serum-IgG4 is vaak maar niet altijd verhoogd.[5] Grote aantallen IgG4-positieve plasmacellen in bioptmateriaal worden soms gevonden, en andere orgaanlokalisaties die binnen het spectrum kunnen vallen, zijn suggestief.[6]

De pathogenese van IgG4-geassocieerde ziekte en de rol die antilichamen uit de IgG4-subklasse daarbij spelen, is tot dusver onduidelijk.[7-9] In het AMC volgen we een prospectief cohort van patiënten met IgG4-geassocieerde ziekte, waarbij we proberen ook de etiologie beter te doorgronden.

Lucas Maillette de Buy Wenniger, Erik Rauws, Ulrich Beuers
AMC, Amsterdam

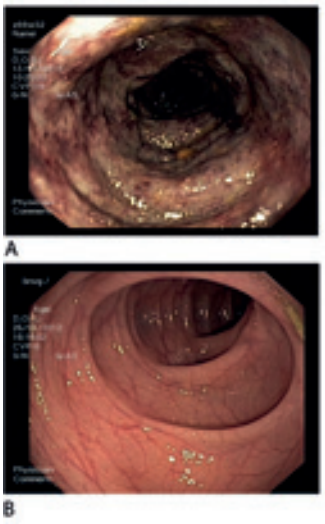
Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen bij dit artikel.

SUMATRIPTAN-GEÏNDUCEERDE DARMISCHEMIE

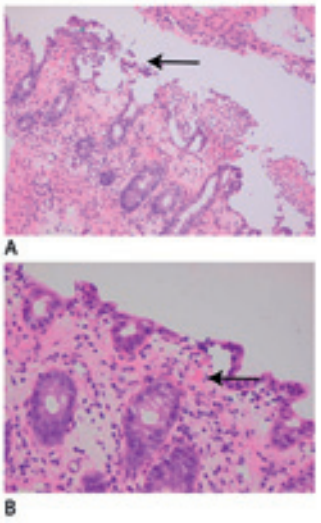
2 Een 46-jarige man presenteerde zich op de spoedeisende hulp met helderrood rectaal bloedverlies. Zijn voorgeschiedenis kenmerkte zich door juveniele myoclone epilepsie, chronische atypische hoofdpijn, refluxklachten en een als conversie geduide hemiparese links, ontstaan tijdens het ontwennen van sumatriptan. Op het moment van presentatie gebruikte hij voor zijn hoofdpijnklachten dagelijks tot 200 mg sumatriptan, de maximaal toegestane dosis. Patiënt vertelde dat het bloedverlies ongeveer 24 uur vóór presentatie was begonnen na een korte aanval van krampende pijn in de onderbuik. Hierna had hij zeker twintig keer kleine hoeveelheden rectaal bloed verloren; in totaal ongeveer twee theekopjes. Zowel het bloedverlies als de krampende pijn in de onderbuik waren nooit eerder door patiënt bemerkt. Een uitgebreide anamnese leverde geen verdere aanknopingspunten op.

Bij lichamelijk onderzoek zagen we een niet zieke, goed verzorgde man met milde drukpijn in de onderbuik. Bij rectaal toucher werd helderrood bloed aan de handschoen gezien. Het laboratoriumonderzoek was niet afwijkend. Bij dit beeld van buikpijn en acuut onbegrepen bloedverlies werd differentiaal-diagnostisch onder meer gedacht aan darmischemie. Om deze reden werd een CT-angiografie van het abdomen verricht, die geen occlusie van de mesenteriale vaten liet zien, maar wel een diffuus oedemateus verdikte colonwand. Hierop werd een coloscopie verricht, die het beeld van een segmentele colitis op 25–50 cm *ab ano* liet zien, gekenmerkt door een oedemateuze bleke mucosa met paarse verkleuringen (*figuur 1A*). Biopten uit het aangedane gebied toonden ulceratieve oppervlaktedefecten met pseudo-membranen (*figuur 2A*) en hyaline-thrombi (*figuur 2B*), passende bij een ischemische colitis. Na het stoppen van de sumatriptan verdwenen de klachten van patiënt binnen 48 uur.

Lees verder op pagina 62.



Figuur 1. Coloscopie bij opname laat het beeld zien van een segmentele colitis op 2550 cm ab ano (A). Twee weken na het staken van de sumatriptan werd de coloscopie herhaald, waarbij een volledig herstel werd gezien (B).



Figuur 2. Biopten uit het aangedane gebied toonden pseudo-membranen (pijl; A) en hyaline-thrombi (pijl; B). Hyaline-thrombi zijn pathognomisch voor darmischemie.

Een controle-coloscopie na twee weken liet een volledig herstel van de segmentele colitis zien (*figuur 1B*).

Bespreking

Ischemische colitis wordt veroorzaakt door een verminderde bloedstroom in het splanchicusgebied en kan zowel acuut als chronisch van aard zijn. Acute ischemische colitis ontstaat meestal door een embolie of een thrombus, maar kan ook samenhangen met een verminderd circulerend volume of vasoconstrictie van het splanchicusgebied. Dit laatste fenomeen kent verschillende medicamenteuze oorzaken, waarvan sumatriptan een minder bekend voorbeeld is. Sumatriptan voorkomt waarschijnlijk migraineaanvallen door intracraniële vasoconstrictie. Deze vasoconstrictie wordt veroorzaakt door activatie van 5hydroxytryptamine1 ($5HT_1$)-receptoren. Sumatriptangebruik is echter ook geassocieerd met zowel cardiale ischemie als darmischemie ([1–7]), mogelijk door de aanwezigheid van extracraniële $5HT_1$-receptoren.

Concluderend dient vasoconstrictieve medicatie zoals sumatriptan te worden geïncludeerd in de differentiaal-diagnostische overwegingen.

Frans Cuperus[1], Nils Köster[2], Frank Hoentjen[1]
Afdeling MDL[1] en Pathologie[2], UMC St Radboud, Nijmegen

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen bij dit artikel.

PIJN RECHTS IN DE BUIK

3 Een 36-jarige man presenteerde zich bij onze SEH wegens sinds tien dagen bestaande malaise, koorts en continu aanwezige, progressieve pijn rechtsboven in de buik. Zijn voorgeschiedenis vermeldt een appendectomie op 15-jarige leeftijd. Hij is van Schotse afkomst en werkzaam in een café. De klachten begonnen met griepachtige verschijnselen met een wisselend ontlastingspatroon tot driemaal per dag, waarbij de ontlasting brijig, bruin met slijm- en zonder bloedbijmenging was. Hij rookte circa tien sigaretten per dag, dronk alcohol circa 30 EH/week, was nooit in de tropen geweest en gebruikte geen medicijnen.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een matig ziek ogende man, hemodynamisch stabiel met een temperatuur van 38,4 °C. Hij had een redelijk verzorgd gebit met verder aan hoofd, hals, thorax en extremiteiten geen bijzonderheden. Bij onderzoek van de buik een iets bolle buik met levendige peristaltiek, wisselende tympanie, normale leverdemping, de lever palpabel circa 6 cm onder de ribboog met een stompe rand en zeer pijnlijk.

Bij laboratoriumonderzoek: CRP 277 mg/l, Hb 6,4 mmol/l, leuco's 29,8 x 10*9/l (geen eosinofilie), ASAT 127 U/l, ALAT 90 U/l, bilirubine 20 umol/l, AF 172 U/l, Y-GT 72 U/l, amylase 34 U/l.
Bij echografie en CT (*figuur 1*) werd een drietal cysten in de lever gevonden, die gedraineerd en dagelijks gespoeld werden.

Figuur 1.
Bij echografie en CT werd een drietal cysten in de lever gevonden.

Figuur 2.
De colonoscopie liet eythemateuze laesies in het coecum zien.

Er werd gestart met intraveneus antibiotica. Onderzoek van het gebit liet geen abcessen zien. Feceskweken bleven negatief. Aanvullend werd een colonoscopie verricht, waarbij erythemateuze laesies in het coecum werden gezien (*figuur 2*).
De abcessen bleken te berusten op een amoebe-infectie, die middels serologie werd vastgesteld. Kweken van de chocoladegekleurde inhoud van de cyste waren negatief. De patiënt werd vervolgens behandeld met clioquinol 3 dd 250 mg gedurende 10 dagen, waarna hij in klinisch goede conditie kon worden ontslagen. Bij controle-echografie vijf maanden later bleken de cysten zo goed als verdwenen.

Conclusie

Amoebiasis wordt veroorzaakt door de protozoa *Entamoeba histolytica*. De meeste infecties verlopen asymptomatisch, echter levercysten worden vaker gezien bij volwassen mannen, vooral diegene die overmatig alcohol drinken. Coecitis is een typische bevinding bij een Entamoebe-infectie.

Maarten Tushuizen en Leendert Oterdoom
AIOS MDL, VU medisch centrum, Amsterdam

WAAR KOMT HEPATITIS VANDAAN?

4 Een 51-jarige man bekend met Morbus Bechterew, arteriële hypertensie en hypertensie-gerelateerde nierinsufficiëntie waarvoor hij in juli 2009 een living-related niertransplantatie onderging, presenteerde zich op de poli hepatologie met persisterend verhoogde leverenzymen. Specifieke anamnese in het kader van leverziekten leverde behoudens een vakantiereis naar Bali in juli 2010 geen bijzonderheden op.

De eerdere niertransplantatie verliep ongecompliceerd. Serologische testen voorafgaand aan de transplantatie voor het hepatitis-A-virus (HAV), hepatitis-B-virus (HBV), hepatitis-C-virus (HCV), cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barrvirus en het varicella-zostervirus waren negatief. De immuno-suppressieve medicatie bestond uit prednison, mycophenolaat mofetil en tacrolimus in verband met de niertransplantatie en etanercept voor de ziekte van Bechterew. Ruim een jaar na de niertransplantatie was sprake van een verhoging van de leverenzymen: alanine-aminotransferase (ALT: 132/L), aspartate-aminatransferase (AST: 65 U/L), en gamma-glutamyltransferase (yGT: 139 U/L). Serologische en moleculaire testen voor HAV, HBV, HCV en CMV bleven negatief. Echter, de serologische testen voor het hepatitis-E-virus (HEV) bleken positief (HEV IgM positief, HEV IgG zwak positief). Bij retrograde-analyse bleek het HEV-RNA in het serum positief te zijn sinds een jaar na de transplantatie en samen te gaan met de stijging van de leverenzymen. Patiënt (95 kg, 198 cm) werd gedurende drie maanden behandeld met ribavirine 800 mg per dag. Nierfunctie en hemoglobinewaardes bleven tijdens de behandeling stabiel. Twee maanden na start van de ribavirine normaliseerden alle leverenzymen en werd het HEV-RNA negatief.

Chronische hepatitis E

Hepatitis E komt wereldwijd voor en kan zowel epidemische, endemische, sporadische als zoönotische gevallen van acute hepatitis veroorzaken. Hoewel hepatitis-E-epidemieën vooral worden gezien in ontwikkelingslanden, is er een stijgende incidentie van HEV-infecties in de westerse wereld. Op basis van fylogenetische studies zijn vier genotypen van het virus te onderscheiden met een specifieke geografische verspreiding en klinisch beloop. Genotype 1- en 2-infecties komen alleen bij mensen voor, zijn geassocieerd met epidemieën in ontwikkelingslanden en worden enteraal overgedragen, meestal via besmet drinkwater. Genotype 3 en 4 zijn zoönotisch en kunnen zowel mensen als verschillende dieren (varkens, wilde zwijnen, herten en knaagdieren) infecteren, zijn minder virulent en komen vooral voor in de westerse wereld. Er zijn meerdere aanwijzingen voor een zoönotische overdracht van het virus.

Acute hepatitis E is meestal *self-limiting* en heeft een mortaliteit van 1% in de normale bevolking. Een fulminanter beloop wordt gezien bij genotype 1-infecties in zwangere vrouwen, met 30% mortaliteit. Daarnaast leidt acute hepatitis E bij immuungecompromitteerde patiënten in ongeveer 50% van de gevallen tot een chronische hepatitis E met een snelle progressie tot cirrose. Bij transplantatiepatiënten die een hepatitis ontwikkelen, moet daarom worden gedacht aan een hepatitis-E-infectie. Omdat serologische bevindingen (HEV-IgG/HEV-IgM) vaak negatief kunnen zijn, wordt bij deze patiënten een HEV-RNA-test aanbevolen wanneer de leverenzymen verhoogd zijn.

In alle tot nu toe beschreven chronische hepatitis-E-gevallen blijkt het te gaan om genotype-3-infecties. Ook in de beschreven casus bleek het te gaan om een 'autochtone' genotype-3-infectie, wat het zeer onwaarschijnlijk maakt dat deze patiënt de infectie tijdens zijn vakantie in Bali, endemisch voor genotype 1 en 4, heeft opgelopen.
Recente studies met ribavirine als behandeling voor chronische hepatitis E in transplantatiepatiënten laten veelbelovende resultaten zien. Daarnaast zijn er verschillende hepatitis-E-vaccins in ontwikkeling. Mogelijk kunnen deze vaccins in de toekomst een rol spelen bij het voorkomen van hepatitis E in deze patiënten.

Annikki de Niet, Hans Zaaijer, Ulrich Beuers
AMC, Amsterdam

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen bij dit artikel.

Referenties
1. Baert F, et al. Gastroenterology 2010; 138: 463-468. **2.** Froslie KF, et al. Gastroenterology 2007; 133: 412-422. **3.** Rutgeers P, et al. Gastrointest Endosc 2006; 63: 433-442. **4.** Rutgeers P, et al. N Engl J Med 2005; 353: 2462-2476. **5.** Colombel JF, et al. N Engl J Med 2010; 362: 1383-1395.

REMICADE (infliximab) – verkorte productinformatie
REMICADE (infliximab). Voor de volledige en meest recente productinformatie verwijzen wij naar de SmPC op www.ema.europa.eu. Remicade® 100 mg poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie. Per injectieflacon 100 mg infliximab, chimerische humaan-muriene IgG1 monoklonale antistof. Na reconstitutie 10 mg infliximab per ml. T: Reumatoïde artritis: in combinatie met methotrexaat (MTX) voor vermindering van tekenen en symptomen evenals verbetering van fysiek functioneren bij volwassen patiënten met actieve ziekte wanneer respons op DMARDs inclusief MTX onvoldoende was, of bij volwassen patiënten met ernstige, actieve en progressieve ziekte die niet eerder behandeld werden met MTX of andere DMARDs. Ziekte van Crohn bij volwassenen: Behandeling van matige tot ernstige, actieve ziekte van Crohn bij volwassen patiënten die nog niet reageerden ondanks volledige en adequate behandeling met corticosteroïd en/of immunosuppressivum, of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is; behandeling van actieve ziekte van Crohn met fistelvorming bij volwassen patiënten die nog niet reageerden ondanks volledige en adequate conventionele behandeling. Ziekte van Crohn bij pediatrische patiënten: Behandeling van ernstige, actieve ziekte van. Crohn bij kinderen en adolescenten van 6 - 17 jaar die nog niet reageerden op conventionele therapieën incl. corticosteroïd, immunomodulator en primaire voedingstherapie; of als zulke behandeling niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Remicade is alleen onderzocht in combinatie met conventionele immunosuppressieve therapie. Colitis ulcerosa bij volwassenen (UC): Behandeling van matige tot ernstige actieve UC bij volwassen patiënten die niet voldoende reageerden op conventionele therapie incl. corticosteroïden en 6-mercaptopurine (6-MP) of azathioprine (AZA), of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Colitis ulcerosa bij pediatrische patiënten: Behandeling van ernstig actieve UC bij kinderen en adolescenten van 6-17 jaar die niet voldoende reageerden op conventionele therapie incl. corticosteroïden en 6-MP of AZA, of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Spondylitis ankylosans (AS): Behandeling van ernstige, actieve AS bij volwassen patiënten die onvoldoende reageerden op conventionele therapie. Artritis psoriatica (PsA): Behandeling van actieve en progressieve PsA bij volwassen patiënten wanneer respons DMARDs onvoldoende was. Remicade moet worden toegediend in combinatie met MTX of alleen bij patiënten met intolerantie of contra-indicatie voor MTX. Remicade bleek het fysiek functioneren bij patiënten met PsA te verbeteren en progressiesnelheid van perifere gewrichtsbeschadiging te verminderen, gemeten met röntgenfoto's bij patiënten met polyarticulaire symmetrische subtypen van de ziekte. Psoriasis: Behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij volwassen patiënten die niet reageerden op andere systemische therapie incl. ciclosporine, MTX of PUVA, of als zulke therapie gecontra-indiceerd is of niet verdragen wordt. Overgevoeligheid voor infliximab, andere muizenproteïnen of één van de hulpstoffen, tuberculose of andere ernstige infecties zoals sepsis, abcessen en opportunistische infecties, matig/ernstig hartfalen (NYHA-klasse III/IV) . Infusiereacties en overgevoeligheid: Acute infusiereacties, waaronder afylactische reacties kunnen optreden binnen enkele seconden of uren na infusie. Indien acute infusiereacties optreden, moet de infusie onmiddellijk stopgezet worden. Noodmiddelen zoals adrenaline, een antihistaminicum, corticosteroïden en een beademingscanule moeten beschikbaar zijn. Voorafgaande behandeling met bv. een antihistaminicum, hydrocortison en/of paracetamol is mogelijk om milde en voorbijgaande effecten te vermijden. Infecties: patiënten die TNF-blokkers gebruiken zijn gevoeliger voor ernstige infecties. De incidentie van ernstige infecties was hoger bij patiënten ouder dan 65 jaar dan bij patiënten jonger dan 65 jaar. Enkele hadden een fatale afloop. Bij ouderen dient speciale aandacht te worden besteed aan het risico op infectie. In klinische studies worden infecties vaker bij pediatrische patiënten gemeld dan bij volwassen patiënten. Als zich een nieuwe infectie ontwikkelt tijdens behandeling dient de patiënt nauwgezet te worden gecontroleerd en volledige diagnostische evaluatie te ondergaan. Stop met Remicade als de patiënt een nieuwe ernstige infectie of sepsis ontwikkelt en start geschikte antimicrobiële of antischimmelbehandeling. Aangezien eliminatie van infliximab tot zes maanden kan duren, dient controle op infecties gedurende deze periode voortgezet te worden. Tuberculose: Vóór, tijdens en na behandeling met Remicade dient nauwlettend gecontroleerd te worden op TBC Als actieve TBC wordt vastgesteld, mag geen behandeling met Remicade worden ingesteld. Als latente TBC wordt vermoed, als er verscheidene of significante risicofactoren voor het ontwikkelen van TBC zijn of een voorgeschiedenis van latente of actieve TBC waarbij een adequate behandeling niet kan worden bevestigd, moeten in overleg met een arts met expertise op dit gebied, de voordelen en risico's van de behandeling met Remicade zorgvuldig worden afgewogen. Alle patiënten dienen ook medisch advies in te winnen bij tekenen en/of symptomen die mogelijk op TBC wijzen tijdens of na de behandeling met Remicade. Invasieve schimmelinfecties: Bij met Remicade behandelde patiënten moet invasieve schimmelinfectie zoals aspergillose, candidiase, pneumocystose, histoplasmose, coccidioïdomycose of blastomycose worden vermoed als zij ernstige systemische ziekte ontwikkelen. Een arts met deskundigheid bij het diagnosticeren en behandelen van invasieve schimmelinfecties moet bij onderzoek van deze patiënten in een vroeg stadium geraadpleegd worden. Voor patiënten die gewoond/gereisd hebben in/naar gebieden waar invasieve schimmelinfecties voorkomen, moeten de voor- en nadelen van behandeling met Remicade vóór instelling van Remicade zorgvuldig worden afgewogen. Ziekte van Crohn met fistelvorming: Bij patiënten met ziekte van Crohn met fistelvorming met acute, suppuratieve fistels mag geen behandeling met Remicade worden ingesteld voordat een mogelijke infectiebron, voornamelijk abcessen, is uitgesloten (zie rubriek 4.3). Hepatitis B (HBV) reactivering: HBV reactivering kwam voor bij chronische HBV-dragers die een TNF antagonist kregen (incl. infliximab), soms met fatale afloop. Vóór behandeling met Remicade moet op HBV worden getest. Indien positief wordt getest, wordt aanbevolen te overleggen met een arts die deskundig is in de behandeling van HBV. HBV-dragers voor wie Remicade vereist is, moeten nauwgezet worden gevolgd. Indien HBV-reactivering zich ontwikkelt, moet Remicade worden stopgezet. Lever- en galaandoeningen: Zeer zeldzame gevallen van geelzucht en niet-infectieuze hepatitis, soms met tekenen van auto-immune hepatitis, zijn gezien tijdens post-marketing ervaring met Remicade. Gelijktijdige toediening van een TNF_{α}-remmer en anakinra: Ernstige infecties en neutropenie zijn gezien tijdens klinische onderzoeken met gelijktijdig gebruik van anakinra en een andere TNF_{α}-remmer, etanercept, zonder bijkomend klinisch voordeel boven etanercept alleen. Daarom wordt Remicade in combinatie met anakinra niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van een TNF_{α}-remmer en abatacept: In klinische studies is gelijktijdige toediening van een TNF_{α}-remmer en abatacept geassocieerd met verhoogd risico op infecties incl. ernstige infecties vergeleken met TNF antagonist alleen, zonder verhoogd klinisch voordeel. Combinatie van Remicade met abatacept wordt niet aanbevolen. Wisselen tussen biologische DMARDs: Bij overstappen van een biologisch geneesmiddel op een ander dient gecontroleerd te worden op tekenen van infectie. Vaccinaties: Er zijn geen gegevens over respons op vaccinatie met levende vaccins of secundaire transmissie van infecties door levende vaccins bij patiënten die anti-TNF-therapie krijgen. Het wordt aangeraden levende vaccins niet gelijktijdig toe te dienen. Het wordt aanbevolen om bij pediatrische patiënten, indien mogelijk, alle vaccinaties bij te werken volgens de huidige vaccinatierichtlijnen alvorens met Remicade te starten. Auto-immuunprocessen: Relatieve TNF_{α}-deficiëntie door anti-TNF-therapie kan leiden tot het begin van een auto-immuunproces. Neurologische effecten: TNF-remmers incl. infliximab zijn geassocieerd met gevallen van nieuwe of verergerde klinische symptomen en/of radiografisch aangetoonde demyeliniserende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (CZS), incl. multiple sclerose en demyeliniserende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, waaronder het syndroom van Guillain-Barré. Stoppen met Remicade dient te worden overwogen als deze aandoeningen zich ontwikkelen. Maligniteiten en lymfoproliferatieve aandoeningen: In de gecontroleerde delen van klinische onderzoeken met TNF-remmers werden meer maligniteiten waaronder lymfoom waargenomen bij de TNF-remmer-groep in vergelijking met de controlegroep. Voorzichtigheid is geboden bij psoriasis en een voorgeschiedenis van extensieve immunosuppressieve therapie of aanhoudende PUVA-behandeling. Post-marketing is zelden hepatosplenisch T-cellymfoom gemeld bij patiënten behandeld met TNF remmers, incl. Remicade. Maligniteiten, soms met fatale afloop, zijn gemeld bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (tot 22 jaar) behandeld met TNF-blokkers, inclusief Remicade (start van de behandeling ≤ 18 jaar), in de postmarketingsituatie. Ongeveer in de helft van de gevallen ging het om een lymfoom. In de andere gevallen ging het om verschillende maligniteiten, waaronder zeldzame maligniteiten die gewoonlijk in verband worden gebracht met immunosuppressie. Een risico op de ontwikkeling van maligniteiten bij kinderen en adolescenten die met TNF-blokkers worden behandeld, kan niet worden uitgesloten. Hartfalen: Voorzichtigheid is geboden bij mild hartfalen (NYHA-klasse I/II). Hematologische reacties: Er zijn meldingen geweest van pancytopenie, leukopenie, neutropenie en trombocytopenie bij patiënten die TNF-blokkers, incl. Remicade, gebruiken. Bovensteluchtweginfectie was de meest voorkomende, in klinisch onderzoek gemelde bijwerking die optrad bij 25,3 % van de infliximabgroep vs. 16,5 % van de controlegroep. De ernstigste bijwerkingen bij gebruik van TNF-blokkers die gemeld zijn voor Remicade zijn HBV-reactivatie, CHF, ernstige infecties (incl. sepsis, opportunistische infecties en TBC), serumziekte (vertraagde overgevoeligheidsreacties), hematologische reacties, SLE/lupus-achtig syndroom, demyeliniserende aandoeningen, lever-galaandoeningen, lymfoom, HSTCL, intestinaal of perianaal abces (bij de ziekte van Crohn) ernstige infusiereacties. **Zeer vaak:** virale infecties (bijv. griep, herpes), hoofdpijn, bovensteluchtweginfectie, sinusitis, abdominale pijn, misselijkheid, infusie gerelateerde reactie, pijn. **Vaak**: bacteriële infecties (bijv. sepsis, cellulitis, abces), neutropenie, leukopenie, anemie, lymfadenopathie, symptoom bij respiratoire allergie, depressie, slapeloosheid, vertigo, duizeligheid, hypesthesie, paresthesie, conjunctivitis, tachycardie, palpitaties, hypotensie, hypertensie, ecchymose, opvliegers, flushing, lagere luchtweginfectie (bijv. bronchitis, pneumonie), dyspneu, epistaxis, gastro-intestinale hemorragie, diarree, dyspepsie, gastro-oesofageale reflux, obstipatie, abnormale hepatische functie, verhoogde transaminasen, eerste symptomen of verergering van psoriasis incl. psoriasis pustulosa (vooral handpalmen en voetzolen), urticaria, uitslag, pruritus, hyperhidrose, droge huid, fungale dermatitis, eczeem, alopecia, artralgie, myalgie, rugpijn, urineweginfectie, pijn op de borst, vermoeidheid, koorts, reactie op de injectieplaats, koude rillingen, oedeem. **Soms:**tuberculose, schimmelinfecties (bijv. candidiasis), trombocytopenie, lymfopenie, lymfocytose, anafylactische reactie, lupusachtig syndroom, serumziekte of op serumziekte lijkende reactie, amnesie, agitatie, verwardheid, slaperigheid, nervositeit, convulsies, neuropathie, keratitis, periorbitaal oedeem, hordeolum, hartfalen (nieuw of verergering), aritmie, syncope, bradycardie, perifere ischemie, tromboflebitis, hematoom, pulmonaal oedeem, bronchospasme, pleuritis, pleurale effusie, intestinale perforatie, intestinale stenose, diverticulitis, pancreatitis, cheilitis, hepatitis, hepatocellulaire beschadiging, cholecystitis, bulleuze eruptie, onychomycose, seborroe, rosacea, huidpapilloom, hyperkeratose, abnormale huidpigmentatie, pyelonefritis, vaginitis, verstoord genezingsproces, positieve autoantistoftest. **Zelden:** meningitis, opportunistische infecties (zoals invasieve schimmelinfecties [pneumocystose, histoplasmose, aspergillose, coccidioïdomycose, cryptococcose, blastomycose], bacteriële infecties [atypische mycobacteriële, listeriose, salmonellose] en virale infecties [cytomegalovirus]), parasitaire infecties, reactivering van hepatitis B, lymfoom, non-Hodgkinlymfoom, de ziekte van Hodgkin, leukemie, agranulocytose, trombotische trombocytopenische purpura, pancytopenie, hemolytische anemie, idiopathische trombocytopenische purpura, anafylactische shock, vasculitis, sarcoïd-achtige reactie, myelitis transversa, demyeliniserende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (multipele sclerose-achtige ziekte en neuritis optica), demyeliniserende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel (zoals het syndroom van Guillain-Barré, chronische inflammatoire demyeliniserende polyneuropathie en multifocale motorische neuropathie), endoftalmitis, cyanose, pericardeffusie, verstoorde bloedsomloop, petechie, vasospasme, interstitiële longziekte (inclusief snel progressieve ziekte, longfibrose en pneumonitis), auto-immune hepatitis, geelzucht, toxische epidermale necrolyse, syndroom van Stevens-Johnson, erythema multiforme, furunculose, granulomateuze laesie, abnormale complementfactor. **Niet bekend:** hepatosplenisch T-cellymfoom (vooral bij adolescenten en jonge volwassenen met de ziekte van Crohn en UC), tijdelijk minder goed zien, tijdens of binnen 2 uur na de infusie, myocardischemie/myocardinfarct tijdens of binnen 2 uur na de infusie, leverfalen. TNF_{α}-remmers, ATC-code: L04AB02. : Janssen Biologics B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Nederland. : MSD BV, Waarderweg 39, 2031 BN, Haarlem, tel. 0800-9999000, medicalinfo.nl@merck.com EU/1/99/116/001-005. volledig vergoed. UR. DATUM SPC: 19 maart 2012.

MSD

Remicade® (infliximab)

Verkorte SPC-tekst Salofalk® 500 mg Granu-Stix®, Salofalk® 1000 mg Granu-Stix®, Salofalk® 1,5 g Granu-Stix® en Salofalk® 3 g Granu-Stix®. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: Maagsapresistent granulaat met verlengde afgifte, resp. 500 mg, 1000 mg, 1,5 g en 3 g mesalazine per sachet. Therapeutische indicaties: voor de behandeling van colitis ulcerosa, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Dosering: ter behandeling van acute episodes van colitis ulcerosa: eenmaal daags 1 sachet Salofalk® 3 g Granu-Stix®, 1 of 2 sachets Salofalk® 1,5 g Granu-Stix® of 3 sachets Salofalk® 500 mg Granu-Stix® of 3 sachets Salofalk® 1000 mg Granu-Stix® (1,5 – 3,0 g mesalazine per dag), bij voorkeur 's ochtends, op geleide van de klinische behoefte van de individuele patiënt. Het is ook mogelijk om de voorgeschreven dagelijkse hoeveelheid in te nemen in verdeelde doses (1 sachet Salofalk® 500 mg Granu-Stix® driemaal daags of 1 sachet Salofalk® 1000 mg Granu-Stix® driemaal daags), indien dit prettiger is voor de patiënt. Als onderhoudsbehandeling ter voorkoming van recidieven van colitis ulcerosa: de standaard behandeling is 0,5 g mesalazine driemaal daags overeenkomend met een totale dosis van 1,5 g mesalazine per dag. Voor patiënten met een verhoogd risico op recidief, om medische redenen of omwille van problemen om zich te houden aan een driemaal daagse dosis, kan het doseerschema aangepast worden naar 3,0 g mesalazine eenmaal daags. Kinderen vanaf 6 jaar: Acute episodes: 30-50 mg mesalazine/kg/dag in verdeelde doses, maximale dosering 75 mg mesalazine/kg/dag. De totale dosering dient niet de maximale dosering voor volwassenen te overschrijden. Als onderhoudsbehandeling kan 15-30 mg mesalazine/kg/dag worden gegeven in verdeelde doses. De totale dosering dient niet de aanbevolen dosering voor volwassenen te overschrijden. In het algemeen wordt aanbevolen om de helft van een dosering voor volwassenen te geven aan kinderen met een lichaamsgewicht tot 40 kg; boven 40 kg kan de normale dosering voor volwassenen gegeven worden. Wijze van toediening: oraal. De inhoud van Salofalk® Granu-Stix® sachets mag niet worden gekauwd. De granules moeten op de tong worden geplaatst en zonder kauwen met veel vloeistof worden doorgeslikt. Zowel bij de behandeling van acute ontstekingsverschijnselen als tijdens een langdurige behandeling dient Salofalk® Granu-Stix® regelmatig en consequent te worden gebruikt om het gewenste therapeutische effect te bereiken. De duur van de behandeling wordt bepaald door de arts. Contra-indicaties: bestaande overgevoeligheid voor salicylzuur en zijn derivaten of voor één van de hulpstoffen, ernstige lever- en nierfunctiestoornis. Waarschuwingen: voorafgaand aan en tijdens de behandeling dient een controle van het bloed (differentiaal bloedtelling; leverfunctieparameters zoals ALT of AST, serum creatinine) en de urine (dip sticks) te worden verricht, indien de behandelend arts dit noodzakelijk acht. Wanneer er andere verschijnselen optreden, dient er onmiddellijk een controle plaats te vinden. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een leverfunctiestoornis. Gebruik van Salofalk® Granu-Stix® wordt afgeraden bij patiënten met een nierfunctiestoornis. Er moet rekening worden gehouden met mesalazine-geïnduceerde niertoxiciteit wanneer de nierfunctie achteruit gaat tijdens de behandeling. Patiënten met een longziekte, met name astma, dienen zeer zorgvuldig te worden gecontroleerd tijdens een behandelingskuur met Salofalk® Granu-Stix®. Patiënten met een voorgeschiedenis van overgevoeligheid voor preparaten die sulfasalazine bevatten dienen zorgvuldig te worden bewaakt bij het begin van een behandelingskuur met Salofalk® Granu-Stix®. Bij het optreden van onverdraagzaamheidsreacties, zoals krampen, acute buikpijn, koorts, hevige hoofdpijn en rash, dient de behandeling onmiddellijk te worden gestaakt. Bij patiënten met fenylketonurie dient men er rekening mee te houden dat 500 mg, 1000 mg, 1,5 g en 3 g Salofalk® Granu-Stix® aspartaam als zoetstof bevatten, overeenkomend met 0,56 mg (Salofalk® 500 mg Granu-Stix®), 1,12 mg (Salofalk® 1000 mg Granu-Stix®), 1,68 mg (Salofalk® 1,5 g Granu-Stix®) en 3,36 mg (Salofalk® 3 g Granu-Stix®) fenylalanine. Bijwerkingen: bloed- en lymfestelselaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): afwijkingen van het bloedbeeld (aplastische anemie, agranulocytose, pancytopenie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie). Zenuwstelselaandoeningen: hoofdpijn, duizeligheid (zelden, ≥ 0,01% - < 0,1%). Perifere neuropathie (zeer zelden, < 0,01%). Maagdarmstelselaandoeningen (zelden, ≥ 0,01% - < 0,1%): buikpijn, diarree, flatulentie, misselijkheid, braken. Nier- en urinewegaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): vermindering van de nierfunctie, waaronder acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie. Huid- en onderhuidaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): alopecia. Skeletspierstelsel- en bindweefselaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): myalgie, artralgie. Immuunsysteemaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): overgevoeligheidsreacties zoals allergisch exantheem, farmacogene koorts, bronchospasmen, peri- en myocarditis, acute pancreatitis, allergische alveolitis, lupus erythematodes, pancolitis. Lever- en galaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): afwijkingen van parameters van de leverfunctie (verhoogde concentratie transaminasen en parameters van cholestasis), hepatitis en cholestatische hepatitis. Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen (zeer zelden, < 0,01%): oligospermie (reversibel). Verpakking: doos met 60 sachets (Salofalk® 1,5 g Granu-Stix® en Salofalk® 3 g Granu-Stix®) of 100 sachets (Salofalk® 500 mg Granu-Stix®, Salofalk® 1000 mg Granu-Stix® en Salofalk® 1,5 g Granu-Stix®). Afleverstatus en vergoeding: U.R. en volledig vergoed. RVG 28130, RVG 28131, RVG 100059 en RVG 107302. Registratiehouder: Dr. Falk Pharma GmbH, Leinenweberstrasse 5, D-79108 Freiburg, Duitsland. Voor informatie: Dr. Falk Pharma Benelux B.V., Breda, 076-5244200, of raadpleeg de volledige SPC. Versie verkorte SPC-tekst: 20110621

DrFalk

Claudius Prinsenlaan 136A 4818 CP Breda Tel +31(0)76 524 42 00 info@drfalkpharma-benelux.eu

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE VICTRELIS®. Datum SPC: 18 juli 2011. Voor de volledige en meest recente productinformatie verwijzen wij naar de goedgekeurde SPC op www.ema.europa.eu. **NAAM VAN HET GENEESMIDDEL:** VICTRELIS® 200 mg harde capsules **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** 200 mg boceprevir per harde capsule. **FARMACEUTISCHE VORM:** harde capsule. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Chronische hepatitis C-infectie (HCV) genotype 1 in combinatie met peginterferon alfa (PEG-IFNα) en ribavirine (RBV) bij niet eerder behandelde volwassenen met gecompenseerde leverziekte of bij wie eerdere behandeling heeft gefaald. **CONTRA-INDICATIES** Overgevoeligheid voor boceprevir of de hulpstoffen, zwangerschap, auto-immuunhepatitis, gelijktijdige toediening van primair door CYP3A4/5 gemetaboliseerde stoffen waarvan verhoogde plasmaconcentraties ernstig of levensbedreigend kunnen zijn, zoals oraal midazolam, triazolam, bepridil, pimozide, lumefantrine, halofantrine, tyrosinekinaseremmers, ergotaminederivaten. **BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Anemie: Beginnende anemie is gemeld in behandelingsweek 4 met PEG-IFNα+RBV. Toevoegen van Victrelis aan PEG-IFNα+RBV gaat gepaard met extra hemoglobineafname met ±1g/dl in week 8 vs. standaardzorg. Vóór behandeling, in week 4 en 8, en daarna waar klinisch aangewezen moet een volledig bloedbeeld worden verkregen. Bij hemoglobine <6,2 mmol/l (<10 g/dl) kan dit motivatie zijn voor anemiebehandeling. Raadpleeg de SPC van ribavirine voor dosisverlaging en/of onderbreking/stopzetting van RBV. Neutropenie**:** Toevoegen van Victrelis aan PEG-IFNα-2b+RBV gaf een hogere incidentie van neutropenie en neutropenie graad 3-4 vs. alleen PEG-IFNα-2b+RBV. De frequentie van ernstige/levensbedreigende infecties lijkt hoger in de Victrelis-armen dan de controlearm. Het aantal neutrofielen moet daarom vóór en na behandeling regelmatig worden beoordeeld. Aanbevolen wordt infecties direct te beoordelen en te behandelen. Vergeleken met combinatie van Victrelis met PEG-IFNα-2**b**+RBV ging combinatie van Victrelis met PEG-IFNα-2**a**+RBV gepaard met een hoger % neutropenie (incl. graad 4) en een hoger % infecties. Raadpleeg de SPC van peginterferon alfa. Drospirenon: Voorzichtigheid is geboden bij drospirenongebruikers met predisponering voor hyperkaliëmie of bij gebruik van kaliumsparende diuretica. Overweeg alternatieve anticonceptiva. Gebruik bij eerdere nulresponders: retrospectieve analyse waarbij herkwalificatie plaatsvond op basis van virologische respons in behandelingsweek 4 (m.b.v. de lead in-periode met PEG-IFNα+RBV) vs. baseline, geeft aan dat nulresponders baat kunnen hebben bij toevoeging van Victrelis aan de duotherapie. Dit is echter niet betrouwbaar te kwantificeren uit deze analyse. Daarnaast moet optimale behandeling van nulresponders nog worden vastgesteld. In de toekomst kan combinatie van antivirale middelen nodig zijn. HCV-protease monotherapie: op grond van klinisch onderzoek mag Victrelis niet als monotherapie worden gebruikt, vanwege hoge waarschijnlijkheid van toegenomen resistentie zonder gecombineerde anti-HCV-therapieën. Het is niet bekend welk effect Victrelis heeft op de werkzaamheid van opvolgende HCV-proteaseremmers, incl. herbehandeling met Victrelis. HIV co-infectie: De veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet vastgesteld bij patiënten met HIV-co-infectie en HCV. HBV co-infectie: de veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 bij patiënten met hepatitis B-co-infectie en HCV zijn niet onderzocht. Ondergane orgaantransplantatie: De veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet onderzocht bij personen die transplantatie van de lever of ander orgaan hebben ondergaan. HCV-genotypen anders dan genotype 1: De veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV-genotypen anders dan genotype 1 zijn niet vastgesteld. Gefaalde eerdere HCV-proteaseremmer behandeling: De veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet onderzocht bij patiënten bij wie eerdere behandeling met Victrelis of andere HCV-proteaseremmers heeft gefaald. Krachtige CYP3A4-inductoren: Gelijktijdig gebruik van Victrelis met krachtige CYP3A4-inductoren (rifampicine, carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne) wordt niet aanbevolen. Proaritmische effecten: Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met risico op QT-verlenging (congenitale lange QT, hypokaliëmie, gebruik van QT-interval verlengende middelen). **BIJWERKINGEN:** Zeer vaak (≥ 1/10): anemie, neutropenie, verminderde eetlust, angst, depressie, slapeloosheid, prikkelbaarheid, duizeligheid, hoofdpijn, hoest, dyspneu, diarree, misselijkheid, braken, droge mond, dysgeusie, alopecia, droge huid, pruritus, uitslag, artralgie, myalgie, asthenie, rillingen, vermoeidheid, koorts, griepachtige ziekte, gewichtsverlies. Vaak (≥ 1/100, < 1/10): Bronchitis, cellulitis, herpes simplex, griep, orale schimmelinfectie, sinusitis, leukopenie, trombocytopenie, krop, hypothyreoïdie, dehydratie, hyperglykemie, hypertriglyceridemie, hyperurikemie, affectlabiliteit, agitatie, libidostoornis, veranderde stemming, slaapstoornis, hypo-esthesie, paresthesie, syncope, amnesie, aandachtsstoornis, geheugenstoornis, migraine, parosmie, tremoren, vertigo, droge ogen, retinale exsudaten, wazig zien, visusstoornis, tinnitus, palpitaties, hypo/hypertensie, epistaxis, neusverstopping, orofaryngeale pijn, luchtwegcongestie, sinuscongestie, piepende ademhaling, buik/bovenbuikpijn, constipatie, gastro-oesofageale refluxziekte, aambeien, opgezette buik, anorectale pijn, afteuze stomatitis, cheilitis, dyspepsie, flatulentie, glossodynie, mondzweertjes, pijn in de mond, stomatitis, gebitsaandoening, dermatitis, eczeem, erytheem, hyperhidrose, nachtelijk zweten, perifeer oedeem, psoriasis, erythemateuze/maculaire/papulaire/maculo-papulaire of pruritische rash, huidlesie, rug/nekpijn, pijn in de extremiteiten, spierspasmen of -zwakte, pollakisurie, erectiestoornis, pijn op de borst, malaise, lichaamstemperatuurveranderingsensatie, droge slijmvliezen, pijn. Soms (≥ 1/1000, < 1/100): Gastro-enteritis, pneumonie, stafylokokkeninfectie, candidiasis, oorinfectie, (fungale) huidinfectie, nasofaryngitis, onychomycose, faryngitis, luchtweginfectie, rhinitis, urineweginfectie, hemorragische diathese, lymfadenopathie, lymfopenie, hyperthyreoïdie, hypokaliëmie, eetluststoornis, diabetes mellitus, jicht, hypercalciëmie, agressie, homicide/suïcidale ideatie, paniekaanval, paranoia, middelenmisbruik, abnormaal gedrag, woede, apathie, verwarring, veranderde geestestoestand, rusteloosheid, perifere neuropathie, cognitieve stoornis, hyperesthesie, lethargie, bewustzijnsverlies, geestesstoornis, neuralgie, presyncope, retinale ischemie, retinopathie, abnormaal gevoel in oog, conjunctivale bloeding, conjunctivitis, oogpijn/-zwelling/-pruritus, ooglidoedeem, verhoogde traanvorming, oculaire hyperemie, fotofobie, doofheid, oorpijn, slecht horen, tachycardie, aritmie, cardiovasculaire aandoening, diepveneuze trombose, overmatig blozen, bleek zien, perifere koudheid, pleurapijn, pulmonale embolie, droge keel, dysfonie, verhoogde afscheiding in bovenste luchtwegen, orofaryngeale blaarvorming, pijn in de onderbuik, gastritis, pancreatitis, anale pruritus, colitis, dysfagie, verkleurde feces, frequente ontlasting, gingivale bloeding/pijn, gingivitis, glossitis, droge lippen, odynofagie, proctalgie, rectale bloeding, overmatige speekselvorming, gevoelige tanden, tongverkleuring, tongzweertjes, hyperbilirubinemie, fotosensitiviteitsreactie, huidzweer, urticaria, musculoskeletale pijn op de borst, artritis, botpijn, gewrichtszwelling, musculoskeletale pijn, dysurie, nycturie, amenorroe, menorragie, metrorragie, zich abnormaal voelen, verstoorde genezing, niet-cardiale pijn op de borst, hartruis, verhoogde hartslag. Zelden (≥ 1/10.000, < 1/1000): Epiglottitis, otitis media, sepsis, schildklierneoplasma (nodulen), hemolyse, sarcoïdose, niet-acute porfyrie, bipolaire stoornis, poging tot/geslaagde suïcide, auditieve/visuele hallucinaties, psychische decompensatie, cerebrale ischemie, encefalopathie, papiloedeem, acuut myocardinfarct, atriumfibrilleren, coronarialijden, pericarditis, pericardiale effusie, veneuze trombose, pleurale fibrose, orthopneu, respiratoir falen, pancreasinsufficiëntie, cholecystitis, aspermie. **FARMACOTHERAPEUTISCHE GROEP** Farmacotherapeutische groep: proteaseremmers. ATC code: nog niet toegewezen. **REGISTRATIEHOUDER:** MSD Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Verenigd Koninkrijk **LOKALE VERTEGENWOORDIGER**: MSD B.V., Haarlem. Tel. 0800 9999 000, medicalinfo.nl@merck.com. **REGISTRATIENUMMER:** EU/1/11/704/001 **AFLEVERSTATUS:** UR. **VERGOEDING/PRIJZEN:** Nog geen vergoeding vastgesteld. **DATUM SPC:** 18 Juli 2011.

VICTRELIS® boceprevir, MSD

Verkorte productinformatie Viread 245 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 245 mg tenofovirdisoproxil (als fumaraat), overeenkomend met 300 mg tenofovirdisoproxilfumaraat of 136 mg tenofovir. **Farmacotherapeutisch groep:** Nucleoside en nucleotide reverse transcriptase-remmers, ATC-code: J05AF07. **Indicaties:** HIV-1-infectie: Viread is geïndiceerd in combinatie met andere antiretrovirale geneesmiddelen voor de behandeling van met HIV-1 geïnfecteerde volwassenen van meer dan 18 jaar oud. Hepatitis B-infectie: Viread is geïndiceerd voor de behandeling van chronische hepatitis B bij volwassenen met: 1) gecompenseerde leverziekte, met aangetoonde actieve virale replicatie, aanhoudend verhoogde serum-alanineaminotransferase (ALAT)-spiegels en histologisch aangetoonde actieve ontsteking en/of fibrose. 2) gedecompenseerde leverziekte. **Contra-indicaties:** Bekende overgevoeligheid voor tenofovir, tenofovirdisoproxilfumaraat of voor één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Het wordt aanbevolen de nierfunctie (creatinineklaring en serumfosfaat) te berekenen voordat wordt begonnen met de behandeling met Viread. Het eerste jaar behandeling moet de nierfunctie iedere vier weken gecontroleerd en daarna elke drie maanden. Bij patiënten met het risico op nierfunctiestoornis, dient overwogen te worden om de nierfunctie vaker te controleren.Indien bij patiënten, het serumfosfaatgehalte < 1,5 mg/dl (0,48 mmol/l) is of de creatinineklaring < 50 ml/min afgenomen is, moet de nierfunctie binnen één week opnieuw beoordeeld worden, inclusief metingen van glucose- en kaliumgehalted in het bloed an van het glucosegehalte in de urine. Bij patiënten met een afname van het serumfosfaatgehalte naar < 1,0 mg/dl (0,32 mmol/l) of een afname van het creatinineklaring naar <50 ml/min ,dient het onderbreken van de behandeling met Viread overwogen te worden. Bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie, moeten de mogelijke voordelen van behandeling worden afgenomen tegen de mogelijke risico's. Indien gelijktijdig gebruik van Viread en nefrotoxische middelen, of van Viread en geneesmiddelen met hetzelfde renale transportsysteem (hOAT1 en 3 of MRP4) onvermijdelijk is, dient de renale functie wekelijks gecontroleerd te worden. Om het risico van lactaatacidose te minimaliseren bij toediening van nucleoside-analogen in combinatie met Viread moeten de patiënten nauwgezet worden gevolgd. Bij gelijktijdig gebruik van Viread en didanosine moet nauwgezet gecontroleerd worden op bijwerkingen van didanosine. Bij patiënten die voor chronish hepatisB behandeld worden, moet voorzichtigheid en controle geboden worden, voor tekenen van exacerbaties van hepatitis, in het bijzonderlijk na het stoppen van de behandeling. Indien geschikt, kan hervatting van de behandeling gerechtvaardigd zijn. Viread bevat lactose. Daarom moet Viread niet gebruikt worden bij patiënten met galactose intolerantie, Lapp lactase-deficiëntie of glucose-galactose malabsortie. **Zwangerschap:** Een matige hoeveelheid gegevens over zwangere vrouwen (tussen 300 en 1.000 zwangerschapsuitkomsten) duidt erop dat tenofovirdisoproxilfumaraat niet tot afwijkingen leidt of foetaal/neontaal toxisch is. De resultaten van dieronderzoek duiden niet op reproductietoxiciteit (zie rubriek 5.3). Het gebruik van tenofovirdisoproxilfumaraat tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen. **Bijwerkingen:** De meest gerapporteerde, zeer vaak (≥ 1/10) bijwerkingen zijn: hypofosfatemie, duizeligheid, diarree, braken, misselijkheid, uitslag, asthenie. Vaak (≥ 1/100, < 1/10) werden de volgende bijwerkingen waargenomen: hoofdpijn, abdominale pijn, opgezette buik, flatulentie, verhoogde transaminasen, vermoeidheid; Soms (≥ 1/1.000, < 1/100): hypokaliëmie, pancreatitis, rabdomyolyse, spierzwakte, verhoogd creatinine; Zelden(≥ 1/10.000, < 1/1.000): lactaatacidose, hepatische steatose, hepatitis, angio-oedeem, osteomalacie (die zich manifesteert als botpijn en zelden bijdraagt aan het ontstaan van fracturen), myopathie, acuut nierfalen, nierfalen, acute tubulaire necrose, proximale niertubulopathie (waaronder syndroom van Fanconi), nefritis (waaronder acute interstitiële nefritis), nefrogene diabetes insipidus. Deze bijwerking kan optreden als gevolg van proximale niertubulopathie. Er wordt vanuit gegaan dat dit bij afwezigheid van deze aandoening niet in een oorzakelijk verband staat met tenofovirdisoproxilfumaraat. **Verpakking:** Doos met 1 of 3 flacons met 30 filmomhuldetabletten. **Afleverstatus:** UR. **Vergoeding:** volledige vergoeding. **Prijs:** zie Z-index. **Registratiehouder:** Gilead Sciences International Limited, Cambridge CB21 6GT, Verenigd Koninkrijk. Bestudeer de samenvatting van productkenmerken alvorens Viread voor te schrijven in het bijzonder vanwege dosering, bijwerkingen, waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, en interacties. Neem voor meer inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Gilead Sciences Netherlands BV, WTC, Toren D, 7e Verdieping, Strawinskylaan 779, 1077 XX Amsterdam.

De volledige informatie kunt u aanvragen bij Gilead Sciences.

Referenties 1. VIREAD, Summary of Product Characteristics. Januari 2012. **2.** Marcellin et al. AASLD 2010, Poster 476. **3.** Heathcote et al. AASLD 2010, Poster 477. **4.** Heathcote et al. Three- Year Efficacy and Safety of Tenofovir Disoproxil Fumarate Treatment for Chronic Hepatitis B. Gastroenterology 2010. **5.** Marcellin et al. New England Journal of Medicine 2008; 359(23): 2442–2455.

GILEAD

Viread™ tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

COMPLICATIONS OF TOTAL PARENTERAL NUTRITION FOCUS ON FATS AND FISTULAE

Michelle W.J. Versleijen, Radboud Universiteit Nijmegen, 10 februari 2012

Complicaties gerelateerd aan het gebruik van totaal parenterale voeding (TPV) betreffen vooral infecties. De onderzoeken van dit proefschrift laten zien dat het gebruik van arterioveneuze shunts in plaats van 'centrale lijnen' het aantal bloedbaaninfecties bij TPV-patiënten drastisch verlaagt. Ook werden de immuunmodulerende effecten van diverse parenterale vetemulsies *in vitro* en *in vivo* onderzocht. In vitro beïnvloeden deze vetten, afhankelijk van hun triglyceridenstructuur, op een verschillende manier de activiteit en functie van leucocyten. Intraveneuze toediening aan gezonde vrijwilligers blijkt geen effect te hebben op de leucocytenfunctie. Wel treedt er reeds na een korte infusie een duidelijke verandering op van de vetsamenstelling van leukocyten, die overeenkomt met de samenstelling van de vetemulsies. Het infusieprotocol dat gebruikt werd in dit proefschrift, is daarom zeer geschikt voor verder klinisch onderzoek naar de effecten van diverse parenterale vetemulsies bij verschillende patiëntenpopulaties.

Curriculum vitae

Michelle Versleijen (Horst, 1976) studeerde medische biologie aan de Universiteit Utrecht (1994–1999) en geneeskunde aan de Universiteit Maastricht (1999–2004). Beide studies rondde zij *cum laude* af. In 2004 begon zij met de opleiding tot MDL-arts in het Universitair Medisch Centrum Nijmegen (UMCN). In 2006 startte Michelle het huidige promotieonderzoek (promotor prof. dr. Joost P.H. Drenth, copromotor dr. Geert J.A. Wanten). Tijdens dit onderzoek kwam zij in aanraking met de nucleaire geneeskunde. Eind 2008 besloot Michelle van specialisatie te wisselen en startte zij met de opleiding tot nucleair geneeskundige in het UMCN, welke opleiding zij eind 2012 zal afronden.

Het proefschrift is te verkrijgen via m.versleijen@nucmed.umcn.nl

---

COLORECTAL CANCER SCREENING BY MEANS OF FAECAL IMMUNOCHEMICAL TESTING (FIT)

Aafke H.C. van Roon, Erasmus Universiteit Rotterdam, 18 april 2012

Meerdere aspecten betreffende het op handen zijnde bevolkingsonderzoek naar darmkanker komen in dit proefschrift aan bod. De zogenaamde CORERO-II trial kwam mede tot stand dankzij subsidies van ZonMW en Olympus Nederland B.V.

In dit proefschrift werd aangetoond dat het opnieuw uitvoeren van een negatieve immunochemische ontlastingstest (afgekort tot FIT) niet is geïndiceerd wanneer deze binnen één week na afname arriveert op het laboratorium. Tevens werd verder onderzoek verricht naar de toegevoegde waarde van screening met twee in plaats van één ontlastingstest. In een vergelijkende studie (1-sample versus 2-sample FIT-screening) werd geen verschil gevonden in opkomst, maar wel verhoogde de screening met twee ontlastingstesten de detectiegraad van *advanced neoplasia*. Hiervoor waren wel meer colonoscopieën noodzakelijk. Een kosteneffectiviteitsanalyse liet zien dat intensievere screening met één FIT (bijvoorbeeld door een korter screeningsinterval) toch te prefereren is boven screening met twee ontlastingstesten. Ten slotte werd in een tweede FIT-screeningsronde een stabiel hoge opkomst van 63% geconstateerd.

Curriculum vitae

Aafke H.C. van Roon (Vlaardingen, 1981) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na het artsexamen in 2008 startte zij als arts-onderzoeker op de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het Erasmus MC onder leiding van prof.dr. E.J. Kuipers en prof.dr. J.D.F. Habbema. In november 2011 is zij begonnen met de vooropleiding Interne Geneeskunde in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam.

Het proefschrift is te verkrijgen via a.vanroon@erasmusmc.nl

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

4L efficacy. 2L compliance.[1]

Het meest gebruikte merk ter wereld op het gebied van darmvoorbereiding* is er nu met keuze in smaak, waaronder sinaasappelsmaak

MOVIPREP® ORANGE
PEG + ASC (PEG 3350 + Natriumascorbaat + Ascorbinezuur + Natriumsulfaat + Elektrolyten)

4L efficacy. 2L compliance.[1]

* IMS data, Q2 2011

1. Ell C, et al. Randomized trial of low-volume PEG solution versus standard PEG + electrolytes for bowel cleansing before colonoscopy. Am J Gastroenterol 2008;103:883-893.

FLEVOZIEKENHUIS ALMERE

Voorschrijven op scherp van de snede

Wel of niet TNF-alfaremmers inzetten is een kwestie van balanceren op het scherp van de snede, zo ervaart de MDL-afdeling van het Flevoziekenhuis in Almere. Voor elk besluit op dit punt consulteren de drie IBD-artsen van de afdeling elkaar.

In het Flevoziekenhuis zijn drie van de zes MDL-artsen verantwoordelijk voor de IBD-zorg. De afweging om een anti-TNF-therapie voor te schrijven, ligt bij hen (Oudkerk Pool, Mallant-Hent en Mundt). Marco Mundt: “Onze andere drie collega’s behandelen ook patiënten met IBD, maar zodra anti-TNF-remmers in het vizier komen, nemen wij de patiënt over. Als afdeling staan wij op het standpunt dat alleen een IBD-deskundige de indicatie kan stellen. De afweging is vaak complex. Aan de ene kant groeit het wetenschappelijke inzicht dat anti-TNF in veel gevallen significant positief werkt. Aan de andere kant stellen de ziektekostenverzekeraars harde eisen aan de indicatiestelling voor deze dure middelen. Daarom ook starten wij een anti-TNF-therapie na een zorgvuldige afweging in het wekelijkse IBD-overleg. Voorschrijven of niet voorschrijven: het is balanceren op het scherp van de snede.”

Stoppen

Dezelfde collegiale consultatie passen de IBD-artsen toe als ze overwegen een anti-TNF-therapie te stoppen. Collega Rosalie Mallant-Hent: “Die afweging kan ook lastig zijn. Bij patiënten in remissie moet je goede argumenten hebben om te stoppen. Kort na introductie luidde het adagium: *never change a winning team*. Nu verschijnt er steeds meer bewijs dat patiënten die het middel staken, het vaak goed blijven doen. En waar niet, blijkt het mogelijk om de therapie te herstarten, zeker in combinatie met een ander immuunsuppressivum. Dat we – in overleg met de patiënt – soms de therapie stoppen, betekent niet dat wij een restrictief beleid voeren. In tegendeel, onze populatie met anti-TNF groeit jaarlijks.

Planetree

Volgens Marco Mundt en Rosalie Mallant-Hent merken de patiënten nauwelijks iets van het gewijzigde vergoedingsregime. Het ziekenhuis beschikt over een ‘politheek’ die de Humira aflevert. Patiënten kunnen er zeven dagen in de week van ’s morgens 8.00 uur tot ’s avonds 22.00 uur terecht. Mallant-Hent: “Dit past helemaal in het Planetree-concept. In dit concept, afkomstig uit de Verenigde Staten, draait alles om kwaliteit van de zorg, een helende omgeving en een gezonde organisatie. Bij ons staan niet alleen de productie centraal, maar ook de tevredenheid van patiënten en personeel. Mallant-Hent: “Het komt erop neer dat je de patiënt behandelt zoals je zelf behandeld zou willen worden.”

MDL in Almere

De MDL-afdeling van het Flevoziekenhuis telt zes MDL-artsen, een MDL-verpleegkundige en twee nurse practitioners in opleiding. Het ziekenhuis heeft een affiliatie met het AMC.
Het leeuwendeel van de darmkankeroperaties van patiënten die in het AMC zijn gediagnosticeerd, worden in Almere uitgevoerd. Begin 2013 start in het Flevoziekenhuis, samen met het AMC, de opleiding maag-darm-leverziekten.

Voorste rij (rechts voor) Marco Mundt en José Verheyen; *tweede rij* Vito Mascini, Rosalie Mallant-Hent, Hanna Telleman; *derde rij* Rita van Westen, Marijke Smits, Petra de Lange, Ulrike Schlüter; *vierde rij* Mike Craanen, Marco Oudkerk Pool.

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 behandeld[5] 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® (infliximab)

MSD

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

Remicade (infliximab) is een geregistreerd handelsmerk van Janssen Biologics B.V. Voor meer productinformatie en de refererenties zie verkorte SPC elders in dit blad. Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens REMICADE voor te schrijven.
0213REM12N21400212