

STAND VAN ZAKEN 70 / INTERVIEW: VEERTIG
HEPATITISCENTRA 72-75 / HCV-PREVENTIE 76-77
THEMA: BEVOLKINGSONDERZOEK 79-93 / TECHNIEK
BIJ FECALE INCONTINENTIE 95 / OPLEIDING: OPERATIONEEL
LEIDINGGEVEN 97 / OPROEPEN TRIALS 97-99
PROEFSCHRIFTEN 101 / DE AFDELING 103



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 18 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2012



DARMKANKERSCREENING
VERVOLGONDERZOEK VRAAGT DISCIPLINE
VAN COLOSCOPIECENTRUM

Waar zijn Suriname en de Antillen gebleven?

Midden juli vergaderde de Rijksministerraad om het financieel toezicht op Curaçao aan te scherpen. Sinds de Staatsrechtelijke Herschikking van oktober 2010 bleef het stil rond onze Antillen.

Bonaire, St. Eustatius en Saba zijn sindsdien bijzondere 'Nederlandse gemeenten'. Ze zouden moeten profiteren van ons Opleidingsfonds, we moeten specialisten voor die eilanden opleiden. Gebeurt dat? Niet echt, denk ik: positieve discriminatie is uit.

Curaçao, Aruba en St. Maarten moeten voor specialistenopleidingen hun eigen broek ophouden. Zeg eens 'twee keer Amersfoort', eigen MSRC et cetera. Mijns inziens onhaalbaar. Vroeger participeerde het Elisabeth Ziekenhuis op Curaçao in de specialistische opleidingen voor Groningen. Roddy Schotborgh (55 jaar) doet MDL voor Curaçao. Hij zoekt dringend versterking, wil uitbreiden en denkt aan zijn oude dag. WWWAruba wil dat we MDL-artsen boven sterkte gaan opleiden en wil vooruitbetalen. De minister van VWS, zeg eigenlijk: de wethouder van Amersfoort, wil ook. Moeten we extra Antillianen opleiden, voor welke specialismen, blijven ze toch niet in Nederland?

Suriname is een ander chapter. Ze leiden, als ik het zo bekijk, uitstekende internisten op, maar wie betaalt subspecialisatie? Vijay Jarbandhan (ex-VUmc) is dit jaar vanuit Beverwijk (RKZ) teruggegaan (zie www.mdl.nl/MAGMA) en werkt in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo. MDL-artsen opleiden voor de Antillen en Suriname moet toch lukken. Boven sterkte, liefst betaald vanuit daar, met de verplichting minimaal 5–10 jaar terug te gaan. Misschien kunnen de pensionado's met Vijay participeren in de MDL-

opleiding van Suriname? Een aantal Nederlandse pensionado's vliegt al op en neer naar Paramaribo voor MDL-hulp.

Niet alleen mensen, ook uitrusting blijft een issue. Vijay Jarbandhan heeft onder andere een ERBE 200 met APC, een crusher, (oude) Olympusscopen, broodnodig. En wie heeft *disposables* over datum, wie heeft Savary's over? Foke van Delft (ex-AMC/AvL) gaat één jaar MDL in Nickery doen, een absoluut basisziekenhuis in de Rijst-regio. Ook hij heeft materiaal nodig, zoekt dringend (fiber)scopen. Als u papillotomen, voerdraden et cetera heeft 'gebruikt' en huishoudelijk schoonmaakt, krijgt u van ons adressen: in Suriname, maar ook in India, Namibië en Oeganda. Barbara Schultz, MDL-arts in Windhoek (Namibië), heeft poliepsnaren, biopteurs en borsteltjes nodig. En een maand CRE-ballonnen van ons helpt het GP Pandit in Delhi met 3000 ERCP's per jaar nu al minimaal een half jaar verder. Kortom, mailt u mij wat u heeft en ik intermediair graag om u ervan af te helpen. We kunnen het vrij verschenken!

Chris Mulder

TRANSFERS

Noorden en Oosten

Daan de Koning (Radboud) is inmiddels gestart als 5^e MDL-arts in het Gelre Ziekenhuis te Apeldoorn. Pierre Willemse werkt er al langer, na zijn terugkeer uit Engeland. Daud Allajar (VUmc) gaat als 6^e MDL-arts naar Harderwijk met speerpunt Digestieve Oncologie. Almelo praat met kandidaten. Het CWZ Nijmegen zoekt een nieuwe MDL-arts per 1 januari 2013.

Zuiden

Jolanda van Dieren (EMC) en Joyce Kuiper (EMC) gaan in 2013 parttime werken als 7^e en 8^e MDL-arts in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht. Jolanda doet nog een stage Digestive Oncologie (AvL). Joyce legt de nadruk op de hepatologie. Den Bosch doet zijn best. De internisten leveren één fte in ten behoeve van de MDL, er zijn nu zowaar 2 vacatures. Leverdokter Martijn ter Borg (EMC) gaat op 1 januari 2013 als 7^e MDL-arts naar het Maxima Medisch

Lees verder op pagina 77.



MDL-team van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo met Vijay Jarbandhan staande uiterst rechts.

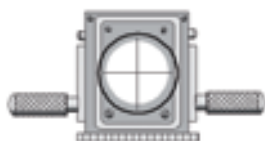
Zuinig

Hoewel de discussie over behandeling voor de ziekte van Pompe voor de MDL-arts minder relevant lijkt, gaat het onderwerp van de snel groeiende kosten in de zorg en de noodzaak tot het stellen van grenzen ons uiteraard sterk aan. Daarbij gaat het niet over dure medicatie alleen, maar over veel meer. Vooruitlopende berichten over een aanstaand rapport van Ab Klink benoemen de mogelijkheid van een miljardenbesparing door het achterwege laten van overbodige diagnostiek en behandelingen. Hoewel de daarbij gegeven voorbeelden voor een deel onbenut zijn ('buikoverzichtsfoto plus CT-abdomen vervangen door alleen CT...'), onderschrijft een ieder dat op diagnostiek en behandeling zeker bespaard kan worden.

Hier ligt een taak voor de dokter, maar het vraagt ook om aanpassing van de attitude van patiënten en een actieve rol van de zorgverzekeraars. Dat betekent dat we tezamen kritischer paal en perk moeten kunnen stellen aan second opinion voor functionele klachten, herhalen van diagnostiek elders, en ook aan behandelingen in het buitenland. Velen van ons kennen de trieste casuïstiek van patiënten die voor een uitbehandelde ziekte in het buitenland zinloze, en tegelijk ingrijpende en kostbare, aanvullende behandeling kregen. Ik ben benieuwd wat het standpunt van de commissie Klink hierover is.

Voor ons geldt, dat wij kunnen wijzen op het economisch effect van het onderbrengen van MDL-zorg bij een MDL-arts, van de oprichting van MDL-expertisecentra, en van de verschuiving van operatieve naar endoscopische behandeling voor tal van aandoeningen.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



Waar staan we medio 2012?

Over een jaar start het bevolkingsonderzoek darmkanker. In deze MAGMA praten we u bij over verschillende aspecten van de voorbereiding en aanstaande uitvoering. Hoe staat het met de financiering? Waarom is het ook al weer noodzakelijk dat elke poliep wordt ingestuurd? Hoe bereidt het RIVM de communicatie voor? Zijn er voorbeelden hoe moeilijke bevolkingsgroepen te bereiken? En wat is de achtergrond van de in juni bekend geworden kwaliteitseisen? Dat dit laatste onderwerp leeft, blijkt uit de ingezonden brief van de NVMDL i.o. Zoals hoort met ingezonden brieven, vroegen we het bestuur van de NVMDL om een reactie.

De organisatie van de landelijke darmkankerscreening gaat intussen voort. Achter de schermen wordt door vele commissies van het RIVM gewerkt aan de eisen en voorwaarden, die gesteld worden aan de screening. Onder de landelijke commissie van het RIVM sorteren vier werkgroepen: ICT, capaciteit en kwaliteit, financiën en voorlichting.

Steeds vaker word ik gebeld met vragen en blijkt dat er nogal eens een informatieachterstand is. Men weet niet waar welke informatie kan worden gezocht. Elders in deze MAGMA geef ik een overzicht van de belangrijkste documenten en actuele informatie waarover men kan beschikken.

Heeft u toch nog vragen? Laat het ons weten.

Michiel van Haastert

Methotrexaat en melkproducten kunnen weer samen

De KNMP heeft het advies om melkproducten *niet gelijktijdig met Methotrexaat in te nemen* laten vervallen. De mededelingen op het etiket 'Niet tegelijkertijd met melkproducten innemen' of 'Met water innemen, niet met melk' zijn per 1 augustus 2012 verdwenen.

Het advies was gebaseerd op een onderzoek uit 1980 bij tien kinderen met lymfatische leukemie. De bij maaltijden met veel melk gevonden verlaagde MTX-spiegels zijn in later onderzoek nimmer bevestigd. MTX-opname lijkt onafhankelijk te zijn van voeding.

Marten Otten, voorzitter Farmacotherapie Commissie

Veertig behandelcentra vormen spil in zorg rond hepatitispatiënt

De introductie van nieuwe geneesmiddelen maakt de behandeling van virale hepatitis steeds ingewikkelder. Deze geneesmiddelen zijn duur, doelmatige inzet is dus meer dan ooit vereist. Reden voor de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) om samen met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) gespecialiseerde behandelcentra voor virale hepatitis in te stellen.

Aan de centra zijn MDL-artsen verbonden die veel ervaring hebben met de behandeling van virale hepatitis. Vaak werken zij samen met internist-infectiologen. Op dit moment voldoen veertig ziekenhuizen aan de kwaliteit- en kwantiteitseisen die zijn opgesteld door de NVMDL. “De behandeling van virale hepatitis heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld”, aldus Pieter Honkoop, bestuurslid van de NVMDL en lid van de commissie hepatologie. “Door de uiteenlopende behandelprogramma’s, stop- en startmomenten, dosisveranderingsmomenten en resistentie-

problemen is die behandeling ook steeds complexer geworden. De tijd is voorbij dat je als MDL-arts met slechts enkele patiënten per jaar leverziekten adequaat kunt behandelen. Goede zorg voor de patiënt vraagt om concentratie van kennis en ervaring in expertisecentra die nauwe contacten hebben met de huisartsen en GGD’s in de regio.”

Minimaal twintig patiënten

Harry Janssen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en ex-bestuurslid van de NVMDL: “De veertig

behandelcentra die nu zijn gecertificeerd (zie pag. 75 voor een compleet overzicht), behandelen elk jaarlijks minimaal twintig patiënten. Ze beschikken over speciaal opgeleide hepatitisverpleegkundigen en over de juiste infrastructuur: ze kunnen waar nodig terugvallen op een viroloog, patholoog, radioloog of chirurg met kennis van de lever. Verder hebben ze direct toegang tot een virologielab voor snelle diagnostiek. De afdeling moet minimaal twee MDL-artsen tellen die zich continu naschoolen in leverziekten. Een andere belangrijke eis is deelname aan studies voor het verzamelen van data. De hepatitiscentra registreren anoniem alle patiënten in een beveiligde, centrale database. Om de kwaliteit te waarborgen, worden zij regelmatig getoetst op de criteria van kwaliteit, kwantiteit en samenwerking. Die toetsing is onderdeel van de reguliere visitatie door de NVMDL. Het aantal van veertig expertisecentra geeft

Harry Janssen: “Die aanbieding uit Toronto kon ik niet weigeren”

Harry Janssen is twaalf jaar verbonden aan het Erasmus MC, sinds 2006 als hoogleraar hepatologie en hoofd van de sectie leverziekten en transplantatie. Per 1 januari 2013 vertrekt hij naar de University of Toronto om daar leiding te geven aan de afdeling leverziekten.

Janssen: “Toronto heeft de grootste levergroep van Noord-Amerika met veel expertise op verschillende gebieden van de leverziekten, zoals virale hepatitis, cholestatische leverziekten, portale hypertensie en leverkanker. Het onderzoek daar is van hetzelfde type als ik hier jarenlang heb gedaan: klinische en translationele research op het gebied van met name virale

hepatitis. Toronto telt vijf miljoen inwoners en heeft een heel hoge prevalentie van hepatitis B en C. Door het grote aantal migranten, met name uit Azië, wonen er drie keer zo veel hepatitispatiënten als in Nederland. Een mooie bron voor onderzoek. Het levertransplantatiecentrum voert jaarlijks 170 levertransplantaties uit tegenover zo’n 50 transplantaties hier in Rotterdam. Verder krijg ik een groot lab, een klinische onderzoeksunit en neem ik daar een mooie bloeiende levergroep over van Jenny Heathcote, wereldwijd een prominente leverdokter. Ik heb de laatste jaren meerdere aanbiedingen uit het buitenland ontvangen, maar

deze uit Toronto was een kans die ik niet naast me neer kon leggen.”

Prachtige levergroep

“In Rotterdam heb ik het enorm naar mijn zin gehad. We hebben een prachtige levergroep opgebouwd, de grootste van Nederland en één van de grootste van Europa, met veel expertise, zowel aan de klinische als wetenschappelijke kant. Ik begeleid samen met een aantal stafleden nog vijftientwintig promovendi en daarom blijf ik hier voorlopig een aanstelling houden. Goed ook voor de samenwerking tussen Toronto en Rotterdam.”



Harry Janssen en Pieter Honkoop: “De tijd is voorbij dat je als MDL-arts met slechts enkele patiënten per jaar leverziekten kunt behandelen.”

een goede landelijke dekking waardoor patiënten niet ver hoeven te reizen.”

Coördinatie van zorg

De behandelcentra stimuleren meer de nauwere samenwerking met de infectiologen. Honkoop: “Niet alleen MDL-artsen behandelen virale hepatitis, maar ook infectiologen. Door het inrichten van deze centra zijn mooie samenwerkingsverbanden ontstaan tussen infectiologen die aan de ene kant van het ziekenhuis, en MDL-artsen die aan de andere kant van het ziekenhuis hepatitispatiënten behandelden. Door die bundeling is de patiënt de uiteindelijke winnaar. De centra coördineren de behandeling van hepatitis in de regio en spelen zo ook een belangrijke rol in de preventie en opsporing van virale hepatitis. Door huisartsen nascholing te bieden, verhogen zij bovendien de alertheid op hepatitis bij deze beroepsgroep. De

centra onderhouden ook intensieve contacten met de GGD's en de verslavingszorg.”

Lever op de kaart

Janssen: “De commissie hepatologie van de NVDML heeft het initiatief tot het instellen van de behandelcentra mede genomen om leverziekten goed op de kaart te zetten binnen de beroepsvereniging. Zonder extra aandacht loopt dit subspecialisme het risico tussen wal en schip te geraken. Er bestaat een groot tekort aan MDL-artsen, die bovendien hun handen vol hebben aan al de scopieën die ze moeten verrichten. Daardoor dreigde de zorg voor patiënten met virale hepatitis in de verdrukking te komen, gelukkig is het aantal MDL-artsen de laatste jaren sterk toegenomen. De behandelcentra zorgen ervoor dat zij de spil worden in de regionale zorg voor de hepatitispatiënt.”

PEG-IFN-additie bij HBeAg-negatieve HBV-patiënten

In het Erasmus MC Rotterdam, UMC Utrecht, VUmc Amsterdam, UMC St. Radboud Nijmegen, OLVG Amsterdam, RdGG Delft, CWZ Nijmegen, Rijnstate ziekenhuis Arnhem, SFG Rotterdam en het Medisch Centrum Alkmaar zal binnenkort worden gestart met de PEG-IFN-additiestudie.

In deze studie wordt gekeken naar de mate van HBsAg-daling en HBsAg-verlies door tijdelijke additie van PEG-interferon aan reeds met nucleos(t)ide-analoog behandelde HBeAg-negatieve chronische hepatitis-B-patiënten.

In totaal zullen 90 patiënten worden gerandomiseerd:

- 60 patiënten krijgen gedurende 48 weken PEG-IFN toegevoegd aan hun behandeling;
- 30 patiënten continueren hun huidige behandeling met nucleos(t)ide-analoog monotherapie.

Inclusiecriteria

- HBeAg negatief, anti-HBe-positief
- HBV-DNA < 200 IU/mL onder behandeling met een nucleos(t)ide-analoog (minimaal één jaar).

Exclusiecriteria

- Co-infecties met HCV/HDV/HIV
- Behandeling met Telbivudine
- Contra-indicaties voor PEG-IFN.

Belangrijkste eindpunten zullen zijn: HBsAg decline > 0,5 en 1 logIU/mL op week 48 en 72 en HBsAg-verlies.

Contact

Heeft u patiënten die voor deze studie in aanmerking komen of wilt u informatie, dan kunt u contact opnemen met Pauline Arends, arts-onderzoeker, Erasmus MC p.arends@erasmusmc.nl / 010-7031618.

*Add-on
nu beschikbaar!*



Met Humira[®]
geeft u
patiënten
grip op de
behandeling
van colitis
ulcerosa

HUMIRA[®]
adalimumab

Hepatitis Behandelcentra in Nederland

De volgende ziekenhuizen voldoen aan de kwaliteits- en kwantiteitseisen die worden gehanteerd door de NVDML en de NIV en mogen zich Hepatitis Behandelcentrum noemen. Op 17 april 2012 waren dit er veertig. Op www.mdl.nl en www.hepatitis.nl komen actuele kaarten, die steeds zullen worden bijgewerkt.

1. **Alkmaar**
Medisch Centrum Alkmaar
2. **Almelo**
ZGT Almelo
3. **Almere**
Flevoziekenhuis
4. **Amersfoort**
Meander Medisch Centrum
5. **Amsterdam**
Academisch Medisch Centrum
6. **Amsterdam**
St. Lucas Andreas Ziekenhuis
7. **Amsterdam**
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
8. **Amsterdam**
VU medisch centrum
9. **Apeldoorn**
Gelre Ziekenhuizen
10. **Arnhem**
Ziekenhuis Rijnstate
11. **Beverwijk**
Rode Kruis Ziekenhuis
12. **Breda**
Amphia Ziekenhuis
13. **Delft**
Reinier de Graaf Gasthuis
14. **Den Haag**
Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde/Antoniushoeve
15. **Den Haag**
Haga Ziekenhuis
16. **Deventer**
Deventer Ziekenhuis
17. **Dordrecht**
Albert Schweitzer Ziekenhuis
18. **Eindhoven**
Catharina Ziekenhuis
19. **Eindhoven**
Máxima Medisch Centrum
20. **Enschede**
Medisch Spectrum Twente



21. **Groningen**
Universitair Medisch Centrum
22. **Haarlem**
Kennemer Gasthuis, locatie Zuid
23. **Heerlen/Kerkrade**
Atrium Medisch Centrum Heerlen
24. **'s-Hertogenbosch**
Jeroen Bosch Ziekenhuis, locatie GZG
25. **Hoogeveen**
Ziekenhuis Bethesda
26. **Leeuwarden**
Medisch Centrum Leeuwarden, locatie Zuid
27. **Leiden**
Leids Universitair Medisch Centrum
28. **Maastricht**
Maastricht Universitair Medisch Centrum
29. **Nieuwegein**
St. Antonius Ziekenhuis, loc. Nieuwegein
30. **Nijmegen**
UMC St Radboud
31. **Nijmegen**
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
32. **Roermond**
Laurentius Ziekenhuis
33. **Rotterdam**
Erasmus MC
34. **Rotterdam**
Maasstad Ziekenhuis
35. **Rotterdam**
Sint Franciscus Gasthuis/ IJsselland Ziekenhuis
36. **Tilburg**
Sint Elisabeth ziekenhuis
37. **Utrecht**
Universitair Medisch Centrum
38. **Utrecht**
Diakonessenhuis
39. **Venlo**
Viecuri MC
40. **Vlissingen**
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis

Introductie van proteaseremmers in de behandeling van hepatitis C leidt tot intensivering van de behandeling, begeleiding en follow-up, onder meer vanwege de bijwerkingen. Specifieke groepen patiënten zoals ex-druggebruikers, migranten en patiënten die in penitentiaire inrichtingen verblijven, behoeven daarbij een specifieke behandelingsaanpak. Doel: voorkómen dat zij niet tussen wal en schip belanden en evolueren naar een chronische hepatitis die leidt tot ernstige fibrose en cirrose. Preventie door goede voorlichting is een cruciaal aspect in het voorkómen van besmetting. Maar vooral in groepen die minder toegankelijk zijn, is dit niet eenvoudig.

Hepatitis-C-preventie en behandeling in moeilijk toegankelijke patiëntengroepen

Behandeling van een chronische hepatitis-C-infectie is een opgave voor zowel de patiënt als de behandelaars. Met het aanwijzen van hepatitisbehandelcentra ontstaat een grotere uniformiteit in de behandeling en begeleiding van patiënten. En wordt het voor patiënt én verwijzer nog duidelijker waar hij/zij zich kan melden. Vanuit deze centra kan bovendien de bewustwording door middel van informatieverstrekking worden verbeterd: niet alleen met de eerste lijn, GGD, asielzoekerscentra en het consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD), maar ook met bepaalde patiëntengroepen die in specifieke instellingen verblijven.

Heerlen en Maastricht

De behandeling op de hepatitispolikliniek in Heerlen en Maastricht gebeurt in intensieve samenwerking met de onderafdelingen MDL, infectieziekten (in geval van Maastricht) en de afdeling psychiatrie en wordt ondersteund door de medische microbiologie. Er worden zowel patiënten met HCV-mono-infecties als co-infecties met HIV en HBV behandeld. Op de hepatitispoli worden patiënten gezien door de hepatitisverpleegkundige in samenspraak met de MDL-arts en infectioloog, die in gezamenlijkheid de patiënten voor het poli-bezoek bespreken.

Het overgrote deel van de patiënten wordt verwezen via huisartsen en GGD's in de regio Maastricht, Heerlen en Sittard en bestaat voornamelijk uit ex-druggebruikers en migranten. Een kleine groep patiënten vormt een dilemma in de opsporing en behandeling, omdat zij zich niet presenteren op de hepatitispolikliniek: veelal ex-iv-druggebruikers die rondlopen met een virale hepatitis en mensen afkomstig uit endemische gebieden.

In detentie

Daarnaast zijn er patiënten die in detentie verblijven. Voor deze groep is er regelmatig contact met de artsen in de penitentiaire inrichtingen. Daar vindt voorlichting plaats en risicogroepen worden gescreeend op onder meer hepatitis en HIV-infecties. De hepatitisverpleegkundige bezoekt de instelling, soms vergezeld van een arts, om patiënten te onderzoeken die in aanmerking komen voor een hepatitis-C-behandeling. De patiënten komen eenmalig naar het ziekenhuis voor een echografie van de lever, en worden verder op locatie gecontroleerd. Het verloop van de behandeling komt aan bod tijdens de wekelijkse hepatitisbespreking en teruggekoppeld in het patiëntcontact met de hepatitisverpleegkundige. Jaarlijks worden in de regio Zuid-Limburg twee tot vier gedetineerde patiënten behandeld.

Methadonverstrekking

Voor een klein deel van de ex-iv-drugsgebruikers die bij de Ambulante Hulpverlening Verslavingszorg Maastricht/Mergelland en Heerlen van de stichting Mondriaan (voorheen CAD) worden gevolgd in verband met onder meer de methadonverstrekking, is een poliklinische ziekenhuissetting voor de hepatitisbehandeling onoverbrugbaar. Voor deze groep is ruim tien jaar geleden – in samenwerking met de afdeling infectieziekten van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) en de onderafdeling MDL – de mogelijkheid ontwikkeld een hepatitisbehandeling ter plaatse te starten en te begeleiden. De samenwerking was aanvankelijk opgezet ter preventie en screening van HIV-besmetting met het HIV-behandelcentrum van het MUMC. Momenteel loopt er een zeer uitgebreid programma met informatie en voorlichting over virale hepatitis en HIV-infectie. De ambulante hulpverlening informeert de risicogroepen en screent gebruikers en ex-gebruikers op onder andere virale hepatitis en HIV. Indien geen actief iv-druggebruik meer plaatsvindt, kan de ex-gebruiker worden behandeld voor virale hepatitis. Dit gebeurt opnieuw op locatie Heerlen door de hepatitisverpleegkundige, nadat de ex-gebruiker is gezien door een internist. De behandeling wordt besproken in het hepati-



Ron Vergoossen en Gerrit Schreij (*rechts*) nemen bloed af tijdens hun spreekuur op bij de Mondriaan Stichting Heerlen.

tisteam en zo nodig aangepast afhankelijk van de bijwerkingen. De medicatie wordt gegeven tijdens het afhalen van de methadon en ook de peg-interferon-injectie wordt aldaar toegediend, waardoor de therapietrouw zo optimaal mogelijk wordt. Ex-gebruikers zijn zeer tevreden over deze manier van behandelen en informeren andere gebruikers over de mogelijkheid van screening en behandeling. Ook co-infecties met hepatitis B en HIV worden behandeld, waarbij de European AIDS Clinical Society-richtlijn (EACS: <http://europeanaidsclinical-society.org/>) wordt gevolgd. Per jaar worden ongeveer tien ex-druggebruikers behandeld met HCV-mono-infecties en co-infecties. De meeste patiënten krijgen ambulant een echo lever, een leverbiopsie wordt zelden uitgevoerd en de bloedafname wordt op locatie geprikt, ook wanneer het arterieel moet worden afgenomen.

Migranten

Een derde groep moeilijk bereikbare patiënten zijn migranten. Asielzoekers worden gescreend en doorverwezen naar de polikliniek. Overige patiënten worden niet specifiek geïnformeerd, maar veelal verwezen. De communicatie verloopt vaak moeilijk. Met gebruikmaking van de tolkentelefoon wordt getracht de behandeling uit te leggen en vragen te beantwoorden om daarmee het succes van de behandeling zo groot mogelijk te krijgen. Deze groep blijft een zwakke schakel in de hepatitis-C-behandeling vanwege hun onzekere toekomst. De patiënten zelf zijn vaak zeer gemotiveerd de behandeling te ondergaan, waarbij de financiering meestal geen problemen oplevert.

Toekomst

In de nabije toekomst wordt de samenwerking tussen de hepatitisbehandelaars in Heerlen, Sittard en Maastricht uitgebreid en streven we naar een Viraal Hepatitis Expertise Centrum Zuid-Limburg. De bedoeling hiermee is de drempel te verlagen en uitgebreid informatie te verstrekken via de eerste lijn, stichting Mondriaan, de GGD's in Heerlen en Maastricht om daarmee de behandeling te optimaliseren voor een zo groot mogelijke populatie. Daarmee willen we de verspreiding van virale hepatitis verminderen en een zo groot mogelijke groep op verschillende locaties behandelen. Wij zijn van mening dat op deze manier er een groot palet aan hepatitis-C-behandelingen gegeven kan worden, geïndividualiseerd naar de omstandigheid waarin de patiënt zich bevindt.

Ger Koek, MDL-onderafdeling MUMC

Gerrit Schreij, Afdeling Interne geneeskunde, MUMC

Minke Bakker, MDL-afdeling, Atrium MC, Heerlen

Vervolg MDL-Transfers van pagina 70.

Centrum in Eindhoven met als focus ERCP en echo-endografie. Michiel Aquarius (AZM) start als 5^e MDL-arts in Venlo op 1 december aanstaande.

Westeren

Joep Bartelsman (pensionado AMC) gaat als *teaching endoscopist* naar het EMC per 1 september 2012, in een duobaan met Wilco Lesterhuis voor scopie-onderwijs. Het lijkt op Johan Cruyff, die op zijn oude dag ook overliep naar Feyenoord. Eduard van Hoboken (LUMC) start op 1 januari 2013 als 4^e MDL-arts in het RKZ Beverwijk. Yasser Alderlieste (AMC) gaat een jaar extra Digestive Oncologie doen bij het AvL. Het lijkt zowaar een Chivo-schap, zoals we al veel zagen in de heelkunde. Marion Kerkhof (EMC) start (1 mei 2013) als 4^e MDL-arts in Gouda, Joukje Bosman (UMCU) volgt haar in de loop van 2013.

Algemeen

Er zijn nu 386 MDL-artsen, waarvan 377 lid van de NVMDL. Daarnaast zijn er 183 MDL-artsen in opleiding, waarvan slechts 132 lid zijn van onze vereniging. Gorinchem, Hoorn, Purmerend, Geldrop en Tilburg zoeken dringend versterking. Met de forse uitstroom van jonge MDL-artsen in 2013–2014 zullen deze vacatures grotendeels worden ingevuld.

NIEUWS

Honorary fellowship voor Chris Mulder

Hoofd afdeling MDL in het VUmc en hoogleraar MDL aan de Vrije Universiteit Chris Mulder is in Londen benoemd tot *honorary and distinguished fellow of the Royal College of Physicians*. Hij kreeg deze eervolle titel onder meer voor zijn werk op (refractaire) coeliakie, drugrediscoversy, Cladribine en 6Tg, het ontwikkelen van een flexibele endoscopische behandeling van een Zenkers divertikel. Ook werd waardering uitgesproken voor zijn betrokkenheid bij de nascholing van ongeveer 800 Oost-Europese en Afrikaanse MDL-artsen in Nederland in de periode 1991–2009.





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 aanbevelen. 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

Hepatitisscreening: hoe bereiken we migrantengroepen?

De ontwikkelingen in de mogelijkheden voor antivirale behandeling van chronische hepatitis B en C volgen elkaar in hoog tempo op. De vraag is inmiddels niet meer óf er moet worden behandeld, maar: hoe identificeren we tijdig de patiënten die baat hebben bij behandeling? Door screening kan de vroege opsporing van patiënten met actieve chronische virale hepatitis verbeteren. Hoe zorg je echter dat je juist de risicogroepen bereikt?

Door de lage prevalentie van chronische hepatitis B en C in de bevolking als geheel is een algemene populatiescreening geen goede optie. Screening dient zich te richten op risicogroepen. Een belangrijke risicogroep zijn migranten geboren in hepatitis-B- en C-endemische gebieden. Maar ook binnen deze eerste generatie migranten bestaan grote verschillen, waarbij vooral migranten uit Zuidoost-Azië een zeer hoog risico hebben. In Rotterdam is de GGD in samenwerking met het Erasmus MC daarom een aantal jaren geleden een project gestart om screening aan te bieden aan de Chinese bevolking. Hoewel de Chinese bevolkingsgroep nog geen 2% van het totaal aantal inwoners in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond omvat, komt elk jaar rond de 20% van de nieuw ontdekte hepatitis B uit deze gemeenschap. Omdat de Chinese gemeenschap een relatief moeilijk bereikbare groep is, werd gekozen voor een *outreach*-campagne.

Outreach

De campagne, die in zeer nauwe samenwerking met de Chinese gemeenschap werd georganiseerd, kreeg de naam 'China aan de

Maas'. Het primaire doel: laagdrempelig voorlichten over hepatitis B, waarna men zich gratis op locatie op hepatitis B kon laten testen. Tijdens het Chinese Nieuwjaar werden in en om het Rotterdamse Chinatown elf *outreach*-acties georganiseerd. Daarbij werden kerken, buurthuizen en restaurants voor een middag of avond omgebouwd tot campagneplek met vaak meerdere spreekkamers. Chinese voorlichters en *peers* werden ingezet om presentaties te geven. Zo sprak een Chinese dominee, die zelf voor hepatitis B werd behandeld, tijdens meerdere bijeenkomsten het publiek toe.

Tijdens de campagne hebben 1100 Chinese Rotterdammers zich op hepatitis B laten testen. Van deze deelnemers was 49% ooit in contact geweest met het hepatitis-B-virus, terwijl 8,6% van de deelnemers een chronische infectie bleek te hebben. Deze bevindingen kwamen overeen met de ramingen



Tijdens het Chinese Nieuwjaar werden kerken, buurthuizen en restaurants omgebouwd tot campagneplek met vaak meerdere spreekkamers.

die bij de start van de campagne waren gemaakt. De cijfers geven aan dat binnen de Nederlands-Chinese populatie de hepatitis-B-prevalentie zeer hoog is. Inmiddels heeft deze aanpak navolging gevonden in andere grote steden.

Systematische aanpak

Daarnaast is voor een systematische aanpak van screening gekozen. Omdat in Nederland het geboorteland staat geregistreerd in de gemeentelijke basisadministratie, is het voor de GGD mogelijk mensen op grond van hun geboorteland een individuele uitnodiging te sturen. In Rotterdam is zo screening aangeboden aan de Turkse bevolking en in Arnhem, Groningen, Leeuwarden en Assen aan een aantal andere migrantengroepen uit midden- en hoog-endemische landen.

Reguliere zorg

Naast *outreach* of systematische screening kunnen patiënten worden geïdentificeerd door beter gebruik te maken van de opsporingskansen in de reguliere zorg. Een manier is de bewustwording bij (huis)artsen te verbeteren, zodat zij bij patiënten met verhoogde leverfunctietesten eerder aan virale hepatitis denken, in het bijzonder als het een patiënt uit een endemisch gebied betreft.

Inmiddels is ervaring opgedaan met verschillende methoden van screening. Nu is de uitdaging om deze kennis te vertalen naar effectief landelijk screeningsbeleid gericht op migrantengroepen.

Irene Veldhuijzen, onderzoeker
Reinoud Wolter, beleidsmedewerker,
GGD Rotterdam-Rijnmond
Marijke Mostert,
Nationaal Hepatitis Centrum

VOLLEDIG VERGOED



WINST MET VICTRELIS*



Toevoeging van VICTRELIS aan SOC biedt:

- Aanzienlijke verhoging van de SVR³
- 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.



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



Financiële aspecten coloncarcinoomscreening in tweede lijn

De coloncarcinoomscreening gaat in het najaar van 2013 van start. De screening wordt door VWS gefinancierd vanuit de Subsidieregeling publieke gezondheid.

Er is afgesproken met het Ministerie van VWS en de ziektekostenverzekeraars, dat er een budget komt voor de te verwachten extra zorg die de coloncarcinoomscreening met zich meebrengt. Het Ministerie van VWS heeft hierover mondeling medegedeeld dat er een uitbreiding van het BKZ voor dit bevolkingsonderzoek gaat plaatsvinden. Deze uitbreiding bovenop het maximale groeipercentage van 2,5% is op 25 augustus 2012 formeel bevestigd door VWS.



Bij dit aanvullende budget horen niet alleen de kosten van extra colonoscopieën, geschat op 80.000 per jaar, maar ook de kosten voor eventuele extra diagnostiek, operaties, chemotherapie, bestraling et cetera, die voortvloeien uit de bevindingen van de screening. Vanwege de geleidelijke invoering van de screening zal in eerste instantie in 2014 € 16 miljoen worden gereserveerd. Na totale invoering van de screening in 2017 is € 72 miljoen begroot. Er wordt dan uitgegaan van ongeveer € 1000 per verwezen patiënt met een positieve iFOBT voor wie alle tweedelijnszorg moet worden uitgevoerd, inclusief het honorarium voor de medisch specialist. Deze middelen zijn nog niet verdeeld over de macrokaders 'huisartsen' (klein deel), 'instellingen voor medisch-specialistische zorg' en 'honorarium medisch specialisten als vrije beroepsbeoefenaren'. Deze verdeling zal plaatsvinden in de begroting 2013 die op Prinsjesdag verschijnt en wordt besproken in het Hoofddlijnenakkoord. Bij navraag geeft het Ministerie van VWS aan, dat de

bedragen worden opgeteld bij de macrokaders.

Lokale besteding

Aangezien het BKZ voor instellingen voor medisch-specialistische zorg en honorarium medisch specialisten als vrije beroepsbeoefenaren wordt verdeeld over de ziekenhuizen, zal op lokaal niveau moeten worden beslist hoe het budget wordt besteed. Hierbij zijn de lokale onderhandelingen met de ziektekostenverzekeraars over welke zorg wordt vergoed (en voor hoevél) van groot belang. Bij een toegestane groei van het BKZ met 2,5% per jaar zal, wanneer aan de toenemende vraag naar colonoscopieën moet worden voldaan, sommige overige zorg niet kunnen worden bekostigd. Dit kan binnen ziekenhuizen en tussen specialistengroepen tot spanningen leiden, zeker wanneer er in de medische staf uitbreiding van het aantal fte MDL-artsen wordt gevraagd.

Hiervoor zullen zowel overleg met ziekenhuisdirecties als onderhandelingen met

ziektekostenverzekeraars nodig zijn. Ziektekostenverzekeraars Nederland (ZN) realiseert zich dat op landelijk niveau voldoende (colonoscopie)zorg moet worden ingekocht.

Voor de ziekenhuizen betekent de invoering van coloncarcinoomscreening een te overziene investering, omdat de endoscopieunits al bestaan. Wel zal op termijn extra personeel moeten worden opgeleid en extra apparatuur ingezet. Ook moeten de endoscopieafdelingen worden gecertificeerd, hetgeen flinke inspanningen en kosten met zich mee kan brengen. De geleidelijkheid van invoering en de redelijke schatting die gemaakt kan worden hoeveel extra colonoscopieën er per centrum in de komende jaren verricht moeten worden, maakt manpowerplanning met betrekking tot MDL-artsen mogelijk.

De geleidelijke invoering van de coloncarcinoomscreening zal in de loop van de tijd

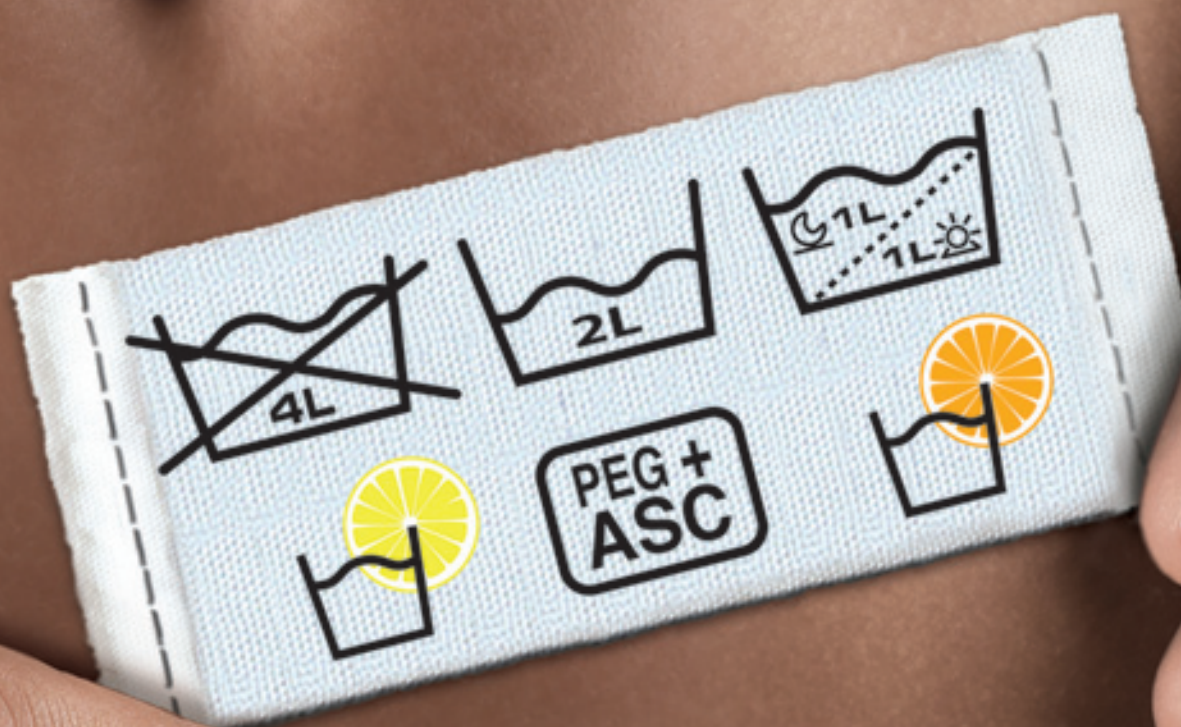
Lees verder op pagina 83.

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***



* IMS data, Q2 2011

1. TN C, et al. Randomized trial of low-volume PEG solution versus standard PEG + electrolytes for bowel cleansing before colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2008;103:883-891.

MOVIPREP® ORANGE

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

4L efficacy. 2L compliance.¹

Vervolg van pagina 81.

duidelijk maken hoe de bekostiging hiervan zal worden uitgevoerd, en tot welke problemen dit leidt. Om het nog iets ingewikkelder te maken: het ziet er naar uit dat de bekostiging en honorering van medisch specialisten en ziekenhuizen in 2015 zullen worden veranderd, waarbij de tarieven tussen ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars 'vrij' moeten worden onderhandeld. Voor 2013 en 2014 zal de honorering van de deelnemende MDL-artsen geschieden door gebruikmaking van het DOT/DBC-product coloncarcinoomscreening met het bijbehorende honorarium. De beroepsbelangencommissie MDL zal erop toezien dat de honorering hiervan conform de (tijds)belasting is. Met de grote ziektekostenverzekeraars wordt al overleg gevoerd over de consequenties van het invoeren van het coloncarcinoomscreeningsprogramma.

DOT/DBC

Er wordt gewerkt aan een DOT/DBC-product coloncarcinoomscreening dat bij de start van de screening gereed zal zijn. De inhoud hiervan zal waarschijnlijk bestaan uit een intakeconsult, een colonoscopie (waarbij ervan wordt uitgegaan dat de complete uitvoering van een colonoscopie 45 minuten duurt), en eventueel tweede (telefonisch) consult. Met DBC-onderhoud is er nog overleg over het exacte profiel van dit zorgproduct en wat dit zal betekenen voor de honorering. De honorering van dit DOT/DBC-product zal vermoedelijk analoog zijn aan zorgproducten met ongeveer dezelfde inhoud (zoals colonpoliepen en IBS). Het is nog niet duidelijk of dit DOT/DBC ook gebruikt moet gaan worden ingeval bij een patiënt een coloncarcinoom wordt vastgesteld. Omdat het kan vóórkomen dat de screeningsscopie in een ander centrum wordt uitgevoerd dan in het voor de patiënt 'eigen' ziekenhuis, moet ook nog worden nagedacht over de toepassing van de DOT/DBC-producten bij overplaatsing

Lees verder op pagina 84.

Heelkunde bereidt zich voor

"De totale extra kosten op het gebied van heelkunde worden geraamd op ruim 38 miljoen euro. Hiervan heeft 35 miljoen betrekking op de ziekenhuizen en 3,2 miljoen betreft het extra honorarium voor chirurgen. Deze bedragen zijn gebaseerd op de geschatte 3.000 extra operaties die zullen moeten worden uitgevoerd als gevolg van het bevolkingsonderzoek darmkanker." Prof. dr. Rob Tollenaar, afdelingshoofd van de afdeling Heelkunde in het LUMC en voorzitter van de wetenschappelijk commissie van de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) is hier aan het woord als voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH).

Hij legt vervolgens uit dat iedereen binnen heelkunde het als een tijdelijke toename ziet. "Waar je uiteindelijk uitkomt, is nu niet te zeggen. De verwachting is niet alleen dat het in de loop der tijd lager zal zijn dan nu, maar ook – en belangrijker – dat de ingrepen minder complex zullen zijn. De tijd moet het leren, maar omdat in een eerder stadium kanker zal worden ontdekt, zullen we te maken krijgen met minder uitzaaiingen en dus met minder chemotherapieën. Tel daarbij op dat we ook nog eens verwachten dat darmkanker minder zal voorkomen, omdat dankzij de uitgevoerde coloscopieën de poliepen in een vroeg stadium zijn verwijderd, en de winst voor de volksgezondheid is evident. Ook financieel." De NVvH zal uitgebreid aandacht besteden aan het bevolkingsonderzoek; in diverse nieuwsbrieven en tijdens haar wetenschappelijke vergaderingen. "In mei 2012 hebben prof. Ernst Kuipers en anderen ons op de chirurgendagen verteld wat het allemaal voor chirurgie gaat betekenen. Tevens loopt er een voorlichtingstraject over die zaken waar men op moet letten tijdens budgetbesprekingen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er komt echt veel meer bij kijken dan het inboeken van een paar uur meer OK. Extra intakegesprekken met patiënten, meer overleg met de MDL-arts, meer verpleging, meer nazorg om maar iets te noemen. En in elk ziekenhuis zal het ook nog eens anders zijn." Als wordt gevraagd wie het bedrag gaat betalen, verwijst Tollenaar naar de toezegging van de minister dat er extra budget zal worden vrijgemaakt. "In overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is berekend dat 80 miljoen euro nodig is voor screening, coloscopieën en chirurgische ingrepen. Of de minister een dergelijk bedrag in haar hoofd heeft, weet ik niet. Wel is zeker dat het een punt van zorg is als dat bedrag er niet komt of als het minder is dan die 80 miljoen. En natuurlijk moet het ook netjes verdeeld worden tussen alle betrokkenen. Vooralsnog gaan we ervan uit dat die 80 miljoen er gewoon komt."



Vervolg van pagina 83.

van zorg van een screeningscentrum naar een andere instelling. De screening op coloncarcinoom zal in de eerste screeningsronde per leeftijdscategorie een veel grotere poliep- en carcinoomopbrengst hebben dan de tweede en volgende screeningsronde. De reden hiervan is dat coloncarcinomen en grote colonpoliepen gemiddeld vele (meer dan vijf) jaren nodig hebben om zich te ontwikkelen. De meeste hiervan worden bij de eerste screeningsronde 'gefilterd', waarbij er waarschijnlijk een tijdelijke toename van coloncarcinoomchirurgie te verwachten is. Pas na 2018 zal hierin uiteindelijk een evenwichtige toestand ontstaan, waarna het aantal gevonden carcinomen vermoedelijk zal dalen.

Van MDL-artsen mag worden gevraagd dat zij hun schaarse colonoscopiecapaciteit besteden aan goed geïndiceerde en in kader van poliepfollow-up niet te vroeg uitgevoerde colonoscopieën. Bij vermeende familiale belasting wordt soms te gemakkelijk een colonoscopie geïndiceerd. Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de door MDL-artsen uitgevoerde colonoscopieën volgens de geldende richtlijnen (nog) niet uitgevoerd hoeft te worden. Door een geplande aanpassing van de richtlijn poliepfollow-up zal er ook enige scopiecapaciteit beschikbaar komen.

Verpleegkundig endoscopist

Tot slot: de in september 2012 startende en slechts twaalf maanden durende opleiding tot verpleegkundig endoscopist zal op redelijk korte termijn de endoscopische nood enigszins gaan lenigen. Er zullen in de opleiding jaarlijks ongeveer 30 endoscopieassistenten worden opgeleid die alleen onder supervisie van een MDL-arts mogen (colo)scopiëren. De opgeleide verpleegkundig endoscopist zal in de toekomst, in tegenstelling tot verpleegkundig specialisten en physician assistants, niet in staat worden gesteld om zelfstandig praktijk te voeren en zelfstandig te declareren.

Wanneer een getraind verpleegkundig endoscopist wordt gefaciliteerd om bijvoorbeeld in vier dagdelen per week 16 colonoscopieën te doen, dan worden er op jaarbasis ongeveer 640 colonoscopieën extra gedaan. Na 2014 zal het grootschalig invoeren van scopieën verricht door verpleegkundig endoscopisten in het kader van de vrije onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars mogelijk een drukkend effect hebben op het honorariumdeel van de colonoscopie, en wellicht van (grote) invloed zijn op het dagelijks werk van de MDL-arts. Meer tijd zal vrijkomen voor superviserende, poliklinische en klinische taken.

Sybrand de Boer

Beroepsbelangen Commissie NVMDL

'Heb jij je CVB al?'

Een van de pijlers van het aanstaande bevolkingsonderzoek naar darmkanker is kwaliteitscontrole. Onder auspiciën van het RIVM is het protocol 'Toelating en auditen coloscopie' tot stand gekomen. Een opvallende toelatingseis om screeningscoloscopieën te mogen uitvoeren, is het verkrijgen van een coloscopievaardigheidsbewijs (CVB). Deze eis impliceert dat de huidige opleiding tot MDL-arts niet volstaat om een screeningscoloscopie te verrichten. Het volgende betoog maakt duidelijk dat dit onwenselijk is.

Om de kwaliteit van endoscopische ingrepen te waarborgen bestaan er uitvoerige toetsingsinstrumenten zoals gebruikt bij de vijfjaarlijkse kwaliteitsvisite. Het RIVM heeft gemeend voor het bevolkingsonderzoek separate kwaliteitseisen te moeten formuleren, omdat het

Screenings Coloscopie

De initiële weerstand tegen aparte kwaliteitscertificering voor screeningscentra en screeningsendoscopisten is invoelbaar en vraagt om een inhoudelijke respons, en een gelijke lat voor allen die straks het coloscopieprogramma tot een succes moeten gaan maken: aios, verpleegkundig specialist, internist, chirurg of MDL-arts. Daarvoor even de feiten op een rij.

Ten eerste zal het bevolkingsonderzoek leiden tot ongeveer 80.000 extra coloscopieën, in een oudere populatie, met frequente co-morbiditeit, en met een ruim 40% *a priori*-kans op veelal multiple, grote adenomen en colorectaal carcinoom.

gezonde mensen betreft. Zo moet de endoscopist bij zijn coloscopieën in 90% het coecum bereiken en in 20% een poliep detecteren. Opvallend is de eis van een vaardigheidsbewijs, te verkrijgen na een tweedaagse coloscopie-opleiding. Of bovengenoemde kwaliteitseisen een plaats hebben náást de kwaliteitseisen waaraan elke andere verrichting moet voldoen, is de vraag. Het staat geenszins vast, dat het *meten en toetsen* van de vaardigheden van de endoscopist aan de hand van genoemde criteria bijdraagt aan de kwaliteit van endoscopie. Bovendien is het vreemd dat een coloscopie bij een positieve iFOBT aan strengere voorwaarden moet voldoen dan bij een reguliere patiënt. Een apart vaardigheidsbewijs voor screeningscoloscopieën overschrijdt alle grenzen der redelijkheid. Wij nemen hier stelling tegen de kwaliteitseis dat jonge klaren dienen te beschikken over een dergelijk vaardigheidsbewijs (dat ons gezien de duur van de cursus doet denken aan een golfvaardigheidsbewijs (GVB)).

Gedurende de opleiding tot MDL-arts bekwaamt de aios zich in coloscopie. Hij wordt intensief begeleid door een opleidingsteam, meestal door 1-op-1 supervisie. Er bestaan diverse toetsingsinstrumenten zoals de *Objective Structured Assessment of*

Technical Skills. Na de opleiding wordt de aios geacht over alle competenties te beschikken om als volwaardig MDL-arts aan de slag te gaan.

De jonge klare mag nu niet alleen coloscopieën verrichten, maar ook risicovolle ingrepen als pneumodilatatie bij achalasie of rubberbandligatie bij een bloedende oesofagusvarix.

Met de nieuwe regelgeving is het verrichten van coloscopie bij een deelnemer aan het bevolkingsonderzoek echter te hoog gegrepen. Een aanvullende cursus van maar liefst twee dagen biedt uitkomst. Aan de deelnemende MDL-arts zullen juist die competenties worden bijgebracht die node hebben ontbroken tijdens de voorafgaande vierjarige opleiding en onontbeerlijk zijn voor het verrichten van een screeningscoloscopie. Aan het eind van de cursus keert de deelnemer huiswaarts met het felbegeerde vaardigheidsbewijs. Nu kan hij pas echt beginnen.

De invoering van een coloscopievaardigheidsbewijs (CVB) voor jonge klaren leidt tot een tweedeling. A-endoscopisten (mèt CVB) mogen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek; B-endoscopisten (zonder CVB) mogen dit niet, terwijl ook zij door ervaren opleiders bekwaam zijn geacht tot het verrichten van eenvoudige én ingewik-

kelde endoscopische verrichtingen. Dit is niet anders te duiden dan als minachting van de opleiding tot MDL-arts door het RIVM en een impliciete devaluatie van de opleiding.

Het eventueel tegen te werpen argument dat het verkrijgen van het CVB in de praktijk weinig problemen zal opleveren voor de jonge klare, snijdt geen hout. In dat geval is het vaardigheidsbewijs verworpen tot een bureaucratisch certificaat of, in andere bewoordingen, een wassen neus.

Op grond van bovenstaande argumenten biedt de invoering van een apart vaardigheidsbewijs voor screeningscoloscopieën geen meerwaarde naast de huidige opleiding tot MDL-arts. Het verdient aanbeveling deze eis te laten vervallen voor de huidige en toekomstige aios. De overige kwaliteitseisen hebben slechts dan meerwaarde als zij gelden voor alle coloscopieën.

mr. Yvo F.C. Kortmann

mede namens het bestuur van de NVMDL i.o.:

R.W.M. Schrauwen, UMC St. Radboud
dr. M.J ter Borg, Erasmus MC
M.P.J. van den Broek, LUMC
mr. Y.F.C. Kortmann, VUmc
A.Y. Thijssen, Maastricht UMC+

Vaardigheidsbewijs versterkt opleiding MDL-arts

Ten tweede staat of valt het preventief effect van het bevolkingsonderzoek met de kwaliteit van de endoscopie, een kwaliteit die in de afgelopen jaren op basis van veel literatuur duidelijk is gedefinieerd in termen van (onder andere) colonvoorbereiding, coecumintubatie, adenoomdetectie, adenoomverwijdering, patiëntbelasting en complicaties.

Ten derde toont herhaald praktijkonderzoek, ook in Nederland, dat de huidige kwaliteit van endoscopie niet standaard voldoet aan die uit de literatuur naar voren komende criteria. Tot slot is met name in Engeland gebleken, dat een uniform certificeringsprogramma voor

endoscopie-units en endoscopisten ongeacht achtergrond een sterk kwaliteitsverhogend effect heeft.

Dit zijn de redenen waarom het RIVM bij invoering van het bevolkingsonderzoek terecht aan de NVMDL heeft gevraagd om heldere certificering, een vraag waarbij zorgverzekeraars zich nu aansluiten. Dit zal zonder twijfel ook een effect hebben op de coloscopieën buiten het bevolkingsonderzoek, waarop dezelfde kwaliteitscriteria kunnen worden toegepast. Zowel ervaren als beginnend medisch-specialisten zullen moe-

ten investeren in de kwaliteit van coloscopie. Dit betekent niet dat de criteria leiden tot een tweedeling van endoscopisten, maar wel tot een verdere verbetering van de kwaliteit van de coloscopie in Nederland.

Namens het NVMDL bestuur,
Ernst Kuipers
Lucette Schipper
Michiel Ledeboer

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen (e-publicaties) bij deze reactie.

TOELATINGSEISEN MOETEN GELIJKE BEHANDELING PATIËNTEN WAARBORGEN

Vervolgonderzoek vraagt discipline van coloscopiecentrum

“We kunnen niet anders dan voorzichtig beginnen met de communicatie over dit bevolkingsonderzoek. De gefaseerde invoering ervan laat ons geen andere keuze. Dat op zich is al een lastige boodschap. Je krijgt onherroepelijk vragen in de trant van ‘waarom hij of zij wel en ik niet?’ Dit kan gevolgen hebben voor de vraag naar het aantal zelftests, maar dat blijft gissen.”

We praten met Monique van Wieren, programmamedewerker Team invoering bevolkingsonderzoek darmkanker en Nynke van der Veen, programma-coördinator bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker van het RIVM.

Nynke van der Veen ziet duidelijk overeenkomsten tussen beide bevolkingsonderzoeken. Bij beide onderzoeken gaat het om een afgebakende leeftijdsgroep. En beide herbergen in grote lijnen dezelfde voor- en nadelen. “Dat helpt ons bij de communicatie over het bevolkingsonderzoek. Als RIVM moeten wij hierin volkomen neutraal zijn. Het RIVM is vóór noch tegen. Wij moeten zo zorgvuldig mogelijk de pro’s en contra’s van het onderzoek vermelden in de uitnodigingsbrief en de begeleidende brochure. Van ons zal men niet horen dat men móet deelnemen. Wij moeten eerlijke, evenwichtige en volledige informatie verschaffen.”

Beide onderzoeken hebben als pluspunt dat, wanneer je er vroeg bij bent en de kan-

ker in een pril stadium wordt ontdekt, de kans op genezing groot is. Maar ook de keerzijde van de medaille, de ongerustheid die optreedt wanneer mogelijk kanker is ontdekt, is kenmerkend voor beide onderzoeken. Monique van Wieren: “Het bevolkingsonderzoek is voor mensen die in principe gezond zijn. Zij hebben geen klachten. Dat beeld kan in één keer zijn veranderd en uit het niets is men ineens patiënt. Vooral dit laatste eist grote zorgvuldigheid in onze communicatie.”

Van der Veen vult aan: “Daarmee hebben we veel ervaring dankzij het baarmoederhalskankeronderzoek. Ook daar is men bij een positieve uitslag ineens patiënt.”

Nieuw voor het RIVM is, dat mannen worden uitgenodigd voor een bevolkingsonderzoek naar kanker. Het RIVM verwacht niet dat de deelname van mannen de communicatie rondom het bevolkingsonderzoek zal bemoeilijken. Om als afzender zo herkenbaar mogelijk te zijn, zal het RIVM met zijn communicatiemateriaal nauw aansluiten bij de huidige vormgeving en fotografie van de brochures en folders over de twee andere bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Of het zinvol is om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker, bepaalt men zelf. Het feit dat de voordelen opwegen tegen de nadelen en dat de te behalen gezondheidswinst groot is, wil niet zeggen

dat zulks voor iedereen geldt. Voor ieder individu kan de weging van de voor- en nadelen anders uitpakken. MDL-artsen of huisartsen kunnen bij die afweging helpen. Van der Veen: “Wij leiden alles in goede banen en communiceren zonder enige opsmuk de voor- en nadelen en over het vervolgtraject. Zo clean mogelijk, de keuze is aan de genodigde.”

Het vervolgonderzoek, de uit te voeren coloscopie, is een kwetsbaar punt binnen dit bevolkingsonderzoek. Van Wieren: “Aan een coloscopie zijn risico’s verbonden. Een fatale afloop voor de patiënt is zelfs niet ondenkbaar. Stel je voor, dat iemand overlijdt als gevolg van een coloscopie na een doorverwijzing uit het bevolkingsonderzoek. Ongeacht de oorzaak kan dit leiden tot maatschappelijke onrust over het bevolkingsonderzoek en twijfel bij de doelgroep: ‘doe ik er verstandig aan om mee te doen met het bevolkingsonderzoek?’ Om die reden stelt het RIVM kwaliteitseisen aan de centra die in aanmerking willen komen voor het doen van coloscopieën.”

Van Wieren wijst op de ‘Toelatingseisen voor de uitvoering van coloscopieën vanuit het bevolkingsonderzoek darmkanker’ die vorige maand in een brochure werden gepubliceerd. De eisen zijn onder meer tot stand gekomen in overleg met MDL-artsen, internisten en chirurgen. De gestelde kwaliteitseisen sluiten aan bij de kwaliteitsprocessen van de NVMDL. Van der Veen: “Natuurlijk is ook gebruikgemaakt van de ervaringen die we hebben opgedaan met de twee bestaande bevolkingsonderzoeken.”

De toetsing van endoscopisten is zeker niet alleen gericht op de uitvoering van een coloscopie, legt Van Wieren uit. Waar het

RIVM moet eerlijke, evenwichtige en volledige informatie verschaffen

Gefaseerde invoering dwingt tot voorzichtig beginnen met de communicatie

ook om gaat, is dat elk coloscopiecentrum eenzelfde route hanteert. Dat vraagt discipline. Men kan niet naar eigen inzichten het vervolgonderzoek inrichten en uitvoeren. De communicatie richting patiënt moet in elk centrum gelijk zijn. Overal moet eenzelfde intakegesprek plaatshebben. Een gesprek waar de voor- en nadelen van het onderzoek worden besproken en uitgelegd. “Er moeten eenduidige antwoorden zijn op vragen die de revue passeren. Natuurlijk zullen er kleine verschillen blijven, maar in zijn geheel moet elk onderzoek eenzelfde indeling hebben. Dáár gaat het om bij de toetsing van de endoscopisten: dat iedereen die met dit bevolkingsonderzoek heeft te maken, op dezelfde lijn zit. In Groningen moet het onderzoek net zo verlopen als in Maastricht.”

“Dat is ook de grote kracht van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker”, vult Van der Veen haar aan. “Overal gebeurt dit via dezelfde route.”

Met de acceptatie van een bevolkingsonderzoek heeft het RIVM veel ervaring. Van der Veen denkt dat er ongetwijfeld gevoelens van schaamte zullen optreden als het gaat om het moeten opvangen van de ontlasting, om dit dan vervolgens te moeten opsturen. “Belangrijk is om te monitoren of bepaalde subgroepen, denk aan mensen met een lage sociaal-economische status en allochtonen, belemmeringen ervaren om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker. Als dit het geval is, moeten we kijken of we door aanpassing van het voorlichtingsmateriaal deze belemmeringen kunnen wegnemen.”

Binnenkort test TNO-NIPO de voorlichtingsmaterialen die het RIVM voor dit bevolkingsonderzoek heeft ontwikkeld. Het



Nynke van der Veen, RIVM-programmacoördinator bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker:
“Van ons zal men niet horen dat men móet deelnemen.”

is de eerste stap in de optimalisering van de communicatiemiddelen. In een later stadium volgt een belevingsonderzoek waarin onder meer wordt gekeken hoe men het bevolkingsonderzoek ervaart.

Het patiënt worden bij een positieve uitslag en de mogelijke financiële gevolgen daarvan, zullen uitgebreid worden gecommuniceerd in de ‘uitslagbrief’ en in de brochure die daarbij wordt meegestuurd. Van der Veen: “Dat gebeurt nu ook met de twee andere bevolkingsonderzoeken.”

Van Wieren: “Kortom, veel zaken om rekening mee te houden in de communicatie. Voor het RIVM geldt, dat de doelgroep een



Monique van Wieren, RIVM-programmamedewerker Team invoering bevolkingsonderzoek darmkanker:
“Dáár gaat het om bij de toetsing van de endoscopisten: dat iedereen die met dit bevolkingsonderzoek heeft te maken, op dezelfde lijn zit.”

geïnformeerde keuze moet kunnen maken. Wij moeten alle facetten communiceren. Dat betekent natuurlijk aandacht voor de verwachte gezondheidswinst, maar bijvoorbeeld ook voor de risico's van een coloscopie. En dan gaat het er ook nog om wanneer en hoe de informatie moet worden aangeboden. Bij de uitnodiging staat het vervolgonderzoek nog heel ver van de genodigde af, maar toch zal hem of haar op dat moment moeten worden verteld wat hem of haar eventueel te wachten staat. Je moet zijn geïnformeerd over het hele traject om te beslissen of je wel of niet mee wilt doen aan een bevolkingsonderzoek.”

Kwaliteitseisen coloscopie: kans of crime?

In het najaar van 2013 zal het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker in Nederland van start gaan. Dit betekent dat personen van 55–75 jaar ongevraagd worden uitgenodigd voor deelname en een iFOBT thuisgestuurd krijgen.

Personen met een positieve testuitslag hebben een kans van bijna 50% om een carcinoom of een geavanceerd (groot, villos of hooggradig dysplastisch) adenoom te hebben. Hen zal daarom worden geadviseerd een coloscopie te ondergaan.¹ Deze voorafkans op belangrijke pathologie is veel groter dan bij de patiënten die wij als

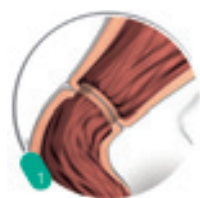
MDL-artsen in de dagelijkse praktijk zien. Deze deelnemers aan het bevolkingsonderzoek zullen vaak erg geschrokken zijn van de ongunstige en onverwachte testuitslag, waar ze bovendien niet actief om hebben gevraagd, omdat ze meestal ook geen klachten hebben. Zij moeten op ons kunnen rekenen voor een zorgvuldige omgang met hen als patiënt en natuurlijk op een kwalitatief hoogwaardige scopie.

Risico's coloscopie

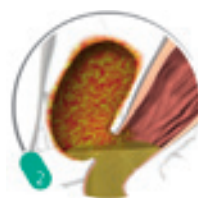
Een coloscopie is het beste onderzoek voor het opsporen van darmkanker en poliepen en biedt tevens de mogelijkheid poliepen en vroegcarcinomen meteen in dezelfde procedure te verwijderen. Een coloscopie gaat

echter wel gepaard met een aanzienlijke belasting voor de patiënt en een kans op ernstige complicaties. Helaas is de coloscopie ook niet perfect in het opsporen van poliepen en darmkanker. Na een coloscopie heeft de patiënt nog een kleine kans om in de opvolgende jaren toch een carcinoom te krijgen (een 'intervalcarcinoom'). In de afgelopen jaren is uit internationaal onderzoek gebleken dat deze kans onder andere is gerelateerd aan de adenoomdetectierate (ADR) van de endoscopist die de coloscopie doet.² Uit het zeer vele onderzoek naar de kwaliteit van de coloscopie zijn veel meer interessante en relevante gegevens naar voren gekomen. Zo is gebleken dat de proceduregerelateerde pijn negatief is gecorre-

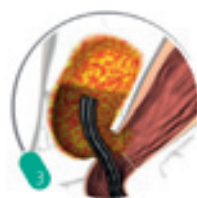
Endo-SPONGE®: 'De therapie' bij lage naadlekkage



Anastomose



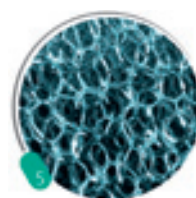
De naadlekkage met lokale infectie in het kleine bekken



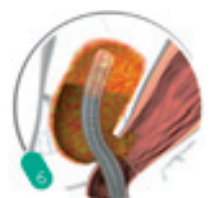
Diagnose stellen via flexibele endoscoop



De Endo-SPONGE® kan op maat worden geknipt



Polyurethane spons



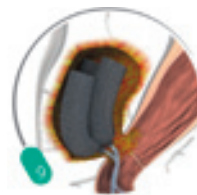
De tube gaat over de endoscoop en wordt in de holte gebracht



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 sponzen 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

leerd met de ADR, oftewel: een goede endoscopist met een hoge ADR veroorzaakt tijdens de scopie minder pijn bij de patiënt.³ Dat ook het optreden van complicaties afhankelijk is van de ervaring van de endoscopist, laat Canadees onderzoek zien. De kans op bloedingen en perforaties bleek af te nemen met een toename van het aantal jaarlijks uitgevoerde coloscopieën.⁴ En ook bleek de tijd die de endoscopist neemt om poliepen op te sporen, gecorreleerd aan het aantal adenomen dat hij vindt.⁵

Kwaliteit scopieën in Nederland

In de huidige praktijk wordt ervan uitgegaan dat de kwaliteit van de Nederlandse endoscopisten goed is. In Engeland bleek voor aanvang van het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker met de guiac-FOBT de realiteit anders, met een coecum-intubatiepercentages van nog geen 80%.⁶ Een systematisch opgezet kwaliteits- en accreditatieprogramma heeft daar geresulteerd in een indrukwekkende kwaliteitsverbetering van de coloscopie, zoals recent gepubliceerd in *Gut*.⁷ Zolang we in Nederland niet systematisch onze kwaliteit meten, is het niet mogelijk er een uitspraak over te doen. Gezien de huidige internationale literatuur over de relatie tussen kwaliteit van de procedure en de diverse risico's voor de patiënt lijkt het kunnen tonen van je kwaliteit als endoscopist een logische vereiste voor de dagelijkse praktijk. Het is daarbij te verkiezen onszelf als beroepsgroep proactief op te stellen en niet af te wachten tot de verzekeraar of een andere externe instantie zijn eigen kwaliteitscriteria aan ons oplegt. Daarbij zou het voor de scopist prettig kunnen zijn in geval van een complicatie de mogelijkheid te hebben aan te tonen dat dit niet elke maand gebeurt.

Voordelen kwaliteitsregistratie

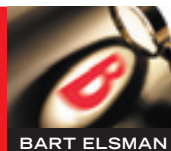
Alleen al het meten en weten van zijn eigen kwaliteit zal de endoscopist inzicht geven in zijn eigen functioneren in de dagelijkse praktijk en zal daardoor kwaliteitsverhogend werken. Ook zal de mogelijkheid worden geboden nieuwe, aanvullende of opgefriste kennis op te doen tijdens een e-learningmodule en trainingsdag, die vooral ook stimulerend en motiverend bedoeld zijn. Daarnaast zullen zowel de logistieke voorzieningen voor dit landelijke kwaliteitssysteem voor FIT-positieve coloscopieën (zoals het gestandaardiseerde endoscopie- en kwaliteitsverslag) alsook de extra kennis en inzichten ons tevens indirect de mogelijkheid bieden de kwaliteit van alle andere endoscopieën in onze dagelijkse praktijk waar mogelijk te meten en verbeteren.

Mijns inziens biedt de invoering van het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker ons een prachtige aanleiding én mogelijkheid om een goed gefundeerd systeem voor kwaliteitswaarborging van de coloscopie in onze praktijk te verkrijgen.

Evelien Dekker, MDL-arts AMC

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

COLUMN



BART ELSMAN

TYTGATMUSEUM

Vorige week bezochten we het Tytgatmuseum in het Loetschental in Zwitserland, het enige Tytgatmuseum in Europa dat op dit moment voor publiek toegankelijk is.

In overleg met de familie T. heb ik afgesproken de precieze locatie van het museum niet openbaar te maken uit angst voor een te grote belangstelling, met filevorming op de smalle toegangsweg naar het dal. Het museum is ook nog buitengewoon klein en kan maar door maximaal twee personen op hetzelfde moment worden bezocht.

Op het afgesproken tijdstip stond curator K.T. ons op te wachten voor een naast een brandweerkazerne gelegen appartementengebouw. Het museum bevond zich op de begane grond van dit gebouw en kon via de keuken worden bereikt.

In de deuropening was het vertrek van 1,5 bij 2 meter het best te overzien: links in de hoek een driehoekige bureauplank met daarop verspreide artikelen en enkele doosjes met lege diaraampjes. Ademloos bedachten we hoe hier meer dan honderd manuscripten van proefschriften waren gecorrigeerd, en duizenden artikelen, hoofdstukken en presentaties tot stand waren gekomen. Naast een bureaustoel bood het museum nog net ruimte aan een stapelbed. Guido sliep beneden en zijn echtgenote C. moest altijd met een laddertje het bovenste bed trachten te bereiken.

Ik herinnerde me, hoe vele jaren geleden het echtpaar T. met spoed naar Nederland terugreed, omdat C. door een val bij een bergwandeling een enkelfractuur had opgelopen en zij alleen maar door professor Marti geopereerd mocht worden. Bij aankomst in het AMC bleek de operateur echter in Zwitserland te zijn. Professor T. had hevige schouderpijn, omdat hij zijn echtgenote door riviertjes en watervallen heen naar het dal had gedragen. Dit verhaal was toen al ongeloofwaardig, omdat T. altijd alleen maar zat te werken en niet naar buiten kwam. Nu pas bleek, dat C. indertijd uit het stapelbed gevallen was.

We hadden het bijzondere voorrecht de nacht in het museum te mogen doorbrengen.

We hebben prima geslapen. De volgende dag stond de volgende bezoeker, collega Cyriel P., al voor de deur.

Viread™ bij chronische hepatitis B

Snelle en aanhoudende suppressie¹⁻⁴
Toenemende HBsAg seroconversie^{1,3,5}
Geen resistentie¹⁻³

Viread® labelwijziging: gebruik bij zwangerschap

Het gebruik van tenofovir disoproxilfumaat tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen¹

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

174/NL/12-01/PM/1013



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

viread™
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

right from the start

Alle poliepen naar de patholoog

Alle poliepen uit de darmkanker-screening moeten naar de patholoog, geen ontkomen aan! Niet insturen van materiaal leidt tot *missing data* en frustreert daarmee de kwaliteitsborging van de darmkankerscreening. Een bevolkingsonderzoek waaraan we met z'n allen juist zo hard aan hebben getrokken.

Met de start in september 2013 van de darmkankerscreening gaan we niet over één nacht ijs. In 2005 was er een *consensus development meeting* in Zwolle, in de jaren daarna de proefbevolkingsonderzoeken in Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam. In 2009 verscheen het advies van de Gezondheidsraad en in 2011 het rapport over de Uitvoeringstoets. Dit tekent de zorgvuldigheid waarmee het bevolkingsonderzoek naar darmkanker wordt voorbereid, een zorgvuldigheid die zeker ook het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van RIVM – dat de invoering van dit bevolkingsonderzoek coördineert – tentoonspreekt.

Kwaliteitsborging

Waarom moet het allemaal zo ingewikkeld? Het antwoord is simpel: *all screening programs do harm, some do good as well*. We zijn er met z'n allen (mag ik hopen) van overtuigd dat darmkankerscreening in die laatste categorie valt, maar we zullen het wél moeten laten zien. Natuurlijk moet het effect van screening blijken uit een lagere sterfte aan darmkanker, maar dat is pas over

vele jaren meetbaar. We zullen het dus voor de kwaliteitsborging moeten doen met *intermediate endpoints*: de laesies die bij coloscopie na positieve FIT worden verwijderd. De gouden standaard voor classificatie van deze laesies is histopathologie, endoscopische classificaties zijn hiervoor geen adequaat substituut. Die gouden standaard kan misschien nog beter, maar dat zal eerder een moleculaire classificatie zijn dan een endoscopische, en ook daarvoor moeten de laesies worden ingezonden.

Om het effect van de screening aan de hand van *intermediate endpoints* te kunnen meten, is het belangrijk dat *alle* verwijderde laesies worden ingestuurd, zodat we niet een selectiebias introduceren.

Voor sommige MDL-artsen betekent dit misschien een andere manier van werken, maar diagnostiek in het kader van een bevolkingsonderzoek is nu eenmaal anders dan in de klinische setting. Het draait primair om het effect op populatieniveau en dat effect moet dus ook op populatieniveau worden geëvalueerd. Daarvoor zijn alle data van die populatie nodig. Het niet insturen van materiaal naar de patholoog leidt tot *missing data* en frustreert de kwaliteitsborging van het bevolkingsonderzoek waaraan we met z'n allen juist zo hard aan hebben getrokken.

Kwaliteit en innovatie

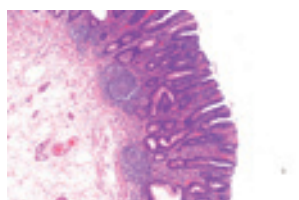
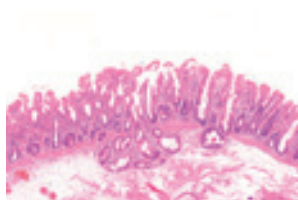
Er zijn ook nog additionele argumenten om alle laesies in te sturen. In de eerste plaats lijkt het opvangen en inzenden van poliepen door MDL-artsen mij een kleine moeite in vergelijking met de darmvoorbereiding die



Gerrit Meijer: "Diagnostiek in het kader van een bevolkingsonderzoek draait primair om het effect op populatieniveau en dat effect moet dus ook op populatieniveau worden geëvalueerd."

de patiënt moet ondergaan. Bovendien is de *adenoma detection rate* een kwaliteitsindicator die wordt gebaseerd op de pathologiediagnose; minder laesies inzenden naar de patholoog betekent automatisch een lagere ADR. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad in haar advies aangegeven dat het bevolkingsonderzoek zó moet worden ingericht dat innovatie van de screening zo veel mogelijk wordt gefaciliteerd. Voor onderzoek naar nieuwe testen vormen de gestructureerde endoscopie- en pathologiegegevens in de landelijke database in combinatie met de weefselblokken in pathologiearchieven een bron van onschatbare waarde voor dit onderzoek. Het is misschien dus even wennen, maar er is geen ontkomen aan: alle verwijderde laesies in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker zullen moeten worden ingezonden.

Gerrit A. Meijer
Hoogleraar pathologie
Hoofd afdeling Pathologie VUmc





Met aanhoudende remissie gaat het leven verder¹



Voor



Na



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



HUMIRA[®]

adalimumab

Aanhoudende remissie¹

Productinformatie elders in dit tijdschrift



Abbott
A Promise for Life

OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE DOCUMENTEN EN WEBSITES MET ACTUELE INFORMATIE

Zó blijft u geïnformeerd

Rapport Gezondheidsraad 17 november 2009

<http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/bevolkingsonderzoek-naar-darmkanker>

Aan de basis staat het rapport van de Gezondheidsraad uit 2009. Hierin wordt een positief advies gegeven aan de toenmalige minister van VWS over de uitvoering van de darmkankerscreening. In dit rapport wordt uitgebreid ingegaan op de achtergronden, de stand van zaken in andere landen, de diverse methoden van screening, de gezondheidswinst en wordt aan de hand van uitgebreid literatuuronderzoek een advies gegeven over de organisatie zoals deze in Nederland zou moeten worden uitgevoerd.

Antwoord minister van VWS 16 februari 2010

<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/02/16/standpunt-darmkankerscreening/pg-2984840.pdf>

Naar aanleiding van dit advies heeft de minister een positief advies gegeven en het RIVM de opdracht gegeven een uitvoeringstoets op te stellen.

Rapport uitvoeringstoets RIVM 8 maart 2011

http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Uitvoeringstoets_bevolkingsonderzoek_naar_darmkanker_Opsporing_van_darmkanker_in_praktijk_gebracht

Het RIVM heeft een werkgroep samengesteld, waarin alle betrokken partijen zitting hadden. De overheid, verzekeraars, medische beroepsgroepen en patiëntenverenigingen hebben meegewerkt aan de Uitvoeringstoets. Volgens dit rapport zal bij de voorgestelde screeningsmethode en invoeringswijze tijdelijk een capaciteitstekort ontstaan, maar kan de screening uiteindelijk door de bestaande centra worden geabsorbeerd.

Advies darmkankerscreening in Nederland: implementatie

Op verzoek van de NVMDL is een commissie aan het werk gezet, onder leiding van ondergetekende, om een inventarisatie te maken van de capaciteit en niveau van kwaliteit in Nederland op het gebied van endoscopieën en de centra waar deze zouden kunnen worden uitgevoerd. Dit rapport is op te vragen via de NVMDL (secretariaat@mdl.nl).

Capaciteit: vul de enquête in!

Over de capaciteit en vooral de 'restcapaciteit' is weinig bekend. In Amsterdam (VUmc) en in Rotterdam (Erasmus MC) is onderzoek gedaan naar aspecten hiervan. Diverse proefschriften zijn verschenen die ons beter inzicht geven. Gezien het tijdelijke karakter van deze 'overvraag' en de gefaseerde invoering van de screening lijkt het goed mogelijk deze te realiseren met de huidige endoscopiefaciliteiten. Maar toch weten wij niet hoeveel coloscopieën er door de ongeveer 100 endoscopiecentra in Nederland kunnen worden geabsorbeerd. Op verzoek van de NVMDL voert het VUmc nu een enquête uit om meer inzicht te krijgen. Ik hoop dat alle betrokken centra deze enquête snel en volledig zullen invullen. Daarnaast kwam naar voren, dat er nog veel geregeld moet worden op het gebied van protocollering en auditing alvorens te starten met de screening. Richtlijnen en protocollen moeten worden gereviseerd en opgesteld.

Protocol toelating en auditing coloscopiecentra en endoscopisten

www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl/professionals

Dit protocol is het eindresultaat van de RIVM-werkgroep Kwaliteit en capaciteit. Hierin worden zowel de toelatingseisen als de auditseisen gesteld waaraan centra en endoscopisten moeten voldoen. Daarnaast is een brochure beschikbaar met een samenvatting.

Via deze site kan men ook aanklikken op de voorlichtingsavonden die per regio worden gehouden. Hierbij kan men zich aanmelden voor deze avonden en tevens een afspraak maken met de regiocoördinator.

Nieuwsbrieven RIVM

www.bevolkingsonderzoeknaarkanker.nl

www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl

Het RIVM geeft periodiek een nieuwsbrief uit, die is te vinden via bovenstaande websites.

Michiel van Haastert, Voorzitter Commissie Implementatie CRC-screening

U vindt dit artikel ook op www.mdl.nl/MAGMA. Vandaaruit kunt u direct doorklikken naar de gewenste informatie.

PENTAX

MEDICAL

Excellence in focus

Duidelijk. Eenvoud. Onderscheidend.

Toonaangevend & leidend in flexibele HD Endoscopie

Wat is het meest belangrijke aspect van endoscopie?

U wilt afwijkingen zo snel mogelijk opsporen en definiëren!

Het antwoord is dus: detectie.

Onze eerste doelstelling om dit te bereiken is - om met behulp van optimale belichting, excellente beeldkwaliteit en virtuele chromo-endoscopie - ervoor te zorgen u het beste product aan te bieden dat over de allernieuwste beeldtechnologie beschikt..

Kom op onze stand tijdens het UEGW te Amsterdam, van 20 tot 24 oktober aanstaande, om meer te weten over de opmerkelijke kenmerken van de nieuwe EPK-i7000.



PENTAX Nederland B.V.

Lage Mosten 35

4822 NK Breda – Nederland

Tel : 076 – 531 30 31

Fax : 076 – 531 30 00

E-mail : Lifecare@pentax.nl

Website : www.pentaxmedical.com



FECAL INCONTINENTIE

Lange wachttijden voor sacrale zenuwstimulatie

Cor Baeten verricht baanbrekend werk voor de behandeling van fecale incontinentie. De hoogleraar Colorectale Chirurgie in het Academisch Medisch Centrum Maastricht betreurt het feit dat de relatief nieuwe en effectieve techniek van sacrale zenuwstimulatie slechts op twee plaatsen in Nederland wordt toegepast. Dit leidt tot lange wachttijden.

Cor Baeten is sinds dit voorjaar Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Het persbericht van het AZM bij de uitreiking van de onderscheiding meldde, dat hij “als eerste ter wereld een kunstanus heeft gemaakt met behulp van een spier uit het bovenbeen.” Met deze techniek – de dynamische gracilisplastiek – heeft hij “nationaal en internationaal grote bekendheid verworven.

Hij wordt wereldwijd gezien als dé expert op dit gebied.” Volgens hetzelfde bericht behaalt hij op dit moment ‘indrukwekkende resultaten’ met de zogenoemde ‘sacrale zenuwstimulatie’.

Dynamische gracilisplastiek

Baeten ontwikkelde de dynamische gracilisplastiek begin jaren negentig van de vorige eeuw. De techniek bood een alternatief ingeval conservatieve behandelingen met dieetmaatregelen, medicijnen en biofeedbacktherapie niet het gewenste effect hadden. “Bij de gracilisplastiek maken we gebruik van een spier uit het bovenbeen, de gracilis, die een tot nu toe onbekende functie heeft”, aldus Baeten. “De gracilis kunnen we mooi om de anus leiden. Maar de spier kan alleen fors en kortdurend aanspannen en dus niet zonder meer als sluitspier fungeren. Daarom plaatsen we een neurostimulator. Deze bestaat uit twee delen. Het ene deel implanteren we onder

de huid. Het andere is een afstandsbediening buiten het lichaam waarmee de patiënt de stimulatie kan aanzetten of uitzetten (om te ontlasten).”

De dynamische gracilisplastiek leidt niet in alle gevallen tot een positief resultaat. Bij circa dertig procent van de patiënten veroorzaakt de ingreep problemen. Zij krijgen last van infecties of ernstige constipatie. Baeten: “In zulke gevallen moeten we de pacemaker weer verwijderen. De patiënt rest dan niets anders dan te leren leven met het grote ongemak of een stoma te accepteren. In die gevallen kan vaak sacrale neurostimulatie soelaas bieden.” Gezien deze ervaringen wordt gracilisplastiek nog maar weinig toegepast en dan uitsluitend voor patiënten met grote sfinxterdefecten.

Sacrale zenuwstimulatie

De SNS-techniek is oorspronkelijk ontwikkeld door urologen met belangstelling voor stimulatietechnieken. Vanaf 1994 werd de techniek steeds vaker toegepast voor de

behandeling van fecale incontinentie, eerst in Duitsland. Cor Baeten gebruikt de techniek sinds het jaar 2000. Ook het Erasmus MC (Ruud Schouten en Muriel Darby) voert de operatie sindsdien, op beperktere schaal, uit.

Bij sacrale zenuwstimulatie (SNS) krijgen patiënten een pacemaker in de bil geïmplanterd. Via een bestaand gaatje in het sacrum prikkelt een elektrode de zenuwbanen die leiden naar blaas, endeldarm en bekkenbodem. Voordeel van SNS ten opzichte van de gracilisplastiek is de grote simplicitéit en het weinig voorkomen van complicaties. In Nederland worden nu jaarlijks ongeveer vijftig SNS-ingrepen toegepast. Daarvoor bestaat een lange wachttijd van gemiddeld drie maanden, als gevolg van het tekort aan operatietijd in alle academische ziekenhuizen.

Baeten: “Fecale incontinentie is voor patiënten een moeilijke aandoening waarop ook een taboe rust. Ze raken volledig geïsoleerd en durven nauwelijks nog de deur uit. De verzekeringsmaatschappijen staan achter de SNS-behandeling en vergoeden deze ook. Het is wel van belang dat de ingreep voorbehouden blijft aan de ernstigste gevallen. Patiënten moeten deze behandeling pas krijgen als is gebleken dat conservatieve maatregelen niet helpen.”

Fecale incontinentie is voor patiënten een moeilijke aandoening

NU OOK
IN NEDERLAND

Een nieuwe kijk op een schoon colon



Klein volume medicijn met *lekkere smaak*^{2,4,5}
Schoon colon: tweevoudig werkingsmechanisme¹⁻⁵

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 elektrolyten 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: overgevoeligheidsreacties, hyponatriëmie en hypo-kaliëmie, aftoedvormige 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

Geen ego's maar teamspelers

In de opleiding tot MDL-arts wordt de nadruk gelegd op het verwerven van inhoudelijke kennis. Bij de praktische uitoefening van ons vak zijn communicatie en het tonen van leidinggevende kwaliteiten essentieel. AIOS-MDL en medisch specialisten oefenen hun leiderschap grotendeels operationeel uit. Bij endoscopieprocedures bijvoorbeeld sturen zij direct aan en organiseren/superviseren zij de dagelijkse werkzaamheden van medewerkers.

Uit gesprekken met onze AIOS bleek dat bij hun opleiding nooit expliciet aandacht aan leidinggeven wordt besteed. Formeel maakt het verwerven van leiderschapscapaciteiten geen deel uit van het opleidingscurriculum. AIOS vinden het echter wel belangrijk: in

hun volgende baan moeten ze op de werkvloer immers direct leidinggeven.

Als Nijmeegse opleiders zijn we in dit gat gesprongen en bieden we onze AIOS een cursus over operationeel leidinggeven aan. Uniek is, dat deze cursus is ontwikkeld door de bedrijfsleider van onze afdeling MDL met als uitgangspunt de wensen van AIOS MDL.

De cursisten krijgen een assessment waarin hun sterke kanten maar ook verbeterpunten duidelijk worden. Het testresultaat wordt met de AIOS besproken, zodat ze inzicht krijgen in hun eigen functioneren. Hierdoor kan de AIOS effectiever optreden. Ook worden ze bijgeschoold volgens de principes van *crew resource management*, waarbij

veel aandacht is voor werken en beslissen binnen een team. Als ze deze principes volgen, kunnen AIOS sneller corrigerend optreden, waardoor het aantal fouten afneemt. Voor een vak met zo veel invasieve procedures niet onbelangrijk!

De eerste cursus is met veel enthousiasme ontvangen. Wij hopen dat wij als afdeling MDL van het UMC St. Radboud op deze wijze MDL-artsen opleiden tot zelfbewuste teamspelers.

Jessica Vogel, bedrijfsleider

Mariëtte C.A. van Kouwen, MDL-arts,

plaatsvervangend opleider

Joost P.H. Drenth, MDL-arts, opleider

Radboud Universitair Medisch Centrum

OPROEP

Conservatieve behandeling of electieve resectie bij diverticulitis

Kent u de patiënt op de poli met diverticulitis, de frequente bezoeker met recidiverende en/of lang aanhoudende klachten? Conservatief doorbehandelen of naar de chirurg? De ideale patiënt voor de DIRECT-trial!

Een aanzienlijk deel (± 50%) van de patiënten met diverticulitis behoudt klachten na een doorgemaakte, conservatief behandelde episode. Ook ontwikkelt 20% van de patiënten binnen een korte periode meerdere recidieven en zijn zij tussen de recidieven ook niet klachtenvrij. Persisterende klachten en frequente recidieven verminderen de kwaliteit van leven van de patiënt en leiden tot een kostenpost in de zorg van alleen al in Nederland € 40–80 miljoen per jaar. Een electieve resectie van het aangedane colonsegment geeft vermindering van persisterende klachten en verkleint de kans op een recidief. Daartegenover staat dat patiënten risico lopen per- en postoperatieve complicaties te ontwikkelen. Met conservatieve therapie kan een operatie worden vermeden.

Beide behandelingsopties hebben dus duidelijke voor- en nadelen.

Middels een gerandomiseerde klinische trial (gestart in 2010) onderzoeken wij primair welke van de twee behandelingsmogelijkheden bij patiënten met persisterende buikklachten en/of frequente recidieven na een conservatief behandelde diverticulitis – conservatieve therapie of electieve resectie van het aangedane colonsegment – leidt tot een betere kwaliteit van leven. De secundaire eindpunten zijn morbiditeit, mortaliteit en totale kosten.

Oproep DIRECT-trial

Momenteel zijn landelijk 27 centra aangesloten en hebben wij 50 patiënten geïncludeerd in de DIRECT-trial. Het is echter een lastig te definiëren patiëntengroep en het moment van verwijzing is cruciaal. Wij willen u dan ook vragen aan ons te denken op de poli! Ga voor meer informatie naar www.direct-trial.nl of stel uw vraag aan Marguerite Stam, studiecoördinator, per mail: maw.stam@meandermc.nl of

telefoon: (033) 850 1181. U kunt dag én nacht contact met ons opnemen.

Marguerite Stam,

Hoofdonderzoeker DIRECT-trial

Inclusiecriteria

- 18–75 jaar
- Persisterende klachten en/of frequente recidieven na een **geobjectiveerde episode diverticulitis**.

Persisterende klachten

- Persisterende pijnklachten in linker onderbuik en/of wisselend defecatiepatroon en/of bloedverlies
- Symptomen > 3 maanden
- Afwijkingen darmwand bij recent radiologisch-endoscopisch onderzoek.

Frequente recidieven

- ≥ 3 episoden diverticulitis binnen 2 jaar
- Interval > 3 maanden.



We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.¹

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

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

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



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

Vroege chirurgie versus stapsgewijze behandeling voor chronische pancreatitis

De Pancreatitis Werkgroep Nederland (PWN)

is recent gestart met een gerandomiseerd onderzoek bij patiënten met chronische pancreatitis om de effectiviteit van vroege chirurgische interventie te vergelijken met die van de huidige stapsgewijze – analgetica, endoscopie, operatie – behandeling. Ofwel: de ESCAPE-trial, *Early Surgery versus optimal Current step-up Approach for chronic Pancreatitis* (ISRCTN45877994).

De moeilijkst te behandelen klacht bij patiënten met chronische pancreatitis (CP) is ernstige, invaliderende pijn.¹⁻² De huidige behandeling bestaat uit een stapsgewijs beleid: eerst wordt met medicamenteuze therapie getracht de pijn te verlichten; bij onvoldoende behandelrespons wordt overgegaan tot endoscopische interventie.³⁻⁴ Chirurgische behandeling is de laatste

stap, wanneer andere behandelingen hebben gefaald. Diverse, niet-gerandomiseerde, studies suggereren dat in een vroeg stadium opereren voordelig is, zowel voor de behandeling van pijn als voor het behoud van de pancreasfunctie.⁵⁻¹³

De incidentie van chronische pancreatitis is laag en het is voor de representativiteit van de studie van groot belang zo min mogelijk patiënten voor de studie verloren te doen gaan.

Het succes van ESCAPE hangt af van de bereidheid van alle betrokken specialisten om deze patiënten in een vroeg stadium aan te melden, dat wil zeggen: vóórdat wordt overgegaan op opioïden of endoscopische behandeling.

De studie is mogelijk door subsidies van

ZonMw en de Maag Lever Darm Stichting.

Oproep ESCAPE-trial

Wij vragen u alle patiënten met chronische pancreatitis in een vroeg stadium aan te melden bij de PWN via www.pancreatitis.nl.

Pancreatitis Werkgroep Nederland

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen en de leden van de Pancreatitis Werkgroep Nederland.



Verkorte productinformatie Humira® (jul 2012). **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 methotrefaat of als monotherapie in geval van intolerantie voor methotrefaat of wanneer voorafgaande behandeling met methotrefaat onvoldoende is. Het gebruik van Humira® is niet onderzocht bij kinderen jonger dan 5 jaar. **Actie:** spondylitis ankylopoietica (AS) Humira® is ook toegestaan voor de behandeling van endogene spondylitis ankylopoietica bij volwassenen die onvoldoende gereageerd hebben op conventionele therapie. **Bijwerkingen:** Bijwerkingen zijn: infecties, waaronder opportunistische infecties, zoals pneumonie, mycobacteriële infecties, tuberculose, histoplasmosis, listeriose, toxoplasmosis, cryptosporidiose, cytomegalovirus (CMV), varicella-zoster virus (VZV), hepatitis B, hepatitis C, hepatitis E, hepatitis A, hepatitis D, hepatitis G, hepatitis K, hepatitis L, hepatitis M, hepatitis N, hepatitis O, hepatitis P, hepatitis Q, hepatitis R, hepatitis S, hepatitis T, hepatitis U, hepatitis V, hepatitis W, hepatitis X, hepatitis Y, hepatitis Z, hepatitis AA, hepatitis AB, hepatitis AC, hepatitis AD, hepatitis AE, hepatitis AF, hepatitis AG, hepatitis AH, hepatitis AI, hepatitis AJ, hepatitis AK, hepatitis AL, hepatitis AM, hepatitis AN, hepatitis AO, hepatitis AP, hepatitis AQ, hepatitis AR, hepatitis AS, hepatitis AT, hepatitis AU, hepatitis AV, hepatitis AW, hepatitis AX, hepatitis AY, hepatitis AZ, hepatitis BA, hepatitis BB, hepatitis BC, hepatitis BD, hepatitis BE, hepatitis BF, hepatitis BG, hepatitis BH, hepatitis BI, hepatitis BJ, hepatitis BK, hepatitis BL, hepatitis BM, hepatitis BN, hepatitis BO, hepatitis BP, hepatitis BQ, hepatitis BR, hepatitis BS, hepatitis BT, hepatitis BU, hepatitis BV, hepatitis BW, hepatitis BX, hepatitis BY, hepatitis BZ, hepatitis CA, hepatitis CB, hepatitis CC, hepatitis CD, hepatitis CE, hepatitis CF, hepatitis CG, hepatitis CH, hepatitis CI, hepatitis CJ, hepatitis CK, hepatitis CL, hepatitis CM, hepatitis CN, hepatitis CO, hepatitis CP, hepatitis CQ, hepatitis CR, hepatitis CS, hepatitis CT, hepatitis CU, hepatitis CV, hepatitis CW, hepatitis CX, hepatitis CY, hepatitis CZ, hepatitis DA, hepatitis DB, hepatitis DC, hepatitis DD, hepatitis DE, hepatitis DF, hepatitis DG, hepatitis DH, hepatitis DI, hepatitis DJ, hepatitis DK, hepatitis DL, hepatitis DM, hepatitis DN, hepatitis DO, hepatitis DP, hepatitis DQ, hepatitis DR, hepatitis DS, hepatitis DT, hepatitis DU, hepatitis DV, hepatitis DW, hepatitis DX, hepatitis DY, hepatitis DZ, hepatitis EA, hepatitis EB, hepatitis EC, hepatitis ED, hepatitis EE, hepatitis EF, hepatitis EG, hepatitis EH, hepatitis EI, hepatitis EJ, hepatitis EK, hepatitis EL, hepatitis EM, hepatitis EN, hepatitis EO, hepatitis EP, hepatitis EQ, hepatitis ER, hepatitis ES, hepatitis ET, hepatitis EU, hepatitis EV, hepatitis EW, hepatitis EX, hepatitis EY, hepatitis EZ, hepatitis FA, hepatitis FB, hepatitis FC, hepatitis FD, hepatitis FE, hepatitis FF, hepatitis FG, hepatitis FH, hepatitis FI, hepatitis FJ, hepatitis FK, hepatitis FL, hepatitis FM, hepatitis FN, hepatitis FO, hepatitis FP, hepatitis FQ, hepatitis FR, hepatitis FS, hepatitis FT, hepatitis FU, hepatitis FV, hepatitis FW, hepatitis FX, hepatitis FY, hepatitis FZ, hepatitis GA, hepatitis GB, hepatitis GC, hepatitis GD, hepatitis GE, hepatitis GF, hepatitis GG, hepatitis GH, hepatitis GI, hepatitis GJ, hepatitis GK, hepatitis GL, hepatitis GM, hepatitis GN, hepatitis GO, hepatitis GP, hepatitis GQ, hepatitis GR, hepatitis GS, hepatitis GT, hepatitis GU, hepatitis GV, hepatitis GW, hepatitis GX, hepatitis GY, hepatitis GZ, hepatitis HA, hepatitis HB, hepatitis HC, hepatitis HD, hepatitis HE, hepatitis HF, hepatitis HG, hepatitis HH, hepatitis HI, hepatitis HJ, hepatitis HK, hepatitis HL, hepatitis HM, hepatitis HN, hepatitis HO, hepatitis HP, hepatitis HQ, hepatitis HR, hepatitis HS, hepatitis HT, hepatitis HU, hepatitis HV, hepatitis HW, hepatitis HX, hepatitis HY, hepatitis HZ, hepatitis IA, hepatitis IB, hepatitis IC, hepatitis ID, hepatitis IE, hepatitis IF, hepatitis IG, hepatitis IH, hepatitis II, hepatitis IJ, hepatitis IK, hepatitis IL, hepatitis IM, hepatitis IN, hepatitis IO, hepatitis IP, hepatitis IQ, hepatitis IR, hepatitis IS, hepatitis IT, hepatitis IU, hepatitis IV, hepatitis IW, hepatitis IX, hepatitis IY, hepatitis IZ, hepatitis JA, hepatitis JB, hepatitis JC, hepatitis JD, hepatitis JE, hepatitis JF, hepatitis JG, hepatitis JH, hepatitis JI, hepatitis JJ, hepatitis JK, hepatitis JL, hepatitis JM, hepatitis JN, hepatitis JO, hepatitis JP, hepatitis JQ, hepatitis JR, hepatitis JS, hepatitis JT, hepatitis JU, hepatitis JV, hepatitis JW, hepatitis JX, hepatitis JY, hepatitis JZ, hepatitis KA, hepatitis KB, hepatitis KC, hepatitis KD, hepatitis KE, hepatitis KF, hepatitis KG, hepatitis KH, hepatitis KI, hepatitis KJ, hepatitis KK, hepatitis KL, hepatitis KM, hepatitis KN, hepatitis KO, hepatitis KP, hepatitis KQ, hepatitis KR, hepatitis KS, hepatitis KT, hepatitis KU, hepatitis KV, hepatitis KW, hepatitis KX, hepatitis KY, hepatitis KZ, hepatitis LA, hepatitis LB, hepatitis LC, hepatitis LD, hepatitis LE, hepatitis LF, hepatitis LG, hepatitis LH, hepatitis LI, hepatitis LJ, hepatitis LK, hepatitis LL, hepatitis LM, hepatitis LN, hepatitis LO, hepatitis LP, hepatitis LQ, hepatitis LR, hepatitis LS, hepatitis LT, hepatitis LU, hepatitis LV, hepatitis LW, hepatitis LX, hepatitis LY, hepatitis LZ, hepatitis MA, hepatitis MB, hepatitis MC, hepatitis MD, hepatitis ME, hepatitis MF, hepatitis MG, hepatitis MH, hepatitis MI, hepatitis MJ, hepatitis MK, hepatitis ML, hepatitis MN, hepatitis MO, hepatitis MP, hepatitis MQ, hepatitis MR, hepatitis MS, hepatitis MT, hepatitis MU, hepatitis MV, hepatitis MW, hepatitis MX, hepatitis MY, hepatitis MZ, hepatitis NA, hepatitis NB, hepatitis NC, hepatitis ND, hepatitis NE, hepatitis NF, hepatitis NG, hepatitis NH, hepatitis NI, hepatitis NJ, hepatitis NK, hepatitis NL, hepatitis NM, hepatitis NO, hepatitis NP, hepatitis NQ, hepatitis NR, hepatitis NS, hepatitis NT, hepatitis NU, hepatitis NV, hepatitis NW, hepatitis NX, hepatitis NY, hepatitis NZ, hepatitis OA, hepatitis OB, hepatitis OC, hepatitis OD, hepatitis OE, hepatitis OF, hepatitis OG, hepatitis OH, hepatitis OI, hepatitis OJ, hepatitis OK, hepatitis OL, hepatitis OM, hepatitis ON, hepatitis OP, hepatitis OQ, hepatitis OR, hepatitis OS, hepatitis OT, hepatitis OU, hepatitis OV, hepatitis OW, hepatitis OX, hepatitis OY, hepatitis OZ, hepatitis PA, hepatitis PB, hepatitis PC, hepatitis PD, hepatitis PE, hepatitis PF, hepatitis PG, hepatitis PH, hepatitis PI, hepatitis PJ, hepatitis PK, hepatitis PL, hepatitis PM, hepatitis PN, hepatitis PO, hepatitis PP, hepatitis PQ, hepatitis PR, hepatitis PS, hepatitis PT, hepatitis PU, hepatitis PV, hepatitis PW, hepatitis PX, hepatitis PY, hepatitis PZ, hepatitis QA, hepatitis QB, hepatitis QC, hepatitis QD, hepatitis QE, hepatitis QF, hepatitis QG, hepatitis QH, hepatitis QI, hepatitis QJ, hepatitis QK, hepatitis QL, hepatitis QM, hepatitis QN, hepatitis QO, hepatitis QP, hepatitis QQ, hepatitis QR, hepatitis QS, hepatitis QT, hepatitis QU, hepatitis QV, hepatitis QW, hepatitis QX, hepatitis QY, hepatitis QZ, hepatitis RA, hepatitis RB, hepatitis RC, hepatitis RD, hepatitis RE, hepatitis RF, hepatitis RG, hepatitis RH, hepatitis RI, hepatitis RJ, hepatitis RK, hepatitis RL, hepatitis RM, hepatitis RN, hepatitis RO, hepatitis RP, hepatitis RQ, hepatitis RR, hepatitis RS, hepatitis RT, hepatitis RU, hepatitis RV, hepatitis RW, hepatitis RX, hepatitis RY, hepatitis RZ, hepatitis SA, hepatitis SB, hepatitis SC, hepatitis SD, hepatitis SE, hepatitis SF, hepatitis SG, hepatitis SH, hepatitis SI, hepatitis SJ, hepatitis SK, hepatitis SL, hepatitis SM, hepatitis SN, hepatitis SO, hepatitis SP, hepatitis SQ, hepatitis SR, hepatitis SS, hepatitis ST, hepatitis SU, hepatitis SV, hepatitis SW, hepatitis SX, hepatitis SY, hepatitis SZ, hepatitis TA, hepatitis TB, hepatitis TC, hepatitis TD, hepatitis TE, hepatitis TF, hepatitis TG, hepatitis TH, hepatitis TI, hepatitis TJ, hepatitis TK, hepatitis TL, hepatitis TM, hepatitis TN, hepatitis TO, hepatitis TP, hepatitis TQ, hepatitis TR, hepatitis TS, hepatitis TT, hepatitis TU, hepatitis TV, hepatitis TW, hepatitis TX, hepatitis TY, hepatitis TZ, hepatitis UA, hepatitis UB, hepatitis UC, hepatitis UD, hepatitis UE, hepatitis UF, hepatitis UG, hepatitis UH, hepatitis UI, hepatitis UJ, hepatitis UK, hepatitis UL, hepatitis UM, hepatitis UN, hepatitis UO, hepatitis UP, hepatitis UQ, hepatitis UR, hepatitis US, hepatitis UT, hepatitis UU, hepatitis UV, hepatitis UW, hepatitis UX, hepatitis UY, hepatitis UZ, hepatitis VA, hepatitis VB, hepatitis VC, hepatitis VD, hepatitis VE, hepatitis VF, hepatitis VG, hepatitis VH, hepatitis VI, hepatitis VJ, hepatitis VK, hepatitis VL, hepatitis VM, hepatitis VN, hepatitis VO, hepatitis VP, hepatitis VQ, hepatitis VR, hepatitis VS, hepatitis VT, hepatitis VU, hepatitis VV, hepatitis VW, hepatitis VX, hepatitis VY, hepatitis VZ, hepatitis WA, hepatitis WB, hepatitis WC, hepatitis WD, hepatitis WE, hepatitis WF, hepatitis WG, hepatitis WH, hepatitis WI, hepatitis WJ, hepatitis WK, hepatitis WL, hepatitis WM, hepatitis WN, hepatitis WO, hepatitis WP, hepatitis WQ, hepatitis WR, hepatitis WS, hepatitis WT, hepatitis WU, hepatitis WV, hepatitis WX, hepatitis WY, hepatitis WZ, hepatitis XA, hepatitis XB, hepatitis XC, hepatitis XD, hepatitis XE, hepatitis XF, hepatitis XG, hepatitis XH, hepatitis XI, hepatitis XJ, hepatitis XK, hepatitis XL, hepatitis XM, hepatitis XN, hepatitis XO, hepatitis XP, hepatitis XQ, hepatitis XR, hepatitis XS, hepatitis XT, hepatitis XU, hepatitis XV, hepatitis XW, hepatitis XX, hepatitis XY, hepatitis XZ, hepatitis YA, hepatitis YB, hepatitis YC, hepatitis YD, hepatitis YE, hepatitis YF, hepatitis YG, hepatitis YH, hepatitis YI, hepatitis YJ, hepatitis YK, hepatitis YL, hepatitis YM, hepatitis YN, hepatitis YO, hepatitis YP, hepatitis YQ, hepatitis YR, hepatitis YS, hepatitis YT, hepatitis YU, hepatitis YV, hepatitis YW, hepatitis YX, hepatitis YY, hepatitis YZ, hepatitis ZA, hepatitis ZB, hepatitis ZC, hepatitis ZD, hepatitis ZE, hepatitis ZF, hepatitis ZG, hepatitis ZH, hepatitis ZI, hepatitis ZJ, hepatitis ZK, hepatitis ZL, hepatitis ZM, hepatitis ZN, hepatitis ZO, hepatitis ZP, hepatitis ZQ, hepatitis ZR, hepatitis ZS, hepatitis ZT, hepatitis ZU, hepatitis ZV, hepatitis ZW, hepatitis ZX, hepatitis ZY, hepatitis ZZ.

Verkorte SPC MOVIPREP® / MOVIPREP® Orange

Naam van het geneesmiddel MOVIPREP®, poeder voor drank; MOVIPREP® Orange, poeder voor drank. **Registratiehouder** Norgine BV, Hogehilweg 7, Amsterdam. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** De bestanddelen van MOVIPREP®/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. MOVIPREP® bevat 0,233 g aspartaam per sachet A; MOVIPREP® Orange bevat 0,175 g aspartaam en 0,120 g dextrose per sachet A. **Farmacotherapeutische groep** Osmotisch laxans voor colonlaxage. **Farmacologische 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 maaglediging (bijvoorbeeld gastroparese), ileus, fenyktonurie (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 bewustelose patiënten. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Diarree is een verwacht effect dat te wijten is aan het gebruik van MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange. MOVIPREP®/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®/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 (bijvoorbeeld oedeem, kortademigheid, toegenomen vermoeidheid, hartinsufficiëntie), moeten de plasma-elektrolyten gemeten worden en moet elke afwijking op gepaste wijze behandeld worden. Bij verzakte 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®/MOVIPREP® Orange vertragen of tijdelijk stop zetten en moeten zij hun arts raadplegen. MOVIPREP® Orange mag niet gebruikt worden door patiënten met zeldzame glucose-galactose malabsorptie. **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 slaapproblemen 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. **Immuunsysteemandoeningen** Niet bekend anafylactische reacties. **Psychische stoornissen** Vaak slaapproblemen. **Zenuwstelselandoeningen** Vaak duizeligheid, hoofdpijn. Niet bekend convulsies geassocieerd met ernstige hyponatriëmie. **Hartaandoeningen** Niet bekend transiente toename van de bloeddruk. **Maagdarmstelselandoeningen** Zeer vaak abdominale pijn, misselijkheid, abdominale uitzetting, anaal ongemak. Vaak braken, dyspepsie. **Soms** dysfagie. Niet bekend flatulentie, kolkalzen. **Lever- en galblaandoeningen** Soms abnormale leverfunctietesten. **Huid- en onderhuidsandoeningen** Niet bekend pruritus, urticaria, rash. **Algemene aandoeningen en toedieningsomstandigheden** Zeer vaak malaise. Vaak ilingen, dorst, honger. **Soms** ongemak. **Onderzoek** Niet bekend Elektrolytverstoreningen waaronder verlaagde bicarbonaatconcentratie in het bloed, hyper- en hypocalciëmie, hyposfatemie, hypokaliëmie en, hyponatriëmie (deze laatste twee verstoringen komen 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** juli 2012. Volledige SPC op aanvraag verkrijgbaar.

POST-DISCHARGE NUTRITIONAL SUPPORT IN MALNOURISHED ILL ELDERLY PATIENTS. EFFECTIVENESS AND COST-EFFECTIVENESS

F. Neelemaat, Vrije Universiteit Amsterdam, 20 juni 2012



Met de vergrijzing neemt het aantal uitdagingen binnen de gezondheidszorg toe. Ondervoeding is één van die uitdagingen. Een specifieke voedingstherapie zou de negatieve gevolgen van ondervoeding kunnen tegengaan.

Deze studie onderzoekt de effecten en de kosten van deze therapie. Ondervoede, oudere patiënten die waren

opgenomen in het ziekenhuis, werden willekeurig verdeeld over twee groepen. De controlegroep kreeg de gebruikelijke voedingszorg. De onderzoeksgroep kreeg een specifieke voedingstherapie, bestaande uit begeleiding door een diëtist, energie- en eiwitrijke drinkvoeding en een calcium-vitamine-D-supplement. Bij opname en drie maanden na ontslag werden vragenlijsten afgenomen en diverse metingen uitgevoerd.

Opvallend was dat de specifieke voedingstherapie leidde tot een afname in functionele beperkingen. Patiënten konden na deze therapie bijvoorbeeld zelfstandig een trap op- en aflopen en zich

zelf aan- en uitkleden, terwijl patiënten in de controlegroep dit in mindere mate konden. Deze bevinding is belangrijk, omdat een afname in functionele beperkingen van groot belang kan zijn voor een langer behoud van zelfstandigheid van ouderen. Verder bleek dat patiënten in de onderzoeksgroep aanzienlijk minder valincidenten meemaakten dan de controlegroep. Het is vermeldenswaardig dat de onderzoeksgroep niet meer kosten maakte dan de controlegroep.

De studie is deels gesubsidieerd door ZonMw.

Curriculum vitae

Floor Neelemaat (Purmerend, 1978) volgde de opleiding Diëtetiek en Voedingswetenschappen aan de Hogeschool van Amsterdam. Aansluitend studeerde zij Humane Voeding en Epidemiologie aan de Wageningen Universiteit. Na haar studie combineert Floor patiëntenzorg en onderzoek in het VU medisch centrum in Amsterdam. Momenteel is Floor Neelemaat bezig met het formuleren van nieuwe onderzoeksvoorstellen waarin voedingsinterventies worden gecombineerd met bewegingsinterventies.

Het proefschrift is te verkrijgen via F.Neelemaat@vumc.nl.

TOWARDS SAFER LIVER RESECTIONS

Lisette Hoekstra, 22 juni 2012, Universiteit van Amsterdam



Onderhavig proefschrift beschrijft verschillende mogelijkheden om leverresecties veiliger uit te voeren. Vena porta embolisatie (VPE) is een techniek waarbij de toekomstige restlever preoperatief kan worden vergroot in patiënten die een uitgebreide leverresectie moeten ondergaan. Door de vena porta naar

het aangedane deel van de lever te emboliseren, treedt atrofie op. Hierna ontstaat er een compensatoire hypertrofie van de toekomstige restlever.

In deel 1 worden klinische vraagstellingen omtrent VPE beantwoord in een experimenteel VPE-model in het konijn. Klinische studies zijn voornamelijk gericht op de kenmerken van leverregeneratie en de invloed van VPE op tumorgroei. Tumorprogressie na VPE werd aangetoond zowel in patiënten als in het experimen-

teel tumormodel. Deel 2 beschrijft de complicaties na leverresectie en de mogelijkheden om de meest voorkomende complicaties te voorkomen.

Het proefschrift is tot stand gekomen zonder sponsoring van MLDS of ZonMW.

Curriculum vitae

Lisette Hoekstra (Groningen, 1981) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na het artsexamen in 2008 was zij werkzaam als arts niet-in-opleiding-tot-specialist (ANIOS) op de afdeling Heelkunde van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam. Na bijna anderhalf jaar klinisch werk startte zij haar promotie-onderzoek in het Chirurgisch Laboratorium van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, onder leiding van prof. dr. T.M. van Gulik. Op 1 juli 2012 is zij gestart met de opleiding Heelkunde in de regio AMC.

Het proefschrift is te verkrijgen via l.t.hoekstra@amc.uva.nl.

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



Colonoscopie zonder angst en pijn

Op de MDL-afdeling van de ZGT Ziekenhuisgroep Twente is patiënt-vriendelijkheid één van de speerpunten. Daarom hebben – mede met het oog op het bevolkingsonderzoek darmkanker – twee ontwikkelingen speciale aandacht: koolzuurgasinsufflatie en propofolsedatie.

De MDL-zorg in het ZGT is verdeeld over twee locaties: Almelo en Hengelo. De afdeling bestaat uit zes MDL-specialisten. Samen met zestien internisten vormen zij één maatschap. Volgens de MDL-artsen Rolf van Roermund en Huseyin Aktas is hun afdeling de laatste jaren fors gegroeid. “Tot vijf jaar geleden werkten Almelo en Hengelo, elk met één MDL-arts, nog als aparte afdelingen”, aldus Van Roermund. “Sinds 2007 is de integratie in een stroomversnelling geraakt met onder andere gezamenlijke diensten. Verder zijn onze diagnostische mogelijkheden sterk uitgebreid. Vorig jaar kregen we erkenning als hepatitiscentrum. Toch beschouwen we onszelf nog steeds als een afdeling in ontwikkeling, en dan gaat het met name om *finetuning*. Ook werken we aan enkele innovaties. Zo bekijken we hoe we bij scopieën koolzuurinsufflatie kunnen toepassen. Dat is veel patiëntvriendelijker dan het gebruik van kamerlucht. Na het onderzoek hebben ze minder last van buikkrampen. Deze innovaties doen we mede in het licht van het bevolkingsonderzoek, waarvoor we al beschikken over een goede infrastructuur. In nauwe samenwerking met onze gastro-intestinaal chirurgen hebben we een goed lopend multidisciplinair zorgpad colorectaal carcinoom met korte doorlooptijden voor diagnostiek en behandeling. Coloscopieën die de huisarts aanvraagt, worden vooraf gezien door onze vier MDL-ver-

pleegkundigen voor screening en uitleg over de procedure.”

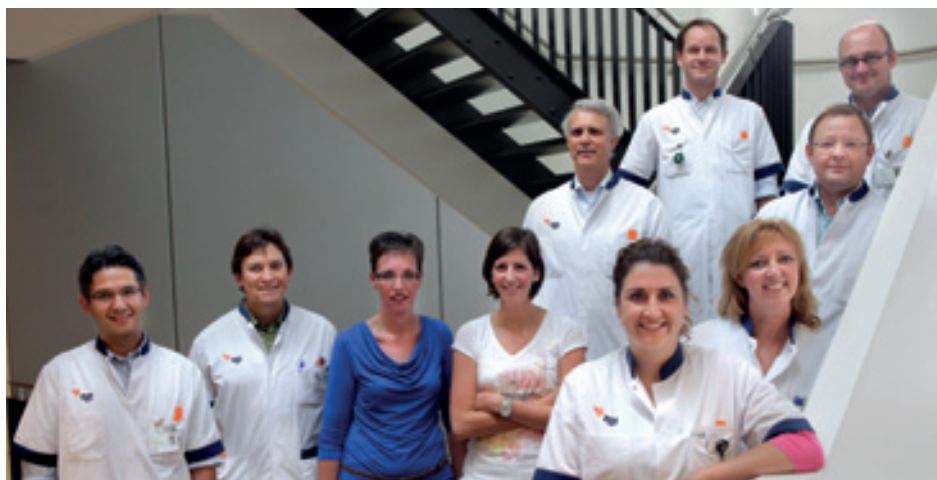
Propofolsedatie

Aktas: “Binnenkort starten we, ook mede met het oog op het bevolkingsonderzoek, met een sedatiecommissie voor toepassing van propofolsedatie buiten de OK. Tot nu toe geven we, zoals de meeste klinieken in Nederland, een roesje. De propofolsedatie willen we op de langere termijn toepassen als standaardtechniek, dus niet alleen bij de gecompliceerde gevallen waarbij we dieper willen sederen.” Van Roermund: “We streven naar maximale patiëntvriendelijkheid, coloscopieën zonder angst en pijn. Onze twee Duitse collega’s op de afdeling verbazen zich over de manier waarop wij in Nederland sederen. In Duitsland is propofolsedatie allang ingeburgerd. In ons land is het nog steeds het domein van de anesthesisten, maar er is nu een richtlijn die stelt dat goed opgeleide en ervaren anesthesiemedewerkers ook buiten de OK zelfstandig propofol mogen toedienen. Deze sedatiemethode is wel duurder dan de standaardmethode. Er zit dus een kostenplaatje aan, zeker bij de ongeveer vierduizend colosco-

pieën die wij jaarlijks uitvoeren. We moeten er ook het juiste personeel voor aantrekken.” Aktas: “Versterking van de afdeling is bovendien nodig om de toeloop te kunnen opvangen van het bevolkingsonderzoek, waarvoor we nu zijn gestart met het proces van HKZ-certificering. Daarvoor willen we graag een zevende MDL-arts aantrekken. Dat vereist wel overeenstemming binnen de maatschap met de internisten.”

A1-initiatief

In Twente hebben de chirurgen een ‘A1-initiatief’ genomen, genoemd naar de snelweg die door de regio loopt. Daarbij werken zij aan een nauwe samenwerking tussen de ziekenhuizen in Apeldoorn, Deventer, Enschede, Hengelo, Almelo, Winterswijk en Hardenberg. Van Roermund: “Als MDL-artsen lopen we daarin mee, bijvoorbeeld door de hoogcomplexe/laagvolume GE-chirurgie te verdelen. Dat houdt in dat we in Almelo bijvoorbeeld de slokdarm opereren. Enschede doet de pancreaschirurgie en Deventer de leverresecties. Het A1-initiatief moet ertoe leiden dat de 1,2 miljoen bewoners in dit gebied voor elke vorm van zorg in de eigen regio terecht kunnen.”



Onderste rij (v.l.n.r.): Huseyin Aktas, Ton Vrij, Gerdien van den Broek, Hanneke Maassen van den Brink, Resi Olde Olthof, Antoinet Leushuis. Boven (v.l.n.r.): Peter Kessler, Rolf van Roermund, Bruce Duerfeld, Jörg Baumann.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



EVIS EXERA III

Advancing the Art of Endoscopy.

In the pursuit of the perfect endoscopy system, Olympus introduces EVIS EXERA III as the next milestone towards improved clinical outcomes.

For more information, please visit www.olympus.nl

EVIS EXERA III