

STAND VAN ZAKEN 74 / LUSTRUM 76 / ACTUEEL 77
DARMKANKERSCREENING 79 / HEPATOLOGIE 80-81
PANCREAS 82-83 / FARMACIE 85-87 / THEMA:
KWALITEIT & OPLEIDING 88-97 / YOUNG ICC 92
ORATIE 101 / CASUÏSTIEK 103-105
PROEFSCHRIFTEN 107-109 / DE AFDELING 111



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 19 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2013

A close-up photograph of a doctor's hands holding a silver tablet computer. The doctor is wearing a white lab coat and a blue stethoscope. The background is blurred, showing other people in a clinical setting.

KWALITEITSVISITATIE NIEUWE STIJL

De toekomstige ERCP-ist

Sinds meer dan tien jaar praten we in Nederland over het *waar, wat, hoe* van laagvolume-hoogcomplexe zorg. Het startschot werd gegeven door chirurgen. De suggestie was, dat een bepaald minimumaantal operaties noodzakelijk is. Buismaagoperaties, pancreasresecties en in de toekomst rectumchirurgie zullen verdwijnen uit de meeste ziekenhuizen. Ik herinner me intussen een nachtelijke rit in een ambulance eind jaren negentig vanuit Arnhem naar Zutphen. Er was in de regio Arnhem–Nijmegen géén dienstdoende chirurg met pouchchirurgie-ervaring. De CU-patiënt bloedde arterieel, een stoma weigerde hij, tampons in het rectum. Godzijdank haalden we Schreve, befaamd Pouchchirurg in Zutphen. De pouch en de patiënt functioneren nog steeds goed.

De meeste Whipples en buismagen kunnen dankzij de neoadjuvante behandeling wel iets langer wachten. Maar of dit is wat we willen bij een ERCP voor cholangitis? De PERK-studie bekijkt wat we met ERCP-centralisatie aan moeten. In het VUmc doen nog maar drie MDL-artsen ERCP's. Zijn er twee met vakantie? Dan geen alcohol voor de laatste held.

Welke ziekenhuizen in Amsterdam moeten ERCP's doen, wat is het kritische volume? Als ik met 5.000 ERCP's cumulatief in dertig jaar één jaar er minder dan 90 doe, moet ik vast stoppen. Moeten we ambulances met tijdverlies door de stad laten scheuren? Hoe moet het in Zeeland, Friesland et cetera? Stel: de afkapwaarde ligt bij 80 of 90 of 100, wat bij twee jaar 70? Het eerste jaar door bijvoorbeeld ziekte, het tweede jaar iets minder ERCP. Gaan we het derde jaar de ERCP's laagdrempeliger doen? Ethische dilemma's komen. Is een ambulancerit in de nacht een extra risico, moet de dienstploeg al in de houding staan bij het arriveren van de ambulance? Is dat haalbaar en wenselijk, wat wordt de extra mortiliteit? Of krijgen we een rondreizende ERCP-ist voor vakanties?

Meer dan 17.000 ERCP's per jaar in Nederland, de meerderheid in de algemene ziekenhuizen. In de UK dezelfde discussie bij 48.000 ERCP's. Ook daar ideeën over centralisatie van ERCP's en het geloof dat complicaties gerelateerd zijn aan aantallen. Lokale units moeten aantonen dat hun getallen goed zijn; veilig, op tijd en competent (Muller AF,

Frontline Gastroenterology 2013). In *Endoscopy* worden getallen per endoscopist net niet gebagatelliseerd (William EJ, *Endoscopy 2012*), maar lijken relatief.

De Nederlandse PERK-studie volgt de UK-attitude. Extra reistijd en lokale manpowerproblematiek worden bij de alternatieven nog niet gewogen. Denk intussen aan mijn CU-patiënt: bijna dood in de ambulance. Een week beschikbaarheidsdienst? Extra kosten, extra morbiditeit, moet dat? Of geeft centralisatie minder complicaties, ook in de nacht? Wat moet de grens worden: 50 per endoscopist of cumulatief >2000 als oude rot en dan 25–50 per jaar? We weten het niet. Als lokale ziekenhuizen op tijd een ERCP kunnen doen met voldoende aantallen (>100 per jaar met twee endoscopisten) en Klatskin-achtige beelden per definitie doorverwijzen, géén BII-magen, géén pancreasinterventies, dan zou dat wel eens genoeg kunnen zijn.

In sommige ziekenhuizen 'mogen' 60-plussers géén ERCP's meer doen. Ze worden gemaand het rustiger aan te gaan doen. Voor leerling/gezelschap-kennisdoorgave zouden ze misschien als duo moeten werken. In andere ziekenhuizen eisen sommigen dat als zij hoofd worden, ze geen interventiediensten meer doen. Wel het aanzien? Dan ook de lasten.

Chris Mulder

TRANSFERS

Noorden en Oosten

Leeuwarden is nog steeds dringend op zoek naar mensen en trekt nu een werkeloze internist aan om mee te helpen bij de MDL-poli.

Yvo Kortmann (VU OOR) start medio 2014 als 6^e MDL-arts

Lees verder op pagina 101.

U kunt MAGMA 3-2013 met bijlagen te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

Doe wel en laat dat zien!

De zomer is aangebroken. Minister Schippers heeft op 4 juli de Tweede Kamer in alle wijsheid en na rijp beraad in een brief laten weten, dat het bevolkingsonderzoek naar darmkanker kan gaan starten in januari 2014. De marsroute wordt beschreven. Daarmee is in MDL-land nu politieke duidelijkheid gebracht en we kunnen met een gerust gevoel vakantie gaan vieren.

Een interview dat ik op 5 juli gaf aan een journalist van De Persdienst over de praktijktoets van endoscopisten op weg naar toelating voor uitvoeren van het bevolkingsonderzoek leverde een genuanceerd verhaal op.

Een dag later blijkt dat aan die nuances is voorbijgegaan. Lezers van regionale dagbladen ontwakten op zaterdag 6 juli bij voorpagina-artikelen met koppen als 'Darmspecialisten falen bij toets' en 'Niet elke darmspecialist goed genoeg'. Komkommertijd, dank je wel... *Framing* dus, maar ook *naming and shaming*. MDL-artsen worden hier publiekelijk negatief neergezet en beschuldigd. Maar waarvan? Van het feit dat we laten zien dat we kwaliteit leveren en bereid zijn daarvan een proeve van bekwaamheid af te leggen? Van het feit dat we in de komende jaren extra inzet en capaciteit leveren voor het bevolkingsonderzoek?

Aan transparantie en openheid zit soms een keerzijde, maar die mag ons er niet van weerhouden de ingeslagen weg te blijven volgen. Doel is om dat wat we goed doen, ook breed uit te dragen. Honderd jaar MDL in Nederland en start van het bevolkingsonderzoek darmkanker zijn mijlpalen en geen schandpalen.

Was getekend,
Ad Masclee
- voorzitter -



Kwaliteit & opleiding

Thema in MAGMA 3 is 'kwaliteit en opleiding'. De basis voor kwaliteit wordt gelegd tijdens de opleiding, maar ook daarna moeten we onszelf blijven opleiden om onze kwaliteit te verhogen.

Hoe je een MDL-opleiding organiseert in een groot academisch ziekenhuis met 26 arts-assistenten, vertelt Rob de Man, opleider in het Erasmus MC, coach en teamplayer tegelijk. Rob ziet de opleiding als een proces waarin AIOS en opleider gezamenlijk naar een eindpunt toegroeien, waarbij het gekozen deelgebied toch anders kan worden dan tevoren was bedacht. Specialisatie in één deelgebied is al lastig, een enkele keer heeft een AIOS tijd over om zich in twee deelgebieden te specialiseren. Martijn ter Borg, nu ruim twee jaar MDL-arts in het Máxima Medisch Centrum, legt uit hoe hij zich zowel in de 'hepatologie' als in de 'interventie-endoscopie' wist te bewamen.

Om de kwaliteit in de interventie-endoscopie beter in beeld te brengen, is de PERK-studie opgezet. In plaats van het vaststellen van een volumenorm voor ERCP is gekozen voor deze registratiestudie. Door Frank ter Borg wordt namens de PERK-stuurgroep nogmaals de opzet en het belang hiervan onder de aandacht gebracht. Vanuit de Commissie Kwaliteit geeft Jeroen van Bergeijk een overzicht van de nieuwe en gereviseerde richtlijnen die binnenkort zullen verschijnen, alle opgesteld volgens het strakke schema van de richtlijn 2.0. Om te voldoen aan de richtlijn 'PSA' moeten de MDL-arts en de endoscopieverpleegkundige getraind zijn in *advanced life support* en kennis hebben van de te gebruiken sedativa. De Sedatiecommissie van de NVMDL stelt binnenkort hiervoor twee e-learning-modules beschikbaar; Michael Klemt-Kropp en Thea Korpershoek lichten dit toe.

Dat er een kwaliteitsvisite nieuwe stijl op stapel staat, hebben we al kunnen vernemen van Marie-Louise Verhulst tijdens het NVMDL-symposium. Zij geeft nogmaals een kort overzicht van de veranderingen in het nieuwe visiteren.

Tot slot bereidt Chris Mulder ons voor op de komst van het Europese MDL-examen, aanvankelijk nog vrijwillig maar uiteindelijk verplicht. Opleiding en kwaliteit blijken binnen de MDL sterk met elkaar verbonden.

Michiel Ledeboer

Honderd jaar MDL-arts in Nederland

“Nee, wij waren er eerder dan de internisten”, helpt Gerard van Berge Henegouwen ons uit de droom. En wij maar denken dat de MDL-artsen zich hadden afgesplitst van de internisten.

“Onze geschiedenis begint in 1913 met de eerste artsen voor maag, darm en stofwisselingsziekten”, vertelt de oud-hoogleraar Gastro-enterologie en Hepatologie aan de Universiteit van Utrecht. “Maar al snel leefden zij – een mannetje of veertig – een sluimerend bestaan en werden zij overschaduwd door de interne geneeskunde. Dat veranderde in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw. Met de komst van betere apparatuur voor MDL werden de diagnoses steeds beter en konden ziektes zoals de ziekte van Crohn en hepatitis B vele keren beter worden behandeld dan voordien voor mogelijk was gehouden.”

Dat begin, honderd jaar geleden, is de reden dat de besturen van de NVMDL, NVGE en NVH in 2010 Van Berge Henegouwen vragen een redactie te vormen voor het samenstellen van een eeuwboek. En zo geschiedt. Onder zijn voorzitterschap vormen Marc Verhagen, Mark van Blankenstein, Marc van Milligen de Wit, Marco Mundt, Frits Nelis en Henk Festen de Eeuwboek Commissie. Op 3 oktober tijdens het jubileumcongres in Veldhoven wordt het boek *Honderd jaar maag-darm-leverarts in Nederland 1913–2013* aangeboden aan de drie voorzitters van de NVMDL, NVGE en NVH.

“Veruit het meeste werk heeft de auteur Alice Juch voor haar rekening genomen. Het is echt ongelooflijk wat zij allemaal heeft gedaan. Alle notulen van de drie verenigingen van begin tot end nageplozen om tot de juiste geschiedschrijving te komen. Een monnikenwerk. Daar staat weliswaar een vergoeding tegenover, maar als je die



Honderd jaar maag-darm-leverarts in Nederland 1913–2013 wordt in een oplage van 3.200 exemplaren gedrukt. Het boek telt 336 pagina's en is iets kleiner dan A4-formaat. Het is tot stand gekomen dankzij de financiële bijdrage van

de NVMDL, NVGE en NVH en de sponsoring van acht farmaceutische bedrijven met Dr. Falk Pharma als hoofdsponsor en de Stichting Holland Digestive Disease Week. Het boek kost € 45. Leden van de drie hierboven genoemde verenigingen ontvangen het boek gratis. Er is een beperkt aantal boeken beschikbaar voor losse verkoop (te bestellen via secretariaat@mdl.nl).

afzet tegen de tijd die zij erin heeft gestoken, is dat een schijntje.”

De MDL-geschiedenis is opgeknipt in drie perioden: de eerste beschrijft de moeilijke beginjaren van 1913 tot 1941. De tweede periode van 1941–1975 gaat over de jaren waarin het specialisme werd betwist; andere artsen zagen geen meerwaarde in een maagdarmspecialist. De erkenning volgt in de derde periode, van 1975–2013. Van Berge Henegouwen benadrukt dat het geen droog geschiedenisboek is geworden. “Natuurlijk vertelt het onze historie, maar aan de hand van veel beeldmateriaal en interviews met oudgedienden op ons vakgebied. Wat deden ze en hoe ging dat in z'n werk. Het vertelt over het opleiden door de jaren heen en hoe de relatie met ziektekostenverzekeraars is veranderd. Over maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn geweest op ons vakgebied.”

Het eeuwboek kijkt niet alleen terug. De samenstellers gunnen de lezer ook een blik in de toekomst. Basis hiervoor is een enquête die onder alle MDL-artsen in Nederland is gehouden over de ontwikkeling van het vakgebied.

“Natuurlijk komt de enorme strijd die is geleverd met internisten en chirurgen aan de orde. De internisten die ons niet wilden laten gaan en toen het eenmaal zo ver was, dachten dat een MDL-arts na een zesjarige opleiding interne geneeskunde aan zes maanden maag-darm-leverspecialisatie wel genoeg zou hebben. Allemaal essentieel voor onze ontwikkeling. Lastig te achterhalen en op te schrijven. Dankzij het vele speurwerk van Alice Juch – ik geef het u te doen, al die notulen van die honderden vergaderingen – hebben we eindelijk een betrouwbaar overzicht hoe het allemaal is gelopen.”

FLATOGRAFISCHE DETECTIE POLIEPEN EN DIKKEDARMKANKER MET ELEKTRONISCHE NEUS

Wat ruik ik nou?

Analyse van geurprofielen wordt al eeuwen gebruikt om ziekten op te sporen. Zo konden de oude Grieken tuberculose herkennen aan de hand van geur. Recente wetenschappelijke studies met uitgedemde lucht tonen dat onder andere longkanker en COPD hiermee kunnen worden gedetecteerd. Onderzoek naar het opsporen van colorectaal carcinoom met geurprofielen vond gek genoeg pas plaats in 2011. Een uitgebreid getrainde *labrador retriever* uit Japan kon met grote precisie de diagnose colorectaal carcinoom stellen door te snuffelen aan feces van patiënten¹. Een paar jaar later werd aangetoond dat je ook colorectaal-carcinoomspecifieke moleculen (zogenoemde *volatile organic compounds*) in uitgedemde lucht kunt vinden, echter met gebruik van een kostbare en complexe techniek: gaschromatografie-massaspectrometrie (GC-MS).

Een elektronische neus werkt volgens hetzelfde principe als de menselijke neus, namelijk door herkenning van geurprofielen, maar heeft als grote voordeel dat hij in staat is om veel lagere concentraties van vluchtige stoffen te detecteren. Deze eNose kan specifieke geurprofielen, ook wel *smell-prints* genoemd, detecteren op een snelle,

reproduceerbare, goedkope en patiënt-vriendelijke manier.

Door de flatus, zijnde het gas direct afkomstig van feces, te analyseren met een eNose kon recent worden aangetoond dat het flatoGRAFISCHE geurprofiel van patiënten met colorectaal carcinoom verschilt van gezonde controles (testkarakteristieken: Area Under Curve 0,92, sensitiviteit 0,85 en specificiteit 0,87)². Patiënten met colonpoliepen (zijnde *advanced adenomas*) konden ook worden onderscheiden van gezonden, waarbij hogere waarden werden gevonden dan de huidige gebruikte FIT (testkarakteristieken: Area Under Curve 0,79, sensitiviteit 0,62 en specificiteit 0,86). Vooral deze laatste bevinding impliceert dat analyse van fecale geurprofielen van toegevoegde waarde zou kunnen zijn bij het detecteren van premaligne en maligne laesies van het colon en rectum in bijvoorbeeld een screeningsprogramma.

Tim de Meij, Marc van der Schee en Nanne de Boer, MDL-VUmc

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in MAGMA 3-2013. Voor meer informatie: KHN.deBoer@vumc.nl.



(V.l.n.r.) Marc van der Schee, Nanne de Boer en Tim de Meij met een zojuist door de eNose besnuffeld 'monster'.

OPROEP

Wie volgt Jaap Thijs op in Hoogeveen?

Mijn vader, Jaap Thijs, nam op 28 juni afscheid na bijna 29 jaar MDL-arts te zijn geweest in het Bethesda Ziekenhuis in Hoogeveen. In 1984 kwam hij daar als eerste MDL-arts. Tot de komst van Jan Sindram (inmiddels werkzaam in Arnhem) ruim na de eeuwwisseling bleef hij de enige. Desondanks slaagde hij erin in zijn perifere praktijk wetenschappelijk onderzoek te verrichten, resulterend in een promotie in 1995 op het gebied van de *Helicobacter pylori*. Naast zijn drukke dagelijkse MDL-werkzaamheden (initieel ook interne diensten) en taken voor de medische staf wist hij de MDL-praktijk in Hoogeveen uit te bouwen tot een kwalitatief uitstekend MDL-team met inmiddels twee andere MDL-artsen, waar geproto-colleerd wordt gewerkt. Er wordt naarstig gezocht naar een opvolger: belangstellenden kunnen zich melden!

*Willem Thijs, MDL-arts
Martini Ziekenhuis Groningen*

Jaap Thijs (midden) wordt bij zijn afscheid door de burgemeester van gemeente De Wolden benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje Nassau.





fijne
dag

Darmkankerscreening: wapenfeiten!

Begin juli heeft minister Schippers de Tweede Kamer bericht dat het bevolkingsonderzoek darmkanker in januari 2014 zal starten. Een besluit dat getuigt van *guts*: mevrouw Schippers komt haar belofte uit 2011 na om darmkankerscreening in Nederland beschikbaar te stellen in het kader van bevolkingsonderzoek. In economisch zware tijden wordt geïnvesteerd in een goede zaak die enorme gezondheidswinst gaat opleveren voor de Nederlandse bevolking: jaarlijks 2400 doden minder ten gevolge van darmkanker.

Baanbrekend onderzoek

Daarbij is een goede voorbereiding cruciaal. In het afgelopen decennium heeft een aantal MDL-centra in Nederland gedegen voorwerk verricht en baanbrekend wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd over darmkankerscreening. De resultaten daarvan hebben internationaal de aandacht getrokken en Nederlandse initiatieven worden met belangstelling gevolgd. Een wapenfeit! Het pad was daarmee geëffend om samen met het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) van het RIVM in rap tempo initiatieven en plannen uit te werken. In deze setting heeft elke partner haar eigen verantwoordelijkheid: het CvB RIVM voert regie en (NV)MDL is uitvoerder, belangenebehartiger, spreekbuis, onderhandelaar en nog veel meer.

Betrokkenheid en communicatie

Natuurlijk komen we onderweg hobbels tegen. Naarmate de startdatum dichterbij komt, realiseren velen zich pas goed welke extra tijdsinvestering en inspanningen in de praktijk van ons worden gevraagd. Maar we hebben destijds, in 2011, ons massaal achter het initiatief geschaard, dus ook bij wat tegenwind houden we koers. Het specialisme MDL blijft een snelle

groeier door toename van MDL-zorgvraag. Zitten daarmee een knellende reguliere MDL-zorg én start van darmkankerscreening elkaar niet in de weg? Gezien de eisen gesteld aan kwaliteit van endoscopische zorg en de te verwachten complexiteit van endoscopische behandelingen in het kader van darmkankerscreening is taakherschikking hier niet aan de orde.

Begin 2013 komen er terecht uitingen van bezorgdheid van MDL-artsen over de haalbaarheid van het bevolkingsonderzoek. Tijdens de ingelaste ledenvergadering van juni 2013 hebben leden hun zorgen kenbaar gemaakt en het bestuur gevraagd kritisch te kijken naar haalbaarheid, praktische uitvoering en criteria voor toetsing en certificering. Wapengekleetter? Welnee, ook al ervaren onze stakeholders die discussie van buitenaf soms als 'onrust en kritiek'. Ik zie betrokkenheid en gevoel van verantwoordelijkheid om het bevolkingsonderzoek tot een succes te maken. Het NVMDL-bestuur heeft een aantal initiatieven genomen, zoals betere en snellere informatievoorziening aan de leden, het instellen van een klankbordgroep die het bestuur adviseert en zorgt dat knelpunten tijdig worden opgepakt.

Inmiddels zijn MDL-artsen bij de screeningsorganisaties aangesteld als regio- en toetsingscoördinatoren. Zij verzorgen en stroomlijnen de audits en praktijktoetsen van instellingen, endoscopiecentra en endoscopisten. Vrijwel alle instellingen tonen interesse om het bevolkingsonderzoek uit te voeren. Het percentage MDL-artsen dat hun praktijktoets haalt, nadert de 100%.

Reguliere MDL-zorg

Een succesvolle uitrol van het bevolkingsonderzoek mag echter niet ten koste gaan

van de reguliere MDL-zorg. Hier ligt een duidelijke taak voor de NVMDL. De jaarlijkse VUmc-enquêtes naar endoscopiecapaciteit geven aan dat er geen knelpunten zouden hoeven ontstaan in de komende jaren. Maar dat betekent niet dat er structureel voldoende capaciteit beschikbaar is! Met tijdelijke extra uitbreiding van bestaande capaciteit kunnen we de eerste jaren de uitvoering van het bevolkingsonderzoek ondersteunen. We streven naar structurele oplossingen. Meer MDL-artsen gaan opleiden? Taakherschikking in de reguliere MDL-zorg? In tegenstelling tot andere specialismen is overcapaciteit bij MDL geen issue. Opleiders MDL worden momenteel uitgedaagd de endoscopiecertificering voor het bevolkingsonderzoek binnen de vier jaar opleiding te incorporeren: dat worden MDL-artsen met een rijbewijs en direct al veel praktijkervaring!

Kwaliteit

De verzekeraars zien dat onze beroepsgroep investeert in kwaliteit en dat wordt gewaardeerd. Zij willen kwaliteit gebruiken als instrument bij inkoop van zorg voor hun cliënten, onze patiënten. En daarbij speelt geld wel degelijk een rol. Het bestuur is in overleg met verzekeraars om onze positie duidelijk te maken met als kernwoorden: kwaliteit, optimaal benutten van capaciteit en zorgplicht.

Het succes van het bevolkingsonderzoek zal straks op ons gaan afstralen. Een wapenfeit dat niet geheel zonder wapengekleetter tot stand is gekomen. Hoe dat komt? Omdat MDL-ers *guts* hebben: ze nemen initiatieven, blijven kritisch, zijn gericht op de praktijk én stellen daarbij de patiënt centraal.

Ad Masclee, voorzitter NVMDL

Hepatologie in 2023

Successen in het heden zijn geen garantie voor de toekomst. Voorspellingen op grond van resultaten uit recent wetenschappelijk onderzoek blijven lastig. Toch lijkt het aannemelijk dat twee aspecten van de hepatologie over tien jaar drastisch anders zullen zijn dan nu: de behandeling van hepatitis C en echografie door de hepatoloog.



Hepatitis C

Vrijwel wekelijks worden studies gepubliceerd met betere resultaten. Tot 2012 waren peg-interferon en ribavirine de enige werkzame middelen tegen hepatitis C. De effectiviteit van duotherapie is redelijk, maar geeft veel bijwerkingen. Vanaf 2012 worden peg-interferon en ribavirine bij genotype-1-infecties gecombineerd met de eerste-generatie-proteaseremmers telaprevir (Janssen) of boceprevir (Merck). De resultaten van tripletherapie zijn beter, maar hebben vanwege de noodzaak van peg-interferon en ribavirine nog steeds vele nadelen. Binnenkort komen de tweede-generatie-proteaseremmers op de markt (simeprevir / Janssen-Medivir en asunaprevir / BMS), die in combinatie met peg-interferon en ribavirine een hogere effectiviteit hebben met minder bijwerkingen. Simeprevir heeft activiteit tegen vrijwel alle genotypen: 1, 2, 4, 5 en 6. Asunaprevir wordt bij genotype 1 onderzocht, in combinatie met daclatasvir. Met de overige DAA's, *direct antiviral agents*, zullen de succespercentages richting 100% worden opgestuwd. Vanwege het grotendeels verdwijnen van de noodzaak voor (peg-)interferon, zullen de bijwerkingen drastisch afnemen.

Sofosbuvir (Gilead) is een van de meest belovende polymeraseremmers: het heeft een hoge effectiviteit in combinatie met peg-interferon/ribavirine bij genotype 1. Genotype 2 kan zelfs bij een meerderheid worden behandeld met sofosbuvir en ribavirine alleen. De combinatie sofosbuvir en daclatasvir heeft eveneens een zeer hoge

De V-scan, een echo-apparaatje ter grootte van een smartphone en eenvoudig met één duim te bedienen, heeft zich al bewezen bij cardiologen en *primary care physicians* in de Verenigde Staten.

antivirale activiteit. Een combinatie van een ritonavir-gebooste proteaseremmer (ABT-450/r), een NS5A-remmer (ABT-267), een non-nucleoside-analoog (ABT-333) al dan niet in combinatie met ribavirine geeft genezingspercentages van meer dan 90%, met een therapieduur van slechts 8–12 weken (Abbvie).

De NS5B-remmers zullen het belang van interferon verminderen. Er worden twee typen onderscheiden: de nucleoside-analogen en de non-nucleoside-analogen. NS5B-remmers worden tijdens de replicatie in het virale RNA ingebouwd, waarna de verdere synthese stopt door allosterische hindering. Sofosbuvir is een nucleoside, heeft een zeer sterke antivirale effectiviteit, een hoge resistentiebarrière, en kan in combinatie met een NS5A-remmer zoals daclatasvir veelal zonder interferon en ribavirine worden ingezet. De non-nucleosiden (bijvoorbeeld, ABT-333) zijn minder potent, hebben een lagere resistentiebarrière en moeten daarom toch in combinatie met ribavirine worden ingezet.

Faldaprevir (proteaseremmer / Boehringer Ingelheim), deleobuvir (non-nucleoside-polymeraseremmer / Boehringer Ingelheim) met ribavirine, is de meest recente combinatie (*NEJM*, 15 augustus 2013). Genezingspercentages tot 85% werden bereikt, afhankelijk van subtype (1b deed het beter dan 1a) en duur van de behandeling (optimum bij 28 weken?). En dat zonder interferon!

Het ziet er dus naar uit, dat de meerderheid van de HCV-patiënten met interferon-vrije therapie behandeld zal kunnen worden. De HCV-genotypen 1a en 3 lijken de meest lastige; HCV-subtype 1b wellicht de makkelijkste.

Ook in het interferon-vrije tijdperk zal een groepje *difficult to treat* overblijven. Voor deze groep gloort echter ook hoop aan de

horizon: *toll-like* receptoragonisten of micro-RNA-remmers (miraversen / Santaris) bieden wellicht uitkomst. Of toch, voor de enkeling... de combinatie met peg-interferon.

Binnen enkele jaren zullen vele middelen beschikbaar zijn, waarbij het lastiger zal zijn om een keuze te maken dan om de patiënt te genezen.

Echografie

Met effectievere antivirale therapie zal het risico op cirrose-gerelateerde problematiek niet direct afnemen. Patiënten moeten nog steeds worden vervolgd in een echografisch surveillanceprogramma. Ook vele andere leverpatiënten ondergaan een of meerdere malen een echografisch onderzoek. Is er eigenlijk een leverpatiënt bij wie geen echografie wordt verricht? De laatste jaren zien we, geïnitieerd vanuit het Erasmus MC maar ook mede gedragen door een aantal Duitse MDL-artsen, dat hepatologen zichzelf de abdominale echografie eigen maken. Vooralsnog lijkt dit voorbehouden aan enkele grote centra met een relatief grote hepatologische staf. De introductie van de V-scan (General Electric), een echo-apparaatje ter grootte van een smartphone, zou dit weleens kunnen veranderen. De V-scan heeft een goed beeldscherm, beschikt over Doppler en kan aan het bed worden gebruikt. De V-scan heeft zich inmiddels bewezen bij cardiologen en *primary care physicians* in de Verenigde Staten.

Ook internationaal neemt de belangstelling van hepatologen voor abdominale echografie toe. De Europese Vereniging voor Leverziekten (EASL) moedigt echografische training aan door middel van het aanbieden van workshops tijdens The International Liver Congress, op initiatie van Erasmus MC en de Medizinische Hochschule Hannover.

Campagne 'Doelmatig voorschrijven' uitbreiden met antivirale middelen tegen HBV en HCV?

In 2011 is de Orde van Medisch Specialisten (OMS) samen met de wetenschappelijke verenigingen gestart met de campagne **'Kwaliteit is ook doelmatigheid: schrijf bewust voor'**. Sinds augustus 2012 ontvangt u als specialist in dit kader spiegelinformatie met cijfers over het voorschrijfgedrag van vier geneesmiddelgroepen (statines, protonpompremmers, ace-remmers en triptanen) in uw ziekenhuis.

De actie 'Doelmatig voorschrijven' lijkt belangrijk voor het gezondheidsbudget en nuttig voor het imago van de specialist. Naast deze belangrijke elementen hebben MDL-artsen, naar ik hoop, ook oog voor het belang van de patiënt. Sinds jaar en dag vindt in Nederland onderbehandeling plaats van chronische hepatitis B en C. De belangrijkste oorzakelijke factor is het gebrek aan bewustzijn van de relatief hoge sterfte aan chronische hepatitis B en C en de indrukwekkende te verwachten gezondheidswinst van antivirale therapie. Zou er niet een mooie balans ontstaan van verantwoordelijkheid voor het gezondheidszorgbudget en patiëntenbelang, als in bovengenoemde rapportage ook informatie wordt gegeven over het gebruik van antivirale middelen tegen HBV en HCV? Dan wordt de MDL-arts elke kwartaal herinnerd aan het belang hiervan én kan worden gekeken of enerzijds de onderbehandeling stapsgewijs aan het verdwijnen is, anderzijds doelmatig wordt voorgeschreven volgens de nieuwe up-to-date NVMDL-richtlijnen voor behandeling van HBV en HCV.

Het nationale BIBHEP-programma dat vanuit de beroepsgroep, nu met steun van VWS en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars Nederland, het probleem van onderbehandeling van chronische hepatitis B en C probeert aan te pakken, zou dankbaar zijn als de NVMDL kan bevorderen dat de hepatitisspecialisten in elk ziekenhuis informatie krijgen over het gebruik van antivirale middelen tegen HBV en HCV naast de reeds geoordeelde medicaties.

Namens het BIBHEP-consortium en partners
Solko Schalm, LiverDoc
Jan Hendrik Richardus, Erasmus MC
Theo van Driel, NLV

2023

Als hepatoloog anno 2023 zullen we ons nog steeds grotendeels bezighouden met virale hepatitis. De meeste hepatitis-C-patiënten zullen we echter met interferonvrije regimes kunnen genezen. Onze stethoscoop ligt in een la en is vervangen door een klein efficiënt echo-apparaatje ter grootte van een smartphone. Bij veel van onze patiënten zullen we 'even' kijken en

ons afvragen of we de patiënt moeten meenemen naar de echokamer om een volledig echografisch onderzoek te verrichten.

Zo blijft in de komende jaren hepatologie het mooiste onderdeel van de MDL...

Rob de Knegt
 MDL, Erasmus MC

APEC-TRIAL:

Wetenschap in de praktijk

U kent ze wel, de ERCP-discussies over patiënten met een biliare pancreatitis. Hebben we nu een biliare pancreatitis, hebben we hem niet; gaan we een EUS doen; doen we een papillotomie of doen we dat niet? Dit zijn al meer dan 20 à 30 jaar prangende vragen op overdrachten, diensten en/of de grote visite. Veel variaties aan antwoorden doen in deze gremia de ronde: ‘wel doen; snel graag; even wachten; alleen bij stenen; alleen bij cholangitis; nee, ik zou het nooit doen’. Met de APEC-trial – en met uw medewerking – hopen we u flink wat *evidence based*-antwoorden te kunnen presenteren.

Mijn opleiding MDL startte ik in de Isala Klinieken in Zwolle. Hier bloeiden regelmatig discussies op tussen *believers* en *non-believers*. Het resulteerde in wat de orde van de moderne opleiding noemt: een ‘Pico-vraag voor de Pico’. Na een goede verzameling van literatuur en discussies bleek al snel dat er verschillende kli-

nische studies naar biliare pancreatitis waren verricht, echter met verschillende opzet en verschillende klinische eindpunten. Eigenlijk totaal verwarrend, maar wel prikkelend. *En petit comité* werd besloten een ERCP-studie naar patiënten met een biliare pancreatitis op te zetten (2005). Deze zou aanvankelijk worden uitgevoerd

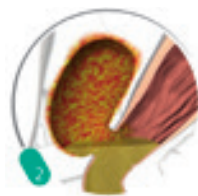
in het Rijn-IJsselgezelschap. De naam APEC-studie was al geboren: “Acute biliary Pancreatitis: early ERC plus sfincterotomy versus Conservative treatment, a multi-center randomized clinical Dutch trial.”

Het protocol van de APEC-studie werd vanuit Zwolle meegenomen naar het VUmc,

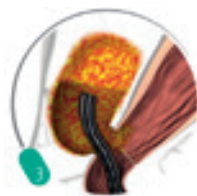
Endo-SPONGE®: ‘De therapie’ bij lage naadlekkage



Anastomose



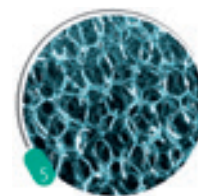
De naadlekkage met lokale infectie in het kleine bekken



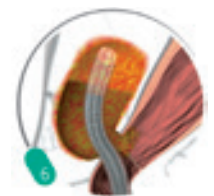
Diagnose stellen via flexibele endoscoop



De Endo-SPONGE® kan op maat worden geknipt



Polyurethane spons



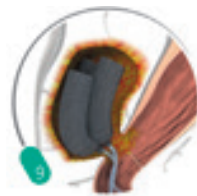
De tube gaat over de endoscoop en wordt in de holte gebracht



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



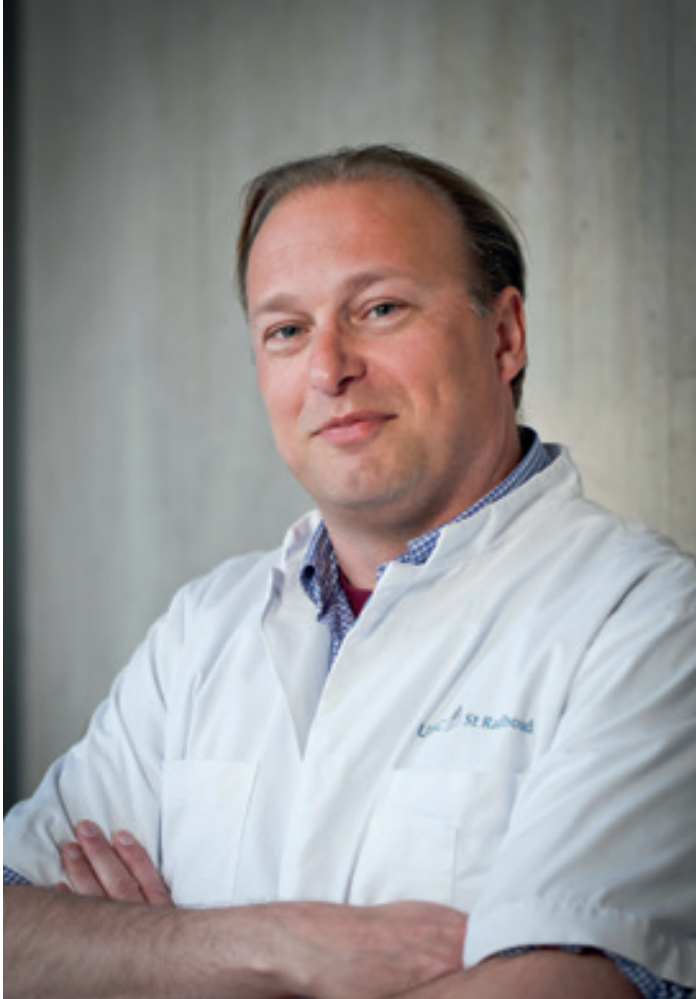
Bevestig de Redyrob Trans Plus aan de drain. Verwijder het rode dopje



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



Erwin van Geenen:
“Modern klinisch onderzoek kan niet meer buiten de perifere ziekenhuizen.”

landde via Alkmaar en VUmc in de Gutclub, waarna de samenwerking met het AMC werd gezocht om een Gutclub-project te worden. Chris Mulder en Marco Bruno zagen de potentie en de klinische relevantie van een en ander in.

Naar een landelijke schaal

Hoewel we al geld voor ons onderzoek bij elkaar hadden gebracht, leek het ons dat een studie in alleen de achttien Noord-Hollandse ziekenhuizen onvoldoende *power* zou brengen. De behoefte aansluiting te vinden bij de landelijke Pancreatitis Werkgroep stond daarom al snel voorop. Deze onder Hein Gooszen opgerichte club heeft zeer veel expertise om klinische trials te organiseren en verder uit te werken.

De belangen en doelen van de studie, aanvankelijk voortkomend uit individuele patiëntbehandelwensen, werden wetenschappelijker. Natuurlijk óók om tot een betere behandeling van de patiënt te komen.

De APEC-studie verdween aldus uit de Amsterdamse regio en kwam in handen van de Pancreatitis Werkgroep Nederland.

Daarin werken perifere ziekenhuizen intensief samen met academische ziekenhuizen. Het is immers duidelijk dat modern klinisch onderzoek niet meer buiten de perifere ziekenhuizen kan: de periferie heeft de grote aantallen. De Pancreatitis Werkgroep faciliteert en brengt expertise van het onderzoek naar de lokale dokters.

De uitvoering van de landelijke APEC-studie liet bij aanvankelijk gebrek aan voldoende financiële middelen zó lang op zich wachten, dat ik mijn proefschrift uiteindelijk heb gebouwd op eigen onderzoek rond pancreatitis en heb voltooid zonder de APEC-trial. Dit terzijde.

APEC anno 2013

Bij schaalvergroting komen soms echter nieuwe problemen op. Is een idee te patenten of om te zetten in toetsbare afspraken of in credits, auteurschappen of geld? Ook hierin zullen we als beroepsgroep moeten groeien. De APEC-studie bevat een aantal convenanten tussen partijen, waarmee we tot een goed werkbaar klimaat zijn gekomen.

De definitieve vraagstelling van de APEC is klinisch relevant en praktisch haalbaar in Nederland. Zij heeft zich ontwikkeld vanaf 2005 en is daarmee het distillaat van jarenlang denken. De mix van inzichten maakt de APEC voor u allen buitengewoon nuttig: daarmee kunnen we uiteindelijk grote groepen patiënten beter gaan behandelen, zonder te vervallen in de gebruikelijke discussies die dit onderwerp al zo lang kenmerken.

De Pancreatitis Werkgroep heeft altijd vanuit de chirurgie gewerkt. Denk aan de Propatria-studie, met de lactobacillen en de landelijke discussies die hebben geleid tot een heel ander beleid aangaande *investigator initiated* onderzoek in diverse ziekenhuizen. In zekere zin plukken we hiervan de vruchten, maar hebben we ook een aantal bittere pillen moeten slikken. Het mooie van de APEC is, dat dit eigenlijk de eerste studie is die volledig voortkomt uit de MDL-groep en ons als MDL-artsen unieker maakt. En dit bijna acht jaar na het eerste idee.

Ik ben er trots op jullie te mogen attenderen op de kansen die wij als MDL-artsen krijgen met deze trial: reden om de APEC te starten, te omarmen en te steunen. Ik hoop dat velen van u gaan participeren. We hebben meer centra nodig als we de *power* van deze studie nog groter willen maken. Opdat we u over enige jaren in de dagelijkse praktijk beter van dienst kunnen zijn.

Discussieert u nog steeds over wat de beste behandeling is? Wij hopen u het goede antwoord te kunnen geven.

Erwin van Geenen, MDL-arts
UMC St. Radboud, Nijmegen



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



BIOLOGICALS:

Van spreekkamer naar directiebureau

Thans, in tijden van economische schaarste en politieke noodzaak tot bezuinigen, is het budget voor gezondheidszorg in het schootsveld komen te liggen en daarin is ook het pakket 'Specialistische geneesmiddelen' op de korrel genomen.

Een eerste maatregel betrof het overhevelen van anti-inflammatoire biologics van de openbare apotheken (Geneesmiddelenvergoedingssysteem, GVS) naar de ziekenhuisapotheken en daarmee naar het ziekenhuisbudget. De doelstelling van de overheveling was vermeende doelmatigheidswinst en het verbeteren van de kwaliteit van de farmaceutische zorg aan de patiënt. De patiënt diende van de overheveling geen hinder te ondervinden.

Deze Overhevelingsmaatregel verlegt evenwel de kaders waarbinnen afspraken over kosten en kostenbeheersing worden gemaakt, van 'voorschrijvers' (beroepsverenigingen) naar 'beleidsmakers' (verzekeraars en ziekenhuisdirecties). De regels voor gebruik van deze biologics zijn daarmee wezenlijk veranderd. Dokters en patiënten vormen een uniek, beschermd verbond, geborgd in de Wet op de Behandelovereenkomst, waarbij de dokter adviseert in het beste belang van de patiënt, een verbond dat ziekenhuizen of verzekeraars niet hebben. De laatste partijen hebben vele andere verantwoordelijkheden, waardoor het individuele patiëntenbelang schijnbaar moeiteloos geofferd kan worden voor dat van collectieve gezondheidszorg, zoals zij dat zelf formuleren¹: "De NFU/NVZ en NVZA/NVPF steunen het principe van de overheveling: de regie over de medisch specialistische en bijbehorende farmaceutische zorg ligt bij het ziekenhuis."

De wrijving die dit kan opleveren, wordt herkend door minister en Tweede Kamer,

reden waarom een instrument is gecreëerd dat de Overhevelingsmaatregel dient te evalueren vanuit het patiëntperspectief, opdat geen ongewenste effecten optreden. De Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening heeft daartoe samen met een aantal patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen en andere belanghebbenden een internet-gebaseerd monitorsysteem opgezet (www.monitorgeneesmiddelen.nl) dat door ongeveer 5000 individuele patiënten is ingevuld, geschat ongeveer 10% van het totale aantal gebruikers².

In de eindrapportage van deze monitor² is de conclusie niet mild. Er is sprake van ongewenst stoppen van of switchen tussen biologics, switchen slechts op basis van kostenoverweging, van ontzeggen van biologics bij *off-label*indicaties (bijvoorbeeld fulminante *unclassified* colitis), en incidenteel van specialisten die onder druk worden gezet goedkoper voor te schrijven. Ook zijn tal van logistieke en communicatieproblemen in de apotheken geconstateerd. Deze conclusie staat in contrast met de rapportage van de zelfevaluatie door ziekenhuizen.¹ Hier wordt gemeld: "Uit de evaluatie blijkt dat de ziekenhuizen in staat zijn geweest om de patiënten van de overgeheveldde medicatie te voorzien."

Wat de rapportages voor gevolgen hebben voor verdere overheveling van specialistische geneesmiddelen, voor de toegankelijkheid van biologics voor de (inflammatoire) patiënt en voor het verder verschuiven van het behandelprimaat van de spreekkamer



VIDI-beurs voor Rinse Weersma

NWO heeft aan prof. dr. Rinse Weersma, MDL-arts in het Universitair Medisch Centrum Groningen een VIDI-beurs toegekend voor zijn voorstel 'Host-microbe interactions define inflammatory bowel diseases'. Een mens bestaat uit meer bacteriën dan menselijke cellen. Verlies van tolerantie voor darmbacteriën kan leiden tot de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. De onderzoekers gaan menselijke en bacteriële genen bestuderen in relatie tot ontstaan en verloop van de ziekte. Hierbij zal er gebruik worden gemaakt van klinische data en biomaterialen die zijn verzameld door de Nederlandse IBD-werkgroep (Initiative on Crohn and Colitis) binnen het Parelsnoerproject (PSI-ICC). De VIDI-beurs is gericht op excellente onderzoekers die na hun promotie al een aantal jaren succesvol onderzoek hebben verricht. Met een VIDI kunnen zij vijf jaar lang onderzoek doen.

naar het bureau van ziekenhuisdirectie en verzekeraar, zal het komende jaar leren.

Ad van Bodegraven, MDL-arts
VUmc, Amsterdam

Referenties

1. *Overheveling specialistische geneesmiddelen 2012–2013. Uitkomsten ziekenhuisevaluatie.* Onder auspiciën van NVZ, NFU, NVZA en NvPF (Utrecht, 28 maart 2013).
2. *Eindrapportage overheveling 2012.* Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (Rotterdam, 4 april 2013).



Xifaxan[®]550
Rifaximine- α

NIEUW

Robuuste bescherming tegen recidiverende episodes van hepatische encefalopathie¹



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

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

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

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

ROB DE MAN, VOORZITTER CONCILIUM GASTROENTEROLOGICUM NEERLANDICUM:

Een visitatiecommissie is geen politie

Hij oogt vriendelijk en rustig wanneer hij tegenover je gaat zitten in zijn krappe kamer in het Erasmus MC. Armen over elkaar. Rob de Man, sinds 2007 hoofdopleider MDL. Daarvoor zeven jaar 'waarnemend' onder Ernst Kuipers. "In 2007 hebben we besloten de rollen om te draaien en werd Ernst waarnemend opleider."

De Man is niet alleen sterk geïnteresseerd in onderwijs en opleiding, hij is coach in hart en nieren. Dat uit zich al in zijn studententijd, waar hij jarenlang diverse roeiploegen van de studentenroeivereniging Skadi coacht. "Ik ben een teamspeler. Altijd geweest. Ook als roeicoach. Talent, zeg ik altijd, is niet genoeg. Kijk bijvoorbeeld naar de Holland Acht en hun afgang in Londen vorige jaar. In het *Varisty Magazine 2013* stond een prachtige reconstructie van hun falen. De sterkste roeiers sinds jaren in een boot. Het talent droop ervan af, maar een team is het nooit geworden en die gedoodverfde medaille hebben ze niet gewonnen." Het teambelang predikt hij ook in het Eras-

mus MC. Niet alleen richting de aio's, ook richting staf. "Het opleiden", zegt hij, "vormt met patiëntenzorg, onderzoek en management de basis van het academische werk. Daaraan moet iedereen meedoen. En heb je daarvoor geen tijd of eigenlijk geen zin, dan hoor je niet thuis in een academisch ziekenhuis."

Werken met jonge mensen vindt hij fantastisch. "Je hebt mensen die enthousiast zijn. Mensen die willen. Doelen voor ogen hebben. Prachtig om daarmee samen te werken."

Rob de Man visiteerde jaarlijks heel wat MDL-afdelingen die opleiden. "We deden dat met z'n drieën. Twee maag-darm-lever-artsen én een aio. Het gaat tenslotte om de controle van de opleiding en dan kan deze zeker niet ontbreken." Krijgt de afdeling het stempel *goed*, dan is de eerstvolgende visitatie over vijf jaar. Het kan ook zijn dat de visitatie enige *zorgen* baart: in dat geval komt de commissie twee jaar later weer langs. Dat een opleiding moet worden geschrapt, heeft De Man nooit meegemaakt. Visiteren vindt hij "leuk werk". Waar je voor moet waken, is te streng te zijn. "Collega's leggen de lat voor elkaar hoog en vaak te hoog. Dat zie je in alle specialismen. Daarop moet je beducht zijn. Je bent geen visitatiepolitie. Je moet met een positieve blik zo'n afdeling bekijken. Maar ook: feiten onderzoeken en weinig of geen aandacht besteden aan wat men allemaal wil gaan doen. 'Van plan zijn' bestaat niet voor een visitatiecommissie."

Verantwoordelijk voor 26 artsen in opleiding – 18 in het Erasmus MC, 3 die momenteel in Delft en Dordrecht zitten en 2 in Deventer – is de opleider steeds meer mana-

ger geworden die het hele team moet kunnen inspireren, aio's en MDL-artsen. Elk jaar wordt iedereen over en weer geëvalueerd. Opleiders evalueren aio's en omgekeerd. Maar ook de afdeling en de opleiding zelf worden grondig onder de loep genomen. De Man kreeg jaren geleden te horen dat hij als opleider wel een juiste koers voer, maar dat hij daarbij de touwtjes te strak in handen hield. "Ik ben direct een coachcursus gaan doen, waarvan ik veel heb geleerd. Zo hebben we onder andere de functie van CEO ingevoerd. De rol van Chief Executive Officer, met een knipoog naar het bedrijfsleven, is voorbestemd voor de oudste assistent. Hij of zij, en dat laatste komt steeds

Managementcursus

Wanneer de bijna-MDL-artsen hun opleidingsziekenhuis verlaten, weten zij van alles over de maag, darmen en lever, maar hebben zij veelal geen idee wat er allemaal op hen af komt. Speciaal voor hen heeft De Man, samen met een organisatieadviseur, de cursus *Klaar als MDL-arts... en hoe nu verder?* ontwikkeld. Het is een managementcursus die de jonge maag-darm-leverarts een doorkijkje geeft richting toekomst. Wat staat hem en haar te wachten? Hoe komen zij tot een optimale praktijkvoering en vestiging? Wordt het loondienst of maatschap? Wordt het kiezen of gekozen worden?

Dit jaar wordt de cursus gegeven op 2 december. Inschrijven via

www.erasmusmc.nl/mdl/management-cursus.

Collega's leggen de lat voor elkaar hoog en vaak te hoog



Dr. R.A. de Man, hoofdopleider MDL van het Erasmus MC, is sinds 1 januari 2013 voorzitter van het Concilium Gastroenterologicum Neerlandicum; het uitvoerend orgaan van de NVMDL met gedelegeerde verantwoordelijkheid voor de opleiding. Hij was MSRC-lid, voorzitter van de landelijke onderwijscommissie MDL en van de commissie kwaliteitsvisite van de NVMDL. Ook is hij onder meer actief als NIAZ-auditor, lid van de commissie interne visitatie Erasmus MC en de Adviesraad Zorg van het Erasmus MC.

Rob de Man: "Opleiden vormt met patiëntenzorg, onderzoek en management de basis van het academische werk."

vaker voor, is zeg maar de *liaison officer* tussen aio's en mij. Stelt het rooster op, houdt mensen waar nodig bij de les, lost de eerste problemen op, en noem maar op."

Het werkt uitstekend, vindt niet alleen De Man maar de hele afdeling. "Ik heb een aantal touwtjes aan de CEO gegeven, waardoor ik weer meer tijd heb voor het opleiden en begeleiden en voor de assistent is het CEO-zijn een prima leerschool. Een half jaar later moet hij of zij zelf echt aan de bak als MDL-arts."

Over het doen van twee deelgebieden tijdens je MDL-opleiding is hij vrij nuchter. "Je moet wel het geluk hebben dat er een plek vrij is. In een academisch ziekenhuis zit

je wat dat betreft meestal wel goed. Daar kun je je veelal in twee van de vier deelgebieden specialiseren. Is dat niet het geval, dan kan het gebeuren dat je als aio naar een ander ziekenhuis moet. Dan moet daar wel plaats zijn. En niet alleen dat. De open plek die de aio in zijn opleidingsziekenhuis achterlaat, moet gedurende zijn of haar afwezigheid wel worden opgevuld, want daarmee is in alle roosters en werkschema's rekening gehouden. Al met al is het dus echt niet zo eenvoudig je op twee deelgebieden te specialiseren."

Het specialiseren op één van de deelgebieden is al geen sinecure. "Na die twee keer twee jaar van interne en algemene MDL zijn

er genoeg aio's die liever zo breed mogelijk willen zijn opgeleid. Die specialiseren zich niet. Een ander deel wil dat juist graag. Soms zelfs te graag. Je moet, vergeet dat niet, wel over talent beschikken."

Praten en begeleiden. Wat zijn je doelen als MDL-arts? Wat vind je leuk? Waarin ben je goed? Wat vind je vervelend? "Het komt allemaal aan bod tijdens de opleiding. Hoe vaak hebben we het hier niet meegemaakt dat in zo'n eerste maand de assistent precies wist welk deelgebied het later zou worden. Om vervolgens, na die eerste vier jaar, iets heel anders te gaan doen. Daar groei je samen, aios en opleider, naar toe."

Tijd over voor tweede deelgebied

“Ik had zestien maanden over”, legt Martijn ter Borg (34 jaar) zijn specialisatie uit op de twee deelgebieden hepatologie en interventie-endoscopie. Zoals veel van zijn leeftijdgenoten – “omdat MDL erg populair is, je maar moeilijk een opleidingsplaats krijgt en de kans erop groter is als je bent gepromoveerd, hoewel dat ook weer geen garantie biedt” – begint ook Ter Borg na zijn artsopleiding in 2003 met een promotieonderzoek. In december 2008 promoveert hij aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam bij professor Harry Janssen op de behandelingsmogelijkheden van chronische hepatitis B – *Immune modulating therapy and its viral kinetics in chronic hepatitis B*.

De eerste vier jaar van zijn opleiding spelen zich af in het Deventer Ziekenhuis. De verdieping heeft plaats in het Erasmus MC. “Daar heb ik me gespecialiseerd in de lever. Dankzij mijn eerdere onderzoek op het gebied van hepatitis B kon ik sommige delen overslaan waardoor ik uiteindelijk ruim een jaar over had.” Die tijd stortte hij zich op de interventie-endoscopie. Hij vindt beide deelgebieden “prachtig om te doen” en zal niet vlug één ervan laten schieten. Het “beschouwende en poliklinische van de lever en het chirurgische doen van een endoscopie” hebben op Ter Borg een grote aantrekkingskracht. Hij zegt niet te hebben gekozen voor twee

deelspecialisaties om verzekerd te zijn van een baan als MDL-arts. “Er was toen en is nu nog steeds een tekort; wanneer je eenmaal een opleidingsplek hebt, dan moet het vreemd lopen als je na een afgeronde specialisatie nergens aan de slag kunt.” Martijn koos voor de periferie: het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven en Eindhoven. “Ik wil me voornamelijk richten op patiëntenzorg. Daar ligt m’n hart. Daarnaast wil ik wel onderzoek blijven doen, maar niet al te veel.” Behalve patiëntenzorg is zijn keuze voor een perifere ziekenhuis mede ingegeven omdat dat hem de ruimte bood twee richtingen te blijven doen. “Alle leverproblemen krijg ik

PENTAX

MEDICAL

Excellence in focus

Duidelijk.

Eenvoud. Onderscheidend.

Toonaangevend & leidend in flexibele HD Endoscopie

PENTAX Medical
Excellence in Focus™

T: +31 (0)76 531 30 31
F: +31 (0)76 531 30 00

E: lifecare@pentax.nl
I: www.pentaxmedical.com



**Vanaf heden beschikbaar
de allereerste HD+ Duodenoscoop
ED34-i10T**

nu op m'n bord. Daarnaast doe ik ook veel ERCP's en endo-echo's. In een academisch ziekenhuis kan dat moeilijker. Daar richt je je op één deelgebied, waar je in de periferie nog allround kunt zijn."

Of dat over tien jaar ook nog zo zal zijn? "Ik denk dat wij ons als MDL-artsen verder zullen specialiseren. Als je alleen al kijkt naar de lever, naar de virale hepatitis B en C en de extreem dure medicijnen die daar omgaan. Dat vraagt om verdere specialisatie binnen een aandachtsgebied. Een soort van superspecialisatie. En misschien leidt dat wel tot een afsplitsing binnen de MDL." Zelf hoopt hij nog lang zijn aandacht op beide deelgebieden te kunnen richten.

Martijn ter Borg: "In een perifere ziekenhuis als het Máxima Medisch Centrum heb ik de ruimte beide differentiaties te blijven uitoefenen."



ERCP: volumenorm of uitkomstregistratie? Nut en noodzaak PERK

Naar analogie van de herverdeling van laagvolume/hogocomplexe chirurgische ingrepen hoopt de overheid ook bij de ERCP een kwaliteitsslag maken door een volumenorm te introduceren. Hoewel in de oude literatuur uit grote tertiaire centra werd gesteld dat het percentage geslaagde ERCP's stijgt bij toenemend volume, is dit verband in een recent groot Brits onderzoek juist niet gebleken (*Endoscopy 2012*, 44, 674–683). En al is de discussie over het wetenschappelijk bewijs van kwaliteitsverbetering door centralisatie bij de heelkunde nu verstomd, iedereen weet dat de wetenschappelijke onderbouwing hiervan eigenlijk nooit is afgerond. Ook blijkt nu uit de prospectieve registraties van de heelkunde dat het hanteren van een volumenorm niet altijd tot de verwachte kwaliteitswinst leidt. Gezien deze onzekerheden heeft de Commissie Kwaliteit van de NVMDL aan de

Inspectie voor de Gezondheidszorg voorgesteld om de Prospectieve ERCP Kwaliteitsregistratie (PERK) als indicator te gebruiken en niet *a priori* een onzeker onderbouwde volumenorm van bijvoorbeeld 100 ERCP's per persoon per jaar te introduceren. We mogen blij zijn dat de Inspectie voorlopig (!) met dit voorstel akkoord is gegaan.

Deelname aan PERK

Wat is nu het resultaat van PERK? Na een half jaar wordt door onze collega's in den lande circa één derde van alle ERCP's geregistreerd. Dat is in een tijd van grote registratiedruk door het aanstormende bevolkingsonderzoek een hele prestatie. Maar het kan en moet beter! We signaleren misverstanden over de achtergrond van PERK: sommigen hebben de indruk dat het puur een onderzoeksproject betreft, anderen menen dat het weinig prioriteit

behoeft, en helaas zijn er ook gewaardeerde collega's die overtuigd zijn dat de volumenorm van 100 per persoon per jaar het ei van Columbus is en het evalueren van uitkomst verspilde moeite.

Inmiddels blijkt uit de coloscopieregistratie voor het bevolkingsonderzoek dat registreren zeker geen verspilde moeite is. Volume en kwaliteit gaan ook hier echt niet altijd samen, een reden te meer om ons in te zetten deze registratie tot een succes te maken. Anders wacht ons over enkele jaren een in het weekend rondreizend circus van ERCP-isten die aan de slag moeten met onbekende patiënten, onbekende assistenten, personeel, ongebruikelijk materiaal en een EPD-systeem dat men niet beheerst.

Namens de PERK-stuurgroep,
Frank ter Borg

Richtlijnen in de pijplijn

Vrijwel wekelijks worden NVMDL-leden bestookt met mails waarin aandacht wordt gevraagd voor een nieuwe richtlijn. Er wordt gevraagd om commentaar, wat vrijwel altijd pas na diepgaand bestuderen mogelijk is. Tijd hiervoor ontbreekt vaak in een drukke praktijk en het kritisch doorlezen van een dergelijke conceptversie is geen aantrekkelijke besteding van een vrije avond.

Richtlijnen nemen een belangrijke plaats in ons professionele leven in. Ze geven *evidence based* houvast, zowel aan zorgverleners als aan patiënten, zorgverzekeraars en beleidsmakers. Ongewenste praktijkvariatie kan ermee worden voorkomen. Het maken en onderhouden van richtlijnen is echter tijdrovend en kostbaar. De logistiek is complex omdat er vaak sprake is van multidisciplinaire bemoeienis, met input van zowel mankracht als budget uit verschillende wetenschappelijke verenigingen. Ook wordt de inzet van epidemiologen, procesbegeleiders en ervaringsdeskundigen (patiënten) gevraagd.

Het totale proces van ontwikkelen, accorderen en implementeren van een richtlijn is een proces dat veel tijd in beslag neemt en soms ongemerkt – en ongewenst – te lang duurt. Het doorlopen van de diverse fasen wordt streng bewaakt door de financier, Stichting Kwaliteitsgelden Medische Specialisten (SKMS) en de Commissie Kwaliteit. Zo is het de bedoeling dat een commentaarroude niet langer dan zes weken duurt en dat de autorisatie frequenter en dus sneller kan plaatsvinden dan twee keer per jaar bij een algemene ledenvergadering. Hiertoe wordt een richtlijn in het bestuur van de NVMDL geautoriseerd na raadpleging van de leden via – weer een – mail. De SKMS stelt ook als eis dat er door de richtlijnenwerkgroep een tweetal kwaliteitsindicatoren wordt voorgesteld. Boven-

dien moet er een plan van aanpak zijn voor de implementatie van de richtlijn. Meestal organiseert onze vereniging daarvoor een minisymposium tijdens de voor- of najaarsvergadering in Veldhoven of wordt er een e-learningmodule ontwikkeld.

De Regieraad Kwaliteit van Zorg (thans onderdeel van het Kwaliteitsinstituut van Zorginstituut Nederland i.o.) heeft het rapport *Medisch specialistische richtlijnen 2.0* (oktober 2011) gepubliceerd in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten¹. In dit rapport worden eisen geformuleerd voor zowel ontwikkeling als onderhoud van richtlijnen. De Regieraad pleit voor een landelijke prioritering van richtlijnonderwerpen. Onze vereniging heeft dat goed geregeld en er is inmiddels voor de meest voorkomende ziektebeelden een richtlijn.

Onderwerpen worden in de praktijk vaak aangedragen door enthousiaste experts, met intrinsieke motivatie om nieuwe wetenschappelijke inzichten in een richtlijn te verwerken. Een verzoek tot medewerking aan een multidisciplinaire richtlijn bereikt ons ook frequent via andere instanties, zoals het IKNL.

In de pijplijn

Voor revisie staan de richtlijnen *NSAID-gebruik en preventie van maagschade* (2003), *Maagklachten* (2004), *Acute pancreatitis* (2005) en *Endoscopische ingrepen bij patiën-*

ten met antistolling (2005) op de rol. De laatste richtlijn is door het toenemend gebruik van NOAC erg actueel. Dit jaar zal de gereviseerde richtlijn *Barrett-slokdarm* gereed zijn. Voorts is vanuit de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) een initiatief gestart om een richtlijn te maken voor de behandeling van *galstenen*, waaraan de NVMDL haar bijdrage zal leveren. Wenselijk is ook een richtlijn voor *voedingssonde en PEG* en één voor *coloscopie/poliepectomie*.

Het laatste valt onder de noemer 'kleine onderwerpen' waarvoor geen Nederlandse versie-richtlijn beschikbaar is, maar waarbij

AGENDA

YICC Research Symposium



Op woensdag
13 november
2013 wordt van
13.30–18.00 uur
in De Witte Vosch
in Utrecht voor de
zevende keer het
Young Initiative on

Crohn and Colitis Research Symposium gehouden. (Arts-)onderzoekers/promovendi en artsen/AIOS met interesse in IBD-gerelateerd onderzoek zijn van harte uitgenodigd. Ben jij geïnteresseerd in de onderzoeksresultaten van je collega's en *state of the art*-lezingen? Schrijf je nu in op

www.tramedico.nl/youngicc.

Charlotte Peters en Dirk van Asseldonk
Bestuur YICC

nationale consensus wel van belang is, bijvoorbeeld in het kader van de komende darmkankerscreening. Er is dit jaar hard gewerkt aan een nieuwe richtlijn voor *poliepsurveillance*. Deze zal binnenkort ter autorisatie worden aangeboden. Er is bewust gekozen voor een monodisciplinaire richtlijn, omdat het leeuwendeel van de surveillance door MDL-artsen wordt gedaan. Uiteraard werd commentaar gevraagd aan de NIV, NVvH en enkele andere wetenschappelijke verenigingen. Op initiatief van het IKNL werd de richtlijn *Behandeling en follow-up van colorectale tumoren* gereviseerd. De multidisciplinaire werkgroep heeft inmiddels het concept aan ons voorgelegd. Verder zullen de richtlijnen *Erfelijke darmkanker* en *Maagcarcinoom* waarschijnlijk op korte termijn worden gereviseerd. Voor *proctologie* en *Cowdensyndroom* worden werkgroepen opgericht.

Een voorbeeld van een klein onderwerp is *post-ERCP-pancreatitis*, waarvoor wel internationale richtlijnen zijn. Het uitwerken en vertalen ervan naar de Nederlandse situatie zou een tijdsbesparende optie kunnen zijn. Nieuwe inzichten in de behandeling van acute pancreatitis komen voort uit het onderzoek door de Pancreas Werkgroep Nederland. We hopen dat deze werkgroep een bijdrage wil leveren aan een vernieuwde versie van de richtlijn *Acute pancreatitis* (de oude dateert uit 2005).

Jeroen van Bergeijk
NVMDL-Subcommissie Richtlijnen

¹<http://www.kwaliteitskoepel.nl/kwaliteitsbibliotheek/leidraden/eindrapport-medisch-specialistische-richtlijnen-2-0.html>

E-learning Sedatie en Advanced Life Support (ALS)

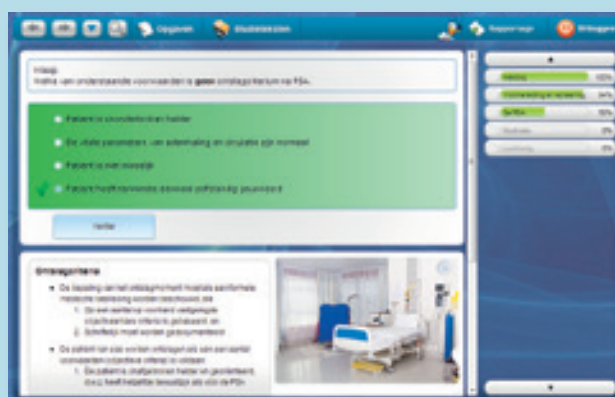
Alle endoscopieafdelingen zijn op dit moment bezig met de implementatie van de richtlijn 'Sedatie en analgesie buiten de OK'. Naast organisatorische aanpassingen en het volgen van een ALS-cursus is het noodzakelijk als MDL-arts aantoonbaar bekwaam te zijn in het toedienen van sedatie bij endoscopieën.

In verband met deze actuele scholingsbehoefte is een doeltreffende e-learningmodule ontwikkeld door ExpertCollege in Amstelveen in samenwerking met de afdeling anesthesiologie van het AMC. De module is opgesteld conform de CBO-rechtlijnen en is in lijn met het toetsingskader 'Sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De module is getest door leden van de NVMDL-sedatiecommissie en voldoet aan de verwachtingen. Deze module wordt uitgebracht voor zowel MDL-artsen als endoscopieverpleegkundigen.

De e-learning volgt een algoritme waardoor telkens een nieuwe vraag en aanvullende informatie over een onderwerp worden getoond als een verkeerd antwoord is gegeven. Na het doorlopen van de module – dit duurt ongeveer vijf kwartier – is de deelnemer goed op de hoogte van alle relevante aspecten van de richtlijn. Na het voltooiën van de module ontvangt de deelnemer een certificaat. De deelname wordt geaccrediteerd.

De V&VN adviseert endoscopied medewerkers de e-learningmodule te volgen. Daarnaast zijn er eindtermen geformuleerd voor de scholing en kennis van de endoscopied medewerker. Omdat de NVMDL heeft uitgesproken dat MDL-artsen ook geschoold dienen te zijn in Advanced Life Support, heeft het opleidingsinstituut ExpertCollege een scholingspakket samengesteld, bestaande uit de e-learningmodule 'Sedatie' en daarnaast de e-learningmodule 'Advanced Life Support'. Beide modules, aangevuld met een dagdeel scenariotrainings, kunnen in de maanden september en oktober als actiepakket worden afgenomen. De scenariotrainings worden gegeven in het ExpertCollege trainings- en simulatiecentrum in Amstelveen. Uiteraard is een ALS-cursus of een ALS-praktijktraining ook op andere locaties mogelijk. Meer informatie vindt u op www.sedatiecursus.nl.

Michael Klemt-Kropp, MDL-arts, lid Sedatiecommissie NVMDL
Thea Korpershoek, voorzitter V&VN MDL





Focus op perfectie

Wie op het hoogste niveau mee wil blijven tellen, moet continu zijn grenzen verleggen. Dat geldt ook voor ons. Elke dag zoeken we naar innovatieve en nóg betere oplossingen. In de wetenschap dat zelfs de kleinste stap vooruit al een wereld van verschil kan maken. Neem onze Salofalk® 3 g Granu-Stix® voor zowel de acute- als



1x daags

onderhoudsbehandeling van colitis ulcerosa. Deze is in tegenstelling tot andere toedieningsvormen bewezen effectiever dan tabletten in de behandeling van actieve distale colitis ulcerosa.¹ Salofalk® 3 g Granu-Stix® werkt in het totale colon tot aan het rectum en heeft het gemak van een 1x daagse dosering. www.drpharm.nl

Salofalk® 3 g Granu-Stix® bij colitis ulcerosa Het resultaat van steeds beter willen worden



Focus op perfectie



KWALITEITSVISITATIE NIEUWE STIJL:

Hoe worden we er nog beter van?

Vanaf de start van de visitaties in 1996 heeft intercollegiale toetsing veel opgeleverd. De kwaliteitsvisitatiecommissie MDL heeft zich echter steeds de vraag gesteld op welke manier de kwaliteitsvisitatie verder verbeterd kan worden. Hoe kan een vakgroep MDL die de meeste zaken op orde heeft, worden gestimuleerd de stap te zetten van 'goede' naar 'excellente' zorg? Wat verstaan we precies onder goede zorg, ofwel: welke normen hanteren we? Maar ook: wanneer leidt een situatie tot een advies dan wel een voorwaarde?

De Raad Kwaliteit van de Orde voor Medisch Specialisten (OMS) heeft de leidraad 'Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties' opgesteld. Deze leidraad biedt wetenschappelijke verenigingen een handvat om te komen tot een systematische, objectieve en transparante manier van visiteren. De leidraad geeft hun de verplichting normen uit te werken, in praktijk te brengen, na te leven en te evalueren. Hierbij wordt uitgegaan van vier domeinen in de zorg: evaluatie van zorg, patiëntenperspectief, professionele ontwikkeling en vakgroepfunctioneren. In elk domein is een aantal kwaliteitsitems benoemd. Het is aan de wetenschappelijke verenigingen om te beslissen over de precieze inkleuring en gebruik van normen met betrekking tot deze items. De opgestelde normen zullen concreet en toetsbaar moeten zijn en de consequenties helder. Kwaliteit wordt zo beter meetbaar en kan bovendien zichtbaar worden gemaakt. Niet alleen voor de MDL-artsen zelf, maar ook voor patiënten, de ziekenhuisorganisatie en aan gremia buiten het ziekenhuis, zoals patiëntenverenigingen en de Inspectie.

De kwaliteitsvisitatiecommissie MDL is inmiddels bezig met het ontwikkelen van een normenset voor de diverse kwaliteits-

items. Uit de basisset is een aantal items gekozen, zoals het naleven van richtlijnen, de complicatieregistratie en het patiëntenperspectief. Voor alle items zal een waarde-ring worden ontwikkeld. Zo ontstaat een basisnorm evenals helderheid over wat zal leiden tot een aanbeveling (verbetering binnen vijf jaar), zwaarwegend advies (verbetering binnen twee jaar) of een voorwaarde (verbetering binnen zes maanden). Daarnaast kunnen we met elkaar definiëren wat we excellente zorg noemen: de streefnorm (*zie kader*). Met deze normenset wordt voor een ieder helder waarop wordt getoetst en wat kan leiden tot (een aansporing tot) verbetering van kwaliteit van zorg.

Vanaf september 2013 zal bij de kwaliteitsvisitaties worden 'geoefend' met het gebruik van (concept-)normen. Op deze manier kan bekeken worden of de normenset voldoet aan het uitgangspunt, namelijk dat deze behulpzaam is bij het gezamenlijk vaststellen van de kwaliteit van zorg geleverd door MDL-artsen.

De visitatiedag zal er in de toekomst deels anders gaan uitzien. Aan de te visiteren vakgroep zal worden gevraagd de normen tevooren in de praktijk te toetsen. Op de visitatiedag zal samen met de leden van de kwaliteitsvisitatiecommissie de normering worden vastgesteld.

Het vaststellen van normen is niet statisch. Door veranderingen in de zorg, bijvoorbeeld door het ontstaan van nieuwe technieken of opkomen van nieuwe behandelingen zal de normenset steeds dienen te worden aangepast. Hier ligt een belangrijke taak voor de wetenschappelijke vereniging. De Commissie kwaliteitsvisitatie is ervan overtuigd dat door deze veranderingen in de komende jaren meer nadruk komt op het zichtbaar maken van geleverde kwaliteit van zorg door MDL-artsen voor MDL-patiënten.

De leidraad 'Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties' kunt u vinden op de site van de Orde van Medisch Specialisten (www.orde.nl) (zoek: 'Nieuwe leidraad kwaliteitsvisitaties'). U kunt hem ook downloaden via www.mdl.nl/MAGMA.

Marie-Louise Verhulst,
Voorzitter Commissie kwaliteitsvisitatie
NVMDL

Complicatieregistratie (voorbeeld)

Streefnorm

De vakgroep heeft een complicatieregistratie en -bespreking. Hierbij worden uitkomsten geanalyseerd, verbeteracties vastgesteld en protocolwijzigingen geïmplementeerd. De vakgroep participeert **ook** in een landelijke complicatieregistratie, waardoor de resultaten worden gebenchmarkt.

Basisnorm

De vakgroep heeft een complicatieregistratie en -bespreking. Hierbij worden uitkomsten geanalyseerd, verbeteracties vastgesteld en protocolwijzigingen geïmplementeerd.

Aanbeveling

De vakgroep heeft een complicatieregistratie en -bespreking. Dit leidt echter **niet** tot aantoonbare beleidsaanpassingen.

Zwaarwegend advies

De vakgroep heeft een complicatieregistratie, maar complicaties worden niet (systematisch) besproken.

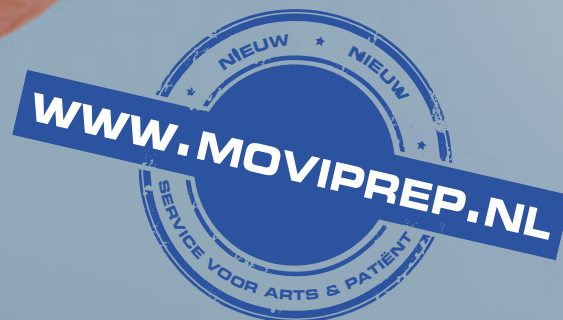
Voorwaarde

De vakgroep heeft **geen** (structurele) complicatieregistratie.

VERTROUWEN DOOR HELDER ZICHT

MOVIPREP®

IS UW PARTNER IN SUCCESVOLLE
DARMVOORBEREIDING.
HET BIEDT SUPERIEURE REINIGING
VAN DE PROXIMALE DARM IN
VERGELIJKING MET LAAG-VOLUME
OSMOTISCHE MIDDELEN.^{1,2}



MOVIPREP® ORANGE

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



MOVIPREP®

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



EBGH-diploma komt eraan

Als onderdeel van de Europese Medisch Specialisten Commissie (EUMS), die wordt aangestuurd vanuit Brussel, is de European Board of Gastroenterology and Hepatology (EBGH) al ongeveer twintig jaar actief op het gebied van CME-accreditering en verantwoordelijk voor het Europese diploma voor gastro-enterologie. Sinds 2010 is 'hepatology' geïncorporeerd en wil men in navolging van de Nederlandse benaming MDL-arts, de naam HGE-specialist gaan gebruiken. Een deel van u heeft het Europese diploma en het Erasmus MC is een gevisiteerd Europees Opleidingscentrum voor de MDL.

Blue Book

Het Europese curriculum is herzien in 2012 na een voorbereiding van vier jaar. U kunt dit curriculum onder de naam *Blue Book* downloaden via www.eubog.org/docs/Blue_Book.pdf.

Het nieuwe Europese curriculum lijkt nu sprekend op het Nederlandse curriculum en dit is niet toevallig. Het bestaat uit twee jaar interne geneeskunde en vier jaar MDL, waarbij gekozen kan worden uit de differentiatie digestieve oncologie, interventie-endoscopie, hepatologie en voeding. Opvallend verschil met het Nederlands curriculum is, dat motiliteit hierbij is ondergebracht onder voeding. Europees gezien denkt men dat er te weinig interesse is voor functionele darmziekten, in het bijzonder motiliteit, en een deel van de motiliteitsproblemen uiteindelijk voedingsproblemen geeft. De gedachte om voeding als aparte uitstroom te registreren, lijkt reëel. De digestieve oncologie wil men meer vormgeven zoals dat met chemotherapie wordt



gepraktiseerd in Duitsland en België. Parallel daaraan ontstond steeds meer behoefte om afsluitend een Europees examen te introduceren. De Duitsers, de Italianen, de Fransen et cetera kennen een uitstroomexamen.

Brits examen

Het best gevalideerde examen is waarschijnlijk het MRCP-Gastro van de Royal College of Physicians uit Londen. Dit examen wordt door alle MDL-artsen i.o. in jaar vijf of zes afgelegd en geeft een goed beeld van de huidige kennis van de MDL-artsen na de opleiding (UK).

De Royal College-examencommissie bestaat uit een aantal leden van de British Society of Gastroenterology (BSG) die vier à vijf maal per jaar gedurende twee dagen bijeenkomen 'zonder computer, zonder iPhone' om nieuwe vragen te maken. De leden kunnen hierover niet elektronisch beschikken. De validatie van dit examen heeft het Royal College of Physicians voor de gastro aan onbetaald werk door de leden van de beroepsgroep ongeveer één miljoen pond gekost. Het is duidelijk dat het MRCP-Gastro een duur proces is. Het examen, qua participatie, kost u ongeveer £ 1.100.

Europees examen

Het Engelse voorbeeld leek de European Board het beste uitgangspunt om tot een

nieuw Europees examen te komen. Lange discussies binnen de Board moesten met name de Duitsers, Fransen en Italianen ervan overtuigen dat het examen in het Engels moest. Bij vertaling van alle vragen in het Duits, Frans et cetera zou het risico op lekken van vragen naar internet veel te groot worden.

De validering van de huidige vragen is buitengewoon sterk: 88–90% van de participanten haalt een voldoende. De 12% die zakt, doet het in de herkansing die binnen twee weken erna wordt gedaan, niet anders. Minder dan 1% slaagt dan wel. Vice versa zijn van de geslaagden slechts enkele procenten bij een volgende herkansing (als test) gezakt. Dit betekent dat de validering en de reproduceerbaarheid van het examen voldoende.

April 2014

The European Board en The Royal College of Physicians zullen binnen enkele weken een overeenkomst sluiten om tot transitie in vijf jaar van het huidige Engelse examen naar het Europese examen te komen (2015–2020). Het MRCP-Gastro zal dan verdwijnen. Een aantal leden van de European Board is inmiddels toegetreden tot het schrijfcomité van de EBGH.

We hopen in april 2014 met het examen te kunnen starten, als het principeakkoord tussen het Royal College en de EBGH is getekend. De prijs voor dit examen zal ongeveer € 400 bedragen en het examen kan decentraal (in eigen land) worden afgelegd.

Op dit moment is er veel belangstelling om tot Europese classificatie over te gaan in landen waarvan u dat niet in de eerste plaats zou verwachten. Veel Indiërs doen na hun MDL-opleiding standaard het MRCP-Gastro, evenals veel mensen in opleiding uit Oost- en Zuidelijk Afrika. Het lijkt er dan

Lees verder op pagina 99.



HUMIRA[®]
adalimumab

ook op dat dit examen een nieuwe standaard zal worden, ook voor de Nederlandse situatie, waarbij wij aan de verplichtingen van de overheid volledig kunnen voldoen. Hoe we dit examen moeten noemen, goed gebekt, staat open voor discussie. Uw suggesties zijn welkom.

Van vrijwillig naar verplicht

De in Nederland uitstromende MDL-artsen zullen, net zoals de anesthesie dit al doet, dit examen vrijwillig gaan afleggen, zo verwacht ik. Uiteindelijk zal er een verplichting komen (2018–2020?). MDL-artsen die ook

aan de Europese registratie voldoen, zullen makkelijker kunnen uitwisselen naar landen van de voormalige Common Wealth, zoals Canada, Australië, Zuidelijk Afrika. Uitwisseling op basis van deze examens en diploma's met de Amerikanen zal nog lang duren en het punt aan de horizon is niet te overzien.

We hopen dat snel een aantal uitstomers het Europese examen gaat doen en dat dit betaald wordt uit het rugzakje.

Chris Mulder

Nederlands vertegenwoordiger EBGH



Deelspecialisatie: een nieuwe ontwikkeling?

Fusies van ziekenhuizen, daardoor grotere maatschappen en meer deelspecialisatie: het lijkt een niet te stuiten ontwikkeling in deze tijd. Ook uit de opleidingen stromen MDL-artsen met verschillende competenties: hepatologen, interventie-endoscopisten, IBD-artsen et cetera.

Ik las het *NTVG* uit 1913. Dat doe ik niet voortdurend, maar ik was nu op zoek naar het verslag van de eerste vergadering van de Nederlandse Vereniging van Maag Darmartsen in oktober 1913, honderd jaar geleden. Daarbij kwam ik het volgende stukje tegen:

New-York – De proctologen willen hooger op.

In de Verenigde Staten is het aantal artsen, wier arbeidsveld zich beperkt tot dat deel van den spijsverteringstestel wat het verst verwijderd is van het gebied der stomatologen, reeds zeer talrijk.

Te Minneapolis hebben zij hun vijftiende jaarlijksche vergadering gehouden. Maar daar is gebleken, dat zij niet tevreden zijn met hun 6 tot 8 inches¹, en de voorzitter is eischt den geheelen darm, of althans den dikken op. Is die veroverd, dan kan men verder zien. Maar de appendicitis- en colitis-artsen zullen dit niet zoo maar laten gaan. Zij houden zich aan het oude: "jus in recto" en zullen geen duimbreed daarboven aan de indringers afstaan.

Dus ook toen al: proctologen, colitis-artsen, stomatologen, appendicologen, gastrologen, jejunologen...

Laten we vooral met elkaar in gesprek blijven in gemeenschappelijke vergaderingen om dit soort grensconflicten te voorkomen.

Ik blijf MDL-arts van mond tot anus!

¹Eén inch is 2,54 cm.

Referenties: 1. SPC REM. 2. SPC HUM. 3. Colombel et al. N Engl J Med. 2010;362 (15):1383-1395. 4. Hsia EC et al. APLAR J Rheumatol 2006;9:107–118. 5. Data on file, MSD. 6. PubMedsearch 17 januari 2013. Totaal aantal hits per zoekterm voor: infliximab in combinatie met 'Crohn's disease' en 'Ulcerative Colitis' en adalimumab in combinatie met 'Crohn's disease' en 'Ulcerative Colitis'. 7. www.clinicaltrials.gov/Study/Investigating Tailored Treatment With Infliximab for Active Crohn's Disease (TAILORIX)

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE REMICADE® (infliximab). NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Remicaide® 100 mg poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie. **KWALITEIT EN KWANTITEITVE SAMENSTELLING:** Per injectieflacon 100 mg infliximab, chimerische humaan-murine IgG1 monoklonale antistof. Na reconstitutie 10 mg infliximab per ml. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** **Reumatoïde artritis:** in combinatie met methotrexaat (MTX) voor vermindering van klachten en symptomen evenals verbetering van fysiek functioneren bij volwassen patiënten met actieve ziekte wanneer respons op DMARDs inclusief MTX onvoldoende was, of bij volwassen patiënten met ernstige, actieve en progressieve ziekte die niet eerder behandeld werden met MTX of andere DMARDs. **Ziekte van Crohn bij volwassenen:** Behandeling van matige tot ernstige, actieve ziekte van Crohn bij volwassen patiënten die nog niet gereageerd ondanks en adequate behandeling met corticosteroïden en/of immunosuppressivum, of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is; behandeling van actieve ziekte van Crohn met fistelvorming bij volwassen patiënten die nog niet gereageerd ondanks volledige en adequate conventionele behandeling. **Ziekte van Crohn bij pediatrische patiënten:** Behandeling van ernstige, actieve ziekte van Crohn bij kinderen en adolescenten van 6-17 jaar die nog niet gereageerd op conventionele therapieën incl. corticosteroïden, immunomodulator en primaire voedingstherapie; of als zulke behandeling niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Remicaide is alleen onderzocht in combinatie met conventionele immunosuppressieve therapie. **Colitis ulcerosa bij volwassenen (UC):** Behandeling van matige tot ernstige actieve UC bij volwassen patiënten die niet voldoende reageerden op conventionele therapie incl. corticosteroïden en 6-mercaptopurine (6-MP) of azathioprine (AZA), of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. **Colitis ulcerosa bij pediatrische patiënten:** Behandeling van ernstig actieve UC bij kinderen en adolescenten van 6-17 jaar die niet voldoende reageerden op conventionele therapie incl. corticosteroïden en 6-MP of AZA, of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. **Spondylitis ankylosans (AS):** Behandeling van ernstige, actieve AS bij volwassen patiënten die onvoldoende reageerden op conventionele therapie. **Artritis psoriatica (PsA):** Behandeling van actieve en progressieve PsA bij volwassen patiënten wanneer respons DMARDs onvoldoende was. Remicaide moet worden toegevoegd in combinatie met MTX of alleen bij patiënten met intolerantie of contra-indicatie voor MTX. Remicaide bleek het fysiek functioneren bij patiënten met PsA te verbeteren en progressiesnelheid van perifere gewrichtsbeschadiging te verminderen, gemeten met röntgenfoto's bij patiënten met polyarticulaire symmetrische subtypen van de ziekte. **Psoriasis:** Behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij volwassen patiënten die niet gereageerd op andere systemische therapie incl. ciclosporine, MTX of PUVA, of als zulke therapie gecontra-indiceerd is of niet verdragen wordt. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor infliximab, andere muizenproteïnen of één van de hulpstoffen, tuberculose of andere ernstige infecties zoals sepsis, abscessen en opportunistische infecties, matig-ernstige hartfalen (NYHA-klasse III/IV). **BELANGRIJKSTE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** **Infusiereacties en overgevoeligheid:** Acute infusiereacties, waaronder aflytische reacties kunnen optreden binnen enkele seconden of uren na infusie. Indien acute infusiereacties optreden, moet de infusie onmiddellijk stopgezet worden. Noodmiddelen zoals adrenaline, een antihistaminicum, corticosteroïden en een beademingscanule moeten beschikbaar zijn. Voorafgaande behandeling met bv. een antihistaminicum, hydrocortison en/of paracetamol is mogelijk om milde en voorbijgaande effecten te vermijden. **Infecties:** patiënten die TNF-blokkers gebruiken zijn gevoeliger voor ernstige infecties. De incidentie van ernstige infecties was hoger bij patiënten ouder dan 65 jaar dan bij patiënten jonger dan 65 jaar. Enkele hadden een fatale afloop. Bij ouderen dient speciale aandacht te worden besteed aan het risico op infectie. In klinische studies werden bij infecties vaker bij pediatrische patiënten gemeld dan bij volwassen patiënten. Als zich een nieuwe infectie ontwikkelt tijdens behandeling dient de patiënt nauwgezet te worden gecontroleerd en volledige diagnostische evaluatie te ondergaan. Stop met Remicaide als de patiënt een nieuwe ernstige infectie of sepsis ontwikkelt en start geschikte antimicrobiële of antischimmelbehandeling. Aangezien eliminatie van infliximab tot zes maanden kan duren, dient controle op infecties gedurende deze periode voortgezet te worden. **Tuberculose:** Vóór, tijdens en na behandeling met Remicaide dient nauwlettend gecontroleerd te worden op TBC. Als actieve TBC wordt vastgesteld, mag geen behandeling met Remicaide worden ingesteld. Als latente TBC wordt vermoed, als er verscheidene of significante risicofactoren voor het ontwikkelen van TBC zijn of een voorgeschiedenis van latente of actieve TBC waarbij een adequate behandeling niet kan worden bevestigd, moeten in overleg met een arts met expertise op dit gebied, de voordelen en risico's van de behandeling met Remicaide zorgvuldig worden afgewogen. Alle patiënten dienen ook medisch advies te nemen bij klachten en/of symptomen die mogelijk op TBC wijzen tijdens of na de behandeling met Remicaide. **Invasieve schimmelinfecties:** Bij met Remicaide behandelde patiënten moet invasieve schimmelinfectie zoals aspergillose, candidiasis, pneumocystose, histoplasmosis, coccidioidomycose of blastomycose worden vermoed als zij ernstige systemische ziekte ontwikkelen. Een arts met deskundigheid bij het diagnosticeren van invasieve schimmelinfecties moet bij onderzoek van deze patiënten in een vroeg stadium geraadpleegd worden. Voor patiënten die gevoelig of gereisd hebben in/naar gebieden waar invasieve schimmelinfecties voorkomen, moeten de voor- en nadelen van behandeling met Remicaide vóór instelling van Remicaide zorgvuldig worden afgewogen. **Ziekte van Crohn met fistelvorming:** Bij patiënten met ziekte van Crohn met fistelvorming met acute, suppuratieve fistels mag geen behandeling met Remicaide worden ingesteld voordat een mogelijke infectiebron, voornamelijk abscessen, is uitgesloten (zie rubriek 4.3). **Hepatitis B (HBV) reactivering:** HBV reactivering kwam voor bij chronische HBV-dragers die een TNF-antagonist kregen (incl. infliximab), soms met fatale afloop. Vóór behandeling met Remicaide moet op HBV worden getest, wordt aanbevolen te overleggen met het arts die deskundig is in de behandeling van HBV. HBV-dragers voor wie Remicaide vereist is, moeten nauwgezet worden gevolgd. Indien HBV-reactivering zich ontwikkelt, moet Remicaide worden stopgezet. **Lever- en galandaandoeningen:** Zeer zeldzame gevallen van geelzucht en acute hepatitis, soms met fatale afloop, zijn beschreven bij patiënten die Remicaide gebruiken. **Belijktijdige toediening van een TNF-remmer en abatacept:** Ernstige infecties en neurospine zijn gezien tijdens klinische onderzoeken met gelijktijdig gebruik van anakinra en een andere TNF-remmer, etanercept, zonder bijkomend klinisch voordeel boven etanercept alleen. Daarom wordt Remicaide in combinatie met anakinra niet aanbevolen. **Gelijktijdige toediening van een TNF-remmer en abatacept:** In klinische studies is gelijktijdige toediening van een TNF-remmer en abatacept geassocieerd met verhoogd risico op infecties incl. ernstige infecties vergeleken met TNF-antagonist alleen, zonder verhoogd klinisch voordeel. Combinatie van Remicaide met abatacept wordt niet aanbevolen. **Gelijktijdige toediening met andere biologische geneesmiddelen:** Er is onvoldoende informatie over het gelijktijdig gebruik van infliximab met andere biologische geneesmiddelen die worden gebruikt voor de behandeling van dezelfde aandoeningen. Het gelijktijdig gebruik wordt niet aanbevolen vanwege het mogelijk verhoogde risico op infectie en andere potentiële farmacologische interacties. **Visselen tussen biologische DMARDs:** Voorzichtigheid en toezicht zijn geboden bij het overstappen van het ene biologische geneesmiddel op het andere, omdat overlappende biologische activiteit de kans op bijwerkingen, waaronder infecties, verder kan vergroten. **Levende vaccinaties/therapeutische infectieziekte agentia:** Er zijn beperkte gegevens over respons op levende vaccinaties met levende vaccins. Het gebruik van levende vaccins bij patiënten met een TNF-remmer kan tot ernstige infecties leiden. **Levende vaccins:** Het wordt aangeraden levende vaccins en andere therapeutische infectieziekte agentia niet gelijktijdig met Remicaide toe te dienen. Het wordt aanbevolen om bij pediatrische patiënten, indien mogelijk, alle vaccinaties bij te werken volgens de huidige vaccinatiërichtlijnen alvorens met Remicaide te starten. **Auto-immunoproces:** Relatieve TNF- α -deficiëntie door anti-TNF-therapie kan leiden tot het begin van een auto-immunoproces. **Neurologische effecten:** TNF-remmers incl. infliximab zijn geassocieerd met gevallen van nieuwe of verergerde klinische symptomen en/of radiografisch aangeeende demyeliniserende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (CZS), incl. multiple sclerose en demyeliniserende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, waaronder het syndroom van Guillain-Barré. Stoppen met Remicaide dient te worden overwogen als deze aandoeningen zich ontwikkelen. **Maligniteiten en lymfoproliferatieve aandoeningen:** In de gecontroleerde delen van klinische onderzoeken met TNF-remmers werden meer maligniteiten waaronder lymfomata waargenomen bij de TNF-remmer-groep in vergelijking met de controlegroep. Voorzichtigheid is geboden bij psoriasis en een voorgeschiedenis van extensieve immunosuppressieve therapie of aanhoudende PUVA-behandeling. Post-marketing is zelden hepatosplesisch T-cellymfoom gemeld bij patiënten behandeld met TNF-remmers, incl. Remicaide. Maligniteiten, soms met fatale afloop, zijn gemeld bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (tot 22 jaar) behandeld met TNF-blokkers, inclusief Remicaide (start van de behandeling \leq 18 jaar), in de postmarketingssituatie. Ongeveer in de helft van de gevallen ging het om een lymfoom. In de andere gevallen ging het om verschillende maligniteiten, waaronder zeldzame maligniteiten die gewoonlijk in verband worden gebracht met immunosuppressie. Een risico op de ontwikkeling van maligniteiten bij kinderen en adolescenten die met TNF-blokkers worden behandeld, kan niet worden uitgesloten. Bij patiënten behandeld met TNF-blokkerende therapie, waaronder Remicaide, zijn melanomen en Merkelcelcarcinomen gemeld. Periodiek onderzoek van de huid wordt aanbevolen, in het bijzonder bij patiënten met risicofactoren voor huidkanker. **Hartfalen:** Voorzichtigheid is geboden bij mild hartfalen (NYHA-klasse I/II). **Hematologische reacties:** Er zijn meldingen van anemie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie en trombocytose. **BILIJTJIDIGE TOEDIENING VAN REMICAIDE EN ANDERE BIJWERKINGEN:** **FARMACOKINETISCHE GROEP:** TNF-remmers, ATC-code: L04AB02. **REGISTRATIEHOUDER:** Janssen Biologics B.V., Einsteinsteijn 101, 2333 CB Leiden, Nederland. **LOKALE VERTEGENWOORDIGER:** MSD BV, Waarderweg 39, 2031 BN, Haarlem, tel. 0800-9999000, medicalinfo@merck.com **REGISTRATIENUMMERS:** EU/1/99/116/001-005. **AFLEVERSTATUS:** UR. DATUM SPC: 27 juni 2013. **Remicaide** (infliximab)

*Voor de volledige en meest recente productinformatie verwijzen wij naar de huidige goedgekeurde Samenvatting van de Productkenmerken, zie www.ema.europa.eu.



Toonaangevend

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

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



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

FERRING
PHARMACEUTICALS

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

in het CWZ te Nijmegen. Eric Tjwa (EMC) gaat als 9^e MDL-arts naar Den Bosch voor de hepatologie. Apeldoorn breidt actief uit: ze zijn op zoek naar nr. 5 en willen in 2014 nr. 6 aantrekken in samenwerking met Gelre locatie Zutphen.

Zuiden

Jochim Terhaar sive Droste (VU OOR; AVL) start in Den Bosch als 8^e MDL-arts met als speciale belangstelling Digestieve Oncologie. Hij volgt Theo van Ditzhuizen (pensioen) op. Marieke van den Broek (LUMC) start als 8^e MDL-arts in Breda. Hajo Flink (Erasmus MC)

is als 5^e MDL-arts begonnen in Eindhoven; de vacature voor nr. 6 is nog open. Een 7^e MDL-arts is door het ziekenhuis toegezegd bij de start van het BVO.

Westen

Foke van Delft (AMC/AVL/Suriname) start op 1 november in het VUmc als versterking van de oncologie en interventie-endoscopie. In het EMC volgt Marco Bruno Ernst Kuipers officieel op als afdelingshoofd. Janneke Wonders (VU OOR) start op 1 januari als 6^e MDL-arts in het Haga Ziekenhuis met belangstelling hepatologie en het BVO. Jeroen Maljaars blijft in het

LUMC voor de IBD-groep. Sebastiaan Balkema (AMC) start op 1 oktober als 8^e MDL-arts (met belangstelling interventie-endoscopie) in Hilversum.

Algemeen

Er zijn op 1 september 410 MDL-artsen, waarvan 400 lid van de NVMDL. Gezien de huidige snelle groei van ons specialisme verwachten we de 500^e MDL-arts rond 1 januari 2017. Op een aantal plaatsen in Nederland willen werkloze internisten met behoud van uitkering extra ervaring opdoen in de MDL. Het MDL-bestuur moet hierover een uitspraak doen.

ORATIE

Innovatieve endoscopie: uitkijken en vooruitkijken



Volgens Bas Weusten vinden nieuwe hoogcomplexere endoscopische behandelmethoden momenteel te gemakkelijk hun weg naar de algemene praktijk. Dat stelde hij op 20 juni in zijn oratie bij de aanvaarding van het hooglerarschap Innovatieve Gastrointestinale Endoscopie aan de Universiteit van Amsterdam.

Nieuwe, innovatieve endoscopische technieken worden niet zelden ontwikkeld door firma's die de benodigde accessoires graag willen verkopen. Het is de verantwoordelijkheid van de endoscopist en

wetenschapper om de ontwikkeling hiervan mede te initiëren, te faciliteren, maar vooral ook: te toetsen of deze technieken wel daadwerkelijk bijdragen aan verbetering van zorg voor de patiënt.

Daarbij is het in het belang van de patiënt dat ook niet-academische ziekenhuizen participeren in wetenschappelijk onderzoek: vanwege de toepasbaarheid van de uitkomsten op de algemene klinische praktijk én omdat het doen van wetenschappelijk onderzoek bijdraagt aan verhoging van de zorgkwaliteit. Weusten pleit dan ook voor de vorming van breed gedragen onderzoeksplatforms waaraan zowel academische als algemene ziekenhuizen deelnemen.

Voor sommige innovatieve behandelmethoden is centralisatie juist aangewezen. Dit geldt met name voor hoogcomplexere, risicovolle interventies voor relatief zeldzame afwijkingen. Samen met de beroepsgroep zal hard moeten worden gewerkt aan landelijke richtlijnen waarin onderbouwde volumecriteria, maar ook opleidings- en kwaliteitseisen voor de endoscopist en het ziekenhuis worden vastgelegd. Dit alles geborgd door een structuur van landelijke kwaliteitsregistraties en audits.

De volledige oratie van Bas Weusten kunt u nalezen via www.mdl.nl/MAGMA.

ACTUEEL

Krachten gebundeld voor kwaliteit darmkankerzorg

Het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), de kankerpatiëntorganisaties (NFK), stichting Miletus en Zorgverzekeraars Nederland gaan samen werken aan een integraal beeld van de kwaliteit van de darmkankerzorg. Het gaat om het gezamenlijk vaststellen van indicatoren, registratie door professionals én patiënten, bundeling van data en gezamenlijke besluitvorming over transparantie.

Inzicht in ervaringen van patiënten aanvullend aan de behandelregistraties kan tot belangrijke kwaliteitsverbeteringen leiden. Daarvoor is het van belang *dat patiënten standaard wordt gevraagd hun ervaringen te delen*. Ziekenhuizen zijn inmiddels via DICA nader geïnformeerd over de meetinstrumenten CQI en PROMS. In het DSCA-bestuur zijn de kankerpatiëntenorganisaties opgenomen, vertegenwoordigd door de NFK. Op korte termijn zullen in DSCA ook alle voor de (poli)klinische fase relevante wetenschappelijke verenigingen betrokken zijn. Zo wil men in 2014 de DSCA uitbreiden met indicatoren en registratie door de MDL. Concrete uitwerking vindt plaats in nader overleg met de NVMDL.

Viread™ bij chronische hepatitis B

Snelle en aanhoudende suppressie¹⁻³

Toenemende HBsAg seroconversie¹⁻³

Geen resistentie na 6 jaar¹⁻³

Viread® labelwijziging: gebruik bij zwangerschap

Het gebruik van tenofovirdisoproxilfumaaraat tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen¹

Eén lever.  Eén leven.

Eénmaal daags één tablet VIREAD.

174/NL/13-01/PM/1014



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

ERNSTIGE TRACTUS-DIGESTIVUSBLOEDING ONDANKS REMISSIE BIJ CROHN

1 Een 44-jarige man met de ziekte van Crohn van zowel de dunne darm, colon en peri-anale fisteling werd beoordeeld op SEH in verband met duizeligheid en zwarte ontlasting.

Na eerdere resecties in verband met stenosering is nog circa 120 cm dunne darm *in situ*. Patiënt is sinds vier jaar in remissie met adalimumab 40 mg wekelijks, na falen van infliximab en azathioprine. Wegens ijzergebreksanemie werden in de afgelopen zes maanden een colonoscopie en dubbelballon-enteroscopie (DBE) verricht. Coloscopie toonde geen afwijkingen, en bij DBE werden ter plaatse van de anastomose enkele oppervlakkige ulceraties over 25–40% van de circumferentie gezien, zonder tekenen van recente bloeding. Met maandelijks intraveneus ijzer-suppletie steeg het hemoglobine van 4,5 mmol/l naar 7,0 mmol/l (normale waarde 8,6–10,5 mmol/l). Voor een recent vastgestelde actieve sacro-ileitis gebruikt hij prednisolon 40 mg per dag in combinatie met omeprazol.

Bij lichamelijk onderzoek heeft patiënt normale pols en bloeddruk, maar verliest helder rood bloed en stolsels per anum. In het laboratoriumonderzoek blijkt zijn Hb in twee dagen van 6,9 mmol/l naar 3,9 mmol/l te zijn gedaald. Bij gastroduodenoscopie worden geen afwijkingen gezien. Coloscopie na adequate voorbereiding toont oud bloed in het colon, maar geen bleedingsfocus en geen tekenen van actieve ziekte van Crohn. Inmiddels neemt het bloedverlies fors toe en ondanks transfusie is er

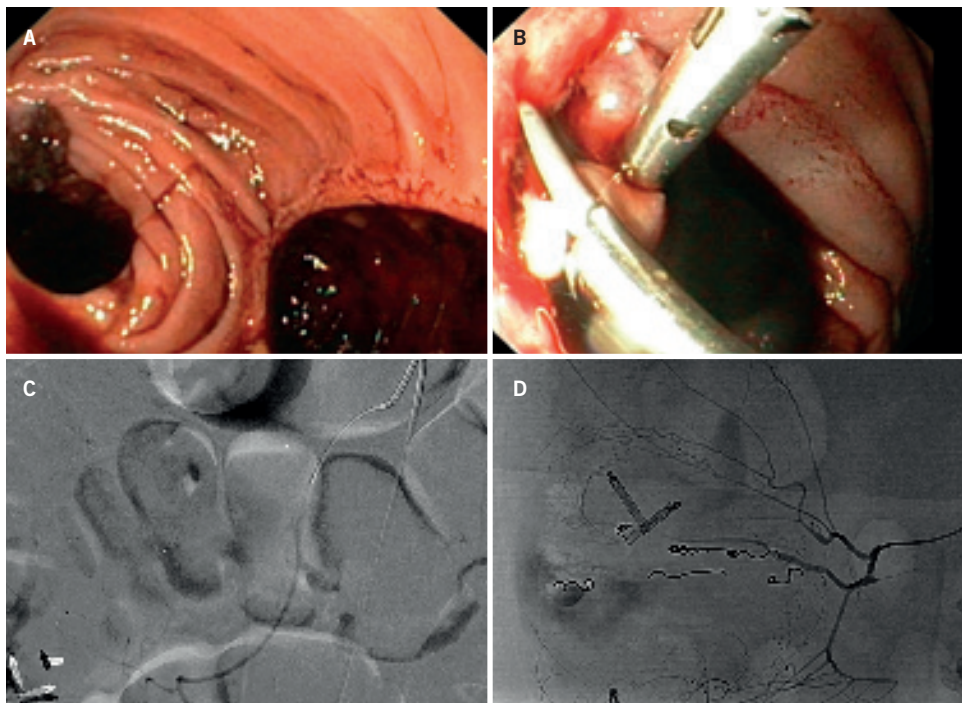
geen Hb-stijging en daalt de bloeddruk. CT-angiografie wordt verricht, waarbij geen extravasatie van contrast wordt gezien. Er wordt besloten een proximale *singleballoon*-enteroscopie te verrichten waarbij op 60 cm voorbij Treitz ter plaatse van de proximale anastomose een 3 cm groot pulserend, intermitterend bloeddend ulcus met adherent stolsel wordt gezien. Na injectie met adrenaline en plaatsing van drie clips lukt het niet om hemostase te bereiken.

De procedure wordt beëindigd en een angiografie verricht. Na selectief aanhaken van de *arteria mesenterica superior* wordt ter plaatse van de drie clips extravasatie gezien vanuit meerdere kronkelige pathologische arterietakjes. Deze worden selectief behandeld met meerdere 2 x 3 mm *coils*. Hiermee wordt de bloeding tot staan gebracht. Er treedt gedurende de opname geen recidiefbloeding meer op.

De oorzaak van het ulcus is mogelijk ischemie ter plaatse van de anastomose, wat in combinatie met de net geïnitieerde prednisolon heeft geleid tot de bloeding. Concluderend was er bij deze patiënt met de ziekte van Crohn sprake van bloedverlies uit een ulcus ter plaatse van de anastomose in de dunne darm, leidend tot hemodynamische instabiliteit. Uiteindelijk bleek *coiling* effectief in de behandeling van dit ulcus.

Erik Buster en Ubbo Wiersema, Erasmus MC Rotterdam

Voor meer informatie: u.wiersema@erasmusmc.nl



Figuur 1. Endoscopisch beeld met adherent stolsel ter plaatse van anastomose, voor (A) en na plaatsing van clips (B). Angiografie met extravasatie van contrast in het stroomgebied van de *arteria mesenterica superior* ter plaatse van de clips (C) en tot staan gebrachte bloeding na *coiling* (D).

Vervolg artikel 6-Thioguanine voor IBD: rediscovering Drug Rediscovery van pagina 87.

Het rapport geeft ook suggesties voor mogelijke oplossingen. Zo zou in plaats van *randomized controlled trials* (RCT) kunnen worden gekozen voor observationeel onderzoek of een register (*databank*). Daarnaast zouden administratieve verplichtingen kunnen worden vermindert en procedures versneld.

Het oprichten van een *Centrum voor Drug Rediscovery* (stichting) wordt eveneens genoemd. Dit zou een bemiddelende, coördinerende, wetenschapsondersteunende en faciliterende rol moeten krijgen. Daarbij passen ook potentiële *drug rediscovery*-sponsors.

Thioguanine wordt in het rapport specifiek

genoemd als goede kandidaat voor *drug rediscovery*. Wanneer 6-TG uit de sfeer van magistrale bereiding naar die van industriële productie kan worden gebracht, zou dat de controleerbaarheid op werkzaamheid, veiligheid, kwaliteit en beschikbaarheid aanzienlijk verbeteren. Bij industriële productie zijn alle procedures van de fabriek bekend, goed gedocumenteerd en gecontroleerd. Het dossier is door de registratieautoriteit beoordeeld en goedgekeurd. Bij magistrale bereiding ontbreekt dat alles. Of, zoals een medewerker van de Inspectie voor de Gezondheidszorg het formuleert: "Het is beter om alles te registreren dan alles te moeten controleren."

Oproep

Graag doen wij een beroep op alle MDL-artsen om patiënten met IBD die behandeld worden met 6-TG, aan te melden bij de landelijke database. Wij zullen via het NVMDL-secretariaat de eenvoudige en geanonimiseerde meldingsprocedure toesturen. Alleen op die manier zal het mogelijk zijn op overtuigende wijze het wenselijke Registratiedossier van 6-TG samen te stellen en in te dienen bij het CBG. Wij geven er daarmee als behandelende artsen blijk van dat we de werkzaamheid en veiligheid van verantwoord gebruik van 6-TG in de praktijk volgen en bewaken.

Marten Otten en Chris Mulder

¹ http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Stimulering_DR_WEB_2_2.pdf

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE VICTRELIS®. Voor de volledige en meest recente productinformatie verwijzen wij naar de goedgekeurde SPC op www.ema.europa.eu. Voor informatie over ribavirine en peginterferon alfa verwijzen wij naar de desbetreffende SPC's. **NAAM VAN HET GENEESMIDDEL:** VICTRELIS® KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING: 200 mg boceprevir per harde capsule. **FARMACOLOGISCH VERBODENDE WERKINGSMEECHANISME:** BILZONDERE WAARSCHUWINGEN: Proteaseremmers. Boceprevir remt het HCV NS3-protase. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Chronische hepatitis C-infectie (HCV) genotype 1 in combinatie met peginterferon alfa (PEG-IFN α) en ribavirine (RBV) bij niet eerder behandelde volwassenen met gecompenseerde leverziekte of bij wie eerdere behandeling heeft gefaald. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor boceprevir of de hulstoffen, zwangerschap, auto-immunhepatitis, gelijktijdige toediening van primair door CYP3A4/5 gemetaboliseerde stoffen waarvan verhoogde plasmaconcentraties ernstig of levensbedreigend kunnen zijn, zoals oraal midazolam, triazolam, bepridil, pimozide, lumbaldrine, halofantrine, haloperidol, risperidon, simvastatine, lovastatine, argemoneinderivaten. **BILZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** **Anemie:** Beginnde anemie is gemiddeld in behandelingsweek 4 met PEG-IFN α -RBV. Toevoegen van Victrelis aan PEG-IFN α -RBV gaat gepaard met extra hemoglobineafname van ± 1 g/dl in wk 8 vs. standaardzorg. Voor behandeling, in wk 4 en 8, en daarna vaak klinisch aangewezen met een volledig bloedbeeld worden verkregen. Hemoglobine $< 6,2$ mmol/l (< 10 g/dl) kan indicatie zijn voor anemiebehandeling. Raadpleeg SPC ribavirine voor dosisaanpassing en/of onderbreking of stopzetting van RBV. **Neutropenie:** Toevoegen van Victrelis aan PEG-IFN α -2b-RBV gaf een hogere incidentie van neutropenie en neutropenie graad 3-4 vs. alleen PEG-IFN α -2b-RBV. De frequentie van ernstige/levensbedreigende infecties lijkt hoger in de Victrelis-armen dan de controlearm. Het aantal neutrofielen moet daarom vóór en na behandeling regelmatig worden beoordeeld. Aanbevelen wordt infecties direct te beoordelen en te behandelen. Vergelijken met combinatie van Victrelis met PEG-IFN α -2b-RBV ging combinatie van Victrelis met PEG-IFN α -2a-RBV gepaard met een hoger % neutropenie (incl. graad 4) en een hoger % infecties. Raadpleeg SPC van peginterferon alfa. **Overgevoeligheid:** Ernstige, acute overgevoeligheidsreacties (bijv. urticaria, angio-oedeem) zijn waargenomen bij combinatie van Victrelis met PEG-IFN α en RBV. Als een dergelijke reactie optreedt, moet de combinatiebehandeling gestopt worden en direct passende medische therapie ingesteld worden. **Drossipronop:** Voorzichtigheid is geboden bij drossipronopgebruikers met predisponering voor hyperkalémie of bij gebruik van kaliumsparende diuretica. **Overweeg alternatieve anticonceptiva. Gebruik bij nullesponders:** Uit de interimanalyse van de nog lopende PROVEED (P0514) bleek dat de SVR 38 % was (19/50) bij proefpersonen die nullesponder waren in het hoofdonderzoek en minstens één dosis van enige studie medicatie kregen (ITT) en 40 % (19/47) bij degenen die minstens één dosis Victrelis kregen (d.w.z. uitgezonderd patiënten die stopten met de behandeling gedurende PK lead-in). De interim SVR analyse is gebaseerd op 85 % (142/168) van de proefpersonen die opgenomen werden, de meeste proefpersonen die nullesponders waren (50/52) in het hoofdonderzoek zijn echter opgenomen in de interimanalyse. **HCV-protasee-monotherapie:** Op grond van klinisch onderzoek mag Victrelis niet als monotherapie worden gebruikt, vanwege hoge waarschijnlijkheid van toegenomen resistentie zonder gecombineerde anti-HCV-therapieën. Het is niet bekend wat effect van Victrelis heeft op de werkzaamheid van opvolgende HCV-protaseeremmers, incl. behandeld met Victrelis. **HIV-co-infectie:** Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFN α -RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet vastgesteld bij HIV-co-infectie en HCV. Gelijktijdige toediening van boceprevir en HIV-protaseeremmers kan leiden tot aanzienlijke verlaagde stabiliteit van de proteaseremmers of boceprevir. Raadpleeg de SPC voor co-infectie. **HBsAg-positiviteit:** Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFN α -RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 bij patiënten met hepatitis B co-infectie en HCV zijn niet onderzocht. **Ondergang orgaantransplantatie:** Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFN α -RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet onderzocht na ondergang transplantatie van lever of ander orgaan. **HCV-genotypen anders dan genotype 1:** Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFN α -RBV voor behandeling van chronische HCV-genotypen anders dan genotype 1 zijn niet vastgesteld. **Gefaalde eerdere HCV-protaseeremmer behandeling:** Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFN α -RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet onderzocht bij patiënten bij wie eerdere behandeling met Victrelis of andere HCV-protaseeremmers heeft gefaald. **Krachtige CYP3A4-inductoren:** Gelijktijdig gebruik van Victrelis met krachtige CYP3A4-inductoren (ritafemine, carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne) wordt niet aanbevolen. **Pratrimische effecten:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met risico op QT-verlenging (congenitale lange QT, hypokaliémie, gebruik van QT-interval verlengende middelen). **Zwangerschap:** Men moet zwangerschap voorkomen, ook bij partners van mannelijke patiënten. Vrouwen moeten tijdens behandeling en gedurende 4 maanden erna effectieve anticonceptie gebruiken (gedurende 7 maanden erna voor mannelijke patiënten of hun vrouwelijke partners). **Raadpleeg SPC van RBV en PEG-IFN α .** **BIJWERKINGEN:** Zie vaak (≥ 1/10): anemie, neutropenie, verminderde eetlust, angst, depressie, slapeloosheid, prikkelbaarheid, duizeligheid, hoofdpijn, hoest, dyspnoe, diarree, misselijkheid, braken, droge mond, dysgeusie, alopecia, droge huid, pruritus, uitslag, artralgie, myalgie, asthenie, rillingen, vermoedheid, koorts, griepachtige ziekte, gewichtsverlies. Vaak (≥ 1/100, < 1/10): Bronchitis, cellulitis, herpes simplex, grippe, orale schimmelinfectie, sinusitis, leukopenie, trombocytopenie, korp, hypothyroïdie, dehydratie, hyperglykemie, hyperurikemie, hyperurikemie, affectabiliteit, agitatie, fibrositis, veranderde stemming, slaapproblemen, hypo-aesthesie, parasthesie, syncope, anisometropie, aandoening van de hals, migraine, karpale tunnel, tremoren, vertigo, droge ogen, retinae exsudaat, wazig zien, visusstoornis, tinnitus, palpitatie, hypo/hypertensie, epistaxis, nauwkeurig zicht, orthostatische hypotensie, pijn in de borst, malaise, gepiepende ademhaling, pijn op de borst, pijn bij extensieve spietspasmen of zwakte, polsstoornis, erectiestoornis, pijn op de borst, malaise, lichaamstemperatuur veranderingssensatie, droge slijmvliezen, pijn. Soms (≥ 1/1000, < 1/100): Gastro-enteritis, pneumonie, stafylokokkeninfectie, candidiasis, oornietie, (fungale) huidinfectie, nasopharyngitis, onychomycose, faryngitis, luchtweginfectie, rhinitis, urineweginfectie, hemorragische diathese, lymfadenopathie, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypokaliémie, eructatoornis, diabetes mellitus, diabetes mellitus, pericarditis, agressie, hemicrania, sulcidale ideatie, paniekaanval, paranoia, middelennisstruik, abnormaal gedrag, woede, apathie, verarming, veranderde geestesstoestand, rusteloze slaap, perifere neuropathie, cognitieve stoornis, hypersthesie, lethargie, bewustzijnsverlies, gesleesstoornis, neuralgie, presyncope, retinae isemie, retinopathie, abnormaal gevoel in oog, conjunctivale bloeding, conjunctivitis, oogpijn/-zwellen/-pruritus, ooglidooedeem, verhoogde tranvoering, oculaire hypermie, fotofobie, doofheid, oorpijn, slecht horen, tachycardie, aritmie, cardiovasculaire aandoening, depneuze trombose, overmatig blozen, bleek zien, perifere koudeheid, pleurapijn, pijnlijke embolie, droge keel, dysfonie, verhoogde afschending in bovenste luchtwegen, orofaryngeale blaasvorming, pijn in de onderbuk, gastritis, pancreatitis, anale pruritus, colitis, dysfaagie, verkeerde feces, frequente ontlasting, gingivale bloeding/-rij, gingivitis, glossitis, droge lippen, ondynergie, anale rectale bloeding, overmatige speekselvloed, gevoelige tanden, toningverkleuring, tongzwarte, hyperbilirubinemie, fotosensibilisatie, huidzweer, urticaria, musculoskeletale pijn op de borst, aritmie, botpijn, gewrichtszwelling, musculoskeletale pijn, dysurie, nycturie, amenorroe, menorrhagie, metrorragie, zich abnormaal voelen, verstoerde gezinsgevoel, niet-cardiale pijn op de borst, harttruis, verhoogde hartslag. Zelden (≥ 1/10.000, < 1/1000): Epiglottitis, otitis media, sepsis, schikliekiemeplasma (nodulen), hemolyse, sarcoidose, niet-acute porfyrie, bipolair stoornis, poging tot geslaagde suicide, auditieve/visuele hallucinaties, psychische decompenzatie, hypotensie, ischämische myocardinfarct, atriumfibrilleren, atrioventriculaire blokkade, acute myocardiale infarct, pericarditis, pericardiale effusie, veneuze trombose, pleurale fibrose, orthopne, respirator falen, pancreasinsufficiëntie, cholecystitis, aspermie. Niet bekend (kan met bekende gegevens niet worden bepaald): Angio-oedeem, geneesmiddelenintoxicatie, systemisch en systemisch symptomatisch (DRESS) syndroom. **REGISTRATIEHOUDER:** MSD Ltd, Hertford Road, Hoddeston, Verenigd Koninkrijk **LOKALE VERTEGENWOORDIGER:** MSD B.V., Haarlem, Tel: 0800 9999 000, medicalinfo.nl@merck.com. **REGISTRATIENUMMER:** EU/111/704/001 **AFLVERSTUAT:** UR. **VERGOEDING:** Volledig vergoed. **DATUM SPC:** Maart 2013.

Verkorte productinformatie Viread 245 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 245 mg tenofovirdisoproxil (als fumarate), overeenkomend met 300 mg tenofovirdisoproxilfumarate van 136 mg tenofovir. **Farmacotherapeutisch groep:** Nucleoside en nucleotide reverse transcriptase-remmers, ATC-code: J05AF07. **Indicaties:** HIV-1-infectie: Viread is geïndiceerd in combinatie met andere antiretrovirale geneesmiddelen voor de behandeling van met HIV-1 geïnfecteerde volwassenen van meer dan 18 jaar oud. Hepatitis B-infectie: Viread is geïndiceerd voor de behandeling van chronische hepatitis B bij volwassenen met: 1) gecompenseerde leverziekte, met aangetoonde actieve virale replicatie, aanhoudend verhoogde serum-alanineaminotransferase (ALAT)-spiegels en histologisch aangetoonde actieve ontsteking en/of fibrose. 2) gedecompenseerde leverziekte. Viread 245 mg filmomhulde tabletten zijn geïndiceerd voor de behandeling van chronische hepatitis B bij adolescenten in de leeftijd van 12 tot < 18 jaar met gecompenseerde leverziekte en aangetoonde immuun-actieve ziekte, d.w.z. actieve virale replicatie, aanhoudend verhoogde serum-ALAT-spiegels en histologisch aangetoonde actieve ontsteking en/of fibrose. **Contra-indicaties:** Bekende overgevoeligheid voor tenofovir, tenofovirdisoproxilfumarate of voor één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Het wordt aanbevolen de nierfunctie (creatinineklaring en serumfosfaat) te berekenen voordat wordt begonnen met de behandeling met Viread. Het eerste jaar behandeling moet de nierfunctie iedere vier weken gecontroleerd en daarna elke drie maanden. Bij patiënten met het risico op nierfunctiestoornis, dient overwogen te worden om de nierfunctie vaker te controleren. Indien bij patiënten, het serumfosfaatgehalte < 1,5 mg/dl (0,48 mmol/l) is of de creatinineklaring < 50 ml/min afgenomen is, moet de nierfunctie binnen één week opnieuw beoordeeld worden, inclusief metingen van glucose- en kaliumgehalte in het bloed en van het glucosegehalte in de urine. Bij patiënten met een afname van het serumfosfaatgehalte naar < 1,0 mg/dl (0,32 mmol/l) of een afname van het creatinineklaring naar < 50 ml/min, dient het onderbreken van de behandeling met Viread overwogen te worden. Bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie, moeten de mogelijke voordelen van behandeling worden afgezegd tegen de mogelijke risico's. Indien gelijktijdig gebruik van Viread en nefrotoxische middelen, of van Viread en geneesmiddelen met hetzelfde renale transportsysteem (hOAT1 en 3 of MRP4) onvermijdelijk is, dient de renale functie wekelijks gecontroleerd te worden. Om het risico van lactaacidose te minimaliseren bij toediening van nucleoside-analogen in combinatie met Viread moeten de patiënten nauwgezet worden gevolgd. Bij gelijktijdig gebruik van Viread en didanosine moet nauwgezet gecontroleerd worden op bijwerkingen van didanosine. Bij patiënten die voor chronisch hepatitis B behandeld worden, moet voorzichtigheid en controle geboden worden, voor tekenen van exacerbaties van hepatitis, in het bijzonder na het stoppen van de behandeling. Indien geschikt, kan herhaling van de behandeling gerechtvaardigd zijn. Viread bevat lactose. Daarom moet Viread niet gebruikt worden bij patiënten met galactose intolerantie, Lapp lactase-deficiëntie of glucose-galactose malabsorptie. **Zwangerschap:** Een matige hoeveelheid gegevens over zwangere vrouwen (tussen 300 en 1.000 zwangerschapsuitkomsten) duidt erop dat tenofovirdisoproxilfumarate niet tot afwijkingen leidt of foetaal/neonataal toxisch is. De resultaten van dieronderzoek duiden niet op reproductiviteit (zie rubriek 5.3). Het gebruik van tenofovirdisoproxilfumarate tijdens de zwangerschap kan tot nodig worden overwogen. **Bijwerkingen:** De meest gerapporteerde, zeer vaak (≥ 1/10) bijwerkingen zijn: hypofosfatemie, duizeligheid, diarree, braken, misselijkheid, uitslag, asthenie, Vaak (≥ 1/100, < 1/10) werden de volgende bijwerkingen waargenomen: hoofdpijn, abdominale pijn, opgezette buik, flatulentie, verhoogde transaminasen, vermoedheid; Soms (≥ 1/1.000, < 1/100): hypokaliémie, pancreatitis, rabdomyolyse, spierzwakte, verhoogd creatinine; Zelden (≥ 1/10.000, < 1/1.000): lactaacidose, hepatische steatose, hepatitis, angio-oedeem, osteomalacie (die zich manifesteert als botpijn en zelden bijdraagt aan het ontstaan van fracturen), myopathie, acuut nierfalen, nierfalen, acute tubulaire necrose, proximale nier tubulopathie (waaronder syndroom van Fanconi), nefritis (waaronder acute interstitiële nefritis), nefrogene diabete insipidus. Deze bijwerking kan optreden als gevolg van proximale nier tubulopathie. Er wordt vanuit gegaan dat dit bij afwezigheid van deze aandoening niet in een oorzakelijk verband staat met tenofovirdisoproxilfumarate. **Verpakking:** Doos met 1 of 3 flacons met 30 filmomhulde tabletten. **Afleverstatu:** UR. **Vergoeding:** volledige vergoeding. **Prijs:** zie Z-index. **Registratiehouder:** Gilead Sciences International Limited, Cambridge CB21 6GT, Verenigd Koninkrijk. Bestudeer de samenvatting van productkenmerken alvorens Viread voor te schrijven in het bijzonder vanwege dosering, bijwerkingen, waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, en interacties. Neem voor meer inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Gilead Sciences Netherlands BV, WTC, Toren D, 7e Verdieping, Strawinskylaan 779, 1077 XX Amsterdam.

De volledige informatie kunt u aanvragen bij Gilead Sciences. 174/NL/13-01/PPM/1014

Referenties: 1. VIREAD, summary of Product Characteristics, november 2012. 2. Marcellin et al. AASLD 2012, Poster #374. 3. Marcellin et al. Regression of cirrhosis during treatment with tenofovir disoproxil fumarate for chronic hepatitis B: a 5-year open-label follow-up study, Lancet (in press).

tenofovir disoproxil (als fumarate) 245 mg

RECIDIVERENDE LEVERCYSTE-INFECTIE OP ¹⁸F-FDG-PET/CT

2 In 2012 werd een 40-jarige mevrouw opgenomen op onze afdeling vanwege koorts en algehele malaise. Patiënte is sinds 2007 bekend met autosomaal dominante polycysteuze nierziekte (ADPKD), nadat een levercyste-infectie werd aangetoond middels ¹⁸F-FDG-PET/CT. Sindsdien hebben zich recidiverende levercyste-infecties voorgedaan.

Patiënte presenteerde zich met pijn in de onderrug en bovenbuik, misselijkheid, koorts en koude rillingen. Bij onderzoek was patiënte niet-acuut ziek en was er drukpijn over de lever. Laboratoriumonderzoek toonde een verhoogd CRP (116 mg/L). Er werd gestart met intraveneus ceftriaxon/metronidazol onder de werkdiagnose recidief levercyste-infectie. Tijdens opname steeg het CRP (310 mg/L) en ontwikkelde patiënte koorts tot 39,7 °C met evidente koude rillingen. Bloedkweek toonde een goed gevoelige *Escherichia coli* en antibiotica werd versmald naar ceftriaxon-monotherapie. Een ¹⁸F-FDG-PET/CT werd verricht ter lokalisering van de geïnfecteerde cyste. Deze toonde een beeld verdacht voor een geïnfecteerde levercyste centraal in de rechter leverkwab en een mogelijk infectiefocus in de linker leverkwab. Er werd afgezien van cystedrainage.

Patiënte vertoonde uiteindelijk klinische verbetering op antibiotische behandeling. Bij ontslag werd de ceftriaxon omgezet in oraal ciprofloxacine 1000 mg per dag. Gezien de frequente recidieven werd afgesproken de antibiotica zes maanden te continueren. Bij poliklinische controle was er sprake van goed herstel en was het CRP reeds gedaald tot 12 mg/L. Echter, na staken van antibiotica presenteerde patiënte zich wederom met een beeld verdacht voor levercyste-infectie.

Bespreking

Infectie van een levercyste is een ernstige complicatie van ADPKD en andere cysteuze ziekten van lever en nier. De geschatte incidentie is 0,01 cyste-infecties per persoon per jaar.^[1] Het pathofysiologisch mechanisme blijft tot op heden onopgehelderd. Leeftijd, vrouwelijk geslacht, hemodialyse, instrumentatie van galwegen, gebruik van immuunsuppressie, diabetes en een verhoogd serum CA19,9 worden in de literatuur genoemd als mogelijke risicofactoren.^[2-5] *Escherichia coli* wordt het meest frequent geïsoleerd uit urine- en bloedkweken.^[1]

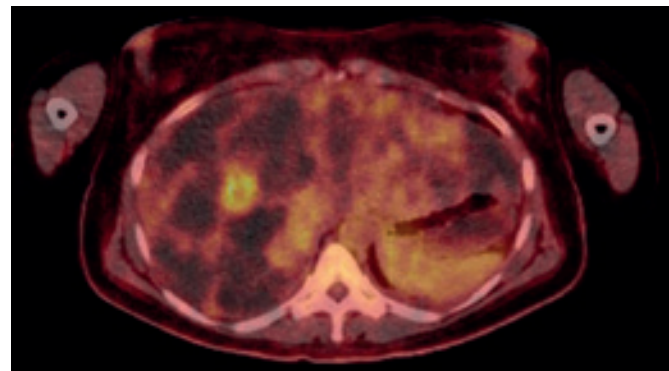
De diagnose levercyste-infectie is lastig te stellen en vaak een diagnose *per exclusionem*. Dit vanwege het ontbreken van specifieke klinische bevindingen en de limitaties van conventioneel

aanvullend onderzoek. Levercyste-infectie kan volgens de huidige literatuur waarschijnlijk worden geacht, indien wordt voldaan aan de volgende drie klinische criteria: 1) koorts (>38,5 °C), 2) verhoogd CRP (>50 mg/L) en 3) aanwezigheid van een gevoelige buik. Hierbij moeten een cystebloeding of andere oorzaken voor infectie onwaarschijnlijk zijn.^[1] Recente onderzoeken tonen aan dat ¹⁸F-FDG-PET/CT een waardevolle rol kan vervullen in de diagnostiek, waarbij positieve metabole activiteit kan wijzen op een infectie uitgaande van de cyste.^[6] Een cyste-aspiraats met isolatie van bacteriën en neutrofiële granulocyten blijft echter de diagnostische gouden standaard.

Er bestaat momenteel geen richtlijn of protocol voor de behandeling van levercyste-infectie. Emperisch is langdurige antibiotische therapie de voornaamste behandelstrategie. De voorkeur gaat hierbij uit naar een antibioticum met een veronderstelde goede penetratie van cysteus weefsel, zoals derde generatie gefluoreerde chinolonen (ciprofloxacine). Wanneer er sprake is van een grote cyste (>5 cm) of frequent recidiverende infectie, dan is drainage van de geïnfecteerde cyste of partiële hepatectomie geïndiceerd.^[1]

Marten A. Lantinga, Joost PH Drenth
UMC St. Radboud, Nijmegen

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in MAGMA 3-2013.



Figuur 1. Ter plaatse van een levercyste centraal in de rechter leverkwab toont ¹⁸F-FDG-PET/CT een sterk FDG-avide afwijking met een fotopeen centrum verdacht voor levercyste-infectie.

ETIOLOGY AND CLINICAL OUTCOMES OF IDIOPATHIC NONCIRRHOTIC PORTAL HYPERTENSION

Jeffrey N.L. Schouten, Erasmus Universiteit, 19 april 2013



Levercirrose is de meest voorkomende oorzaak van portale hypertensie in de westerse wereld. Portale hypertensie kan echter ook ontstaan in de afwezigheid van levercirrose. Indien geen verklaring voor de portale hypertensie wordt gevonden, spreekt men van een idiopathische niet-cirrotische portale hypertensie (INCPH).

Het doel van dit proefschrift is een beter inzicht te krijgen in verschillende aspecten van dit zeldzame ziektebeeld. Door de overleving van INCPH-patiënten te vergelijken met de overleving van de algemene populatie met vergelijkbare leeftijd en geslacht, toonden we bij de eerste groep een aanzienlijk hogere mortaliteit aan. Overlijden bij deze patiënten is meestal gerelateerd aan de INCPH-geassocieerde aandoeningen en aandoeningen die voorkomen bij hogere leeftijd (neurologische aandoeningen en hartfalen) en niet ten gevolge van complicaties van portale hypertensie of het ontstaan van leverfalen. INCPH wordt in toenemende mate beschreven bij patiënten geïnfecteerd met het *human immunodeficiency* (HIV)-virus. Aan de hand van een systematische vragenlijst in alle HIV-behandelingscentra in Nederland (n=25) konden wij 16 patiënten in een totaal cohort van 18.085 HIV-geïnfecteerde

patiënten diagnosticeren met INCPH. Alle patiënten met HIV-INCPH waren ooit blootgesteld aan didanosine. Langdurige behandeling met didanosine of kortdurende combinatietherapie met didanosine en stavudine bleken onafhankelijke risicofactoren voor het ontstaan van het ziektebeeld. Om deze link tussen INCPH en didanosine te bestuderen, hebben wij een systemische screening van een groot cohort HIV-geïnfecteerde patiënten (met en zonder didanosineblootstelling) uitgevoerd. De studieresultaten bevestigen de unieke associatie tussen HIV-geassocieerde INCPH en didanosine.

Curriculum vitae

Jeffrey Schouten (1976, Wilrijk) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen. In oktober 2001 begon hij aldaar met zijn opleiding tot MDL-arts. Tijdens de opleiding voerde hij een multicentrische studie uit. Na zijn specialisatie in 2008 startte hij als stafid op de afdeling Maag-, darm- en leverziekten in het Erasmus MC Rotterdam. Daar heeft hij ook meegewerkt aan het Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek (ERGO), een langlopend bevolkingsonderzoek onder 10.000 55-plussers in de Rotterdamse wijk Ommoord. Inmiddels is Jeffrey werkzaam in het AZ Nikolaas te Antwerpen. **Het proefschrift is te verkrijgen via jeoffrey.schouten@aznikolaas.be.**

HOST AND VIRAL PREDICTORS OF RESPONSE TO ANTIVIRAL THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS B

Milan J. Sonneveld, Erasmus Universiteit Rotterdam, 19 april 2013



Slechts 25% van de HBeAg-positieve patiënten reageert op een behandeling met peg-interferon. Ons onderzoek toont dat patiënten met een gevoelig immuunsysteem (gunstig IL28B-genotype, hoog interferon gamma-inducible protein-10) een grote kans hebben op HBeAg-verlies na een behandeling met peg-interferon. Echter, een aanzienlijk deel van deze patiënten heeft hierna nog een hoog HBV-DNA en moet opnieuw worden behandeld. Wij vonden dat afwezigheid van *pre-core* en *core promoter*-mutanten een hoge kans gaf op een laag HBV-DNA na peg-interferon geïnduceerd HBeAg-verlies. Deze resultaten kunnen helpen om alleen die patiënten te selecteren voor een behandeling met peg-interferon als zij een goede kans hebben op het krijgen van immuuncontrole.

De serumconcentratie van het hepatitis-B-*surface* antigen (HBsAg) is een maat voor de hoeveelheid transcriptioneel actief cccDNA in de lever, en kan daarom worden gebruikt als surrogatmarker voor immuuncontrole in chronische hepatitis B. In onze studies zagen wij dat patiënten die goed reageerden op de

behandeling, een sterke daling van de HBsAg-concentratie doormaakten en dat patiënten met stabiele of stijgende concentraties een lagere kans hadden op respons. Vervolgens analyseerden wij de HBsAg-verandering in 803 HBeAg-positieve patiënten die werden behandeld met peg-interferon in drie grote wereldwijde studies. Patiënten die na 24 weken behandeling nog steeds een HBsAg-concentratie hadden van meer dan 20.000 IU/ml, bleken een dusdanig kleine kans te hebben op respons (<5%) dat behandeling beter kan worden gestaakt. Deze bevindingen zijn een belangrijke stap richting een respons-gestuurde behandeling met peg-interferon.

Curriculum vitae

Milan J. Sonneveld (Rotterdam, 1987) begon in 2005 met de opleiding geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Tijdens de studie voltooide hij een Research Master aan het NIHES en studeerde aan de Harvard School of Public Health in Boston, USA. In 2009 startte hij onder begeleiding van prof. dr. H.L.A. Janssen een promotietraject dat resulteerde in onderhavig proefschrift. **Het proefschrift is te verkrijgen via m.j.sonneveld@erasmusmc.nl.**

Omdat iedere patiënt telt



I BEAT HEP C
met de bewezen effectiviteit
van PEGINTRON

Geregistreerd voor

- niet eerder behandelde patiënten
- patiënten met HIV co-infectie
- herbehandeling van non-responders/relapsers*

* op eerdere behandeling met (peg)interferon + ribavirine

Actuele informatie over hepatitis
op ieder gewenst moment met



www.hepcenter.nl

Zorg op maat
voor uw hepatitis patiënt met



www.hepazorg.nl

Snel meer zekerheid
voor uw hepatitis patiënt met



www.hepalab.nl



MSD BV, Postbus 581,
2003 PC Haarlem
www.msd.nl, www.univadis.nl
Telefoon 0800-9999 000
medicalinfo.nl@merck.com

www.pegintron.nl

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

PegIntron[®]
(peginterferon alfa-2b, MSD)
Power to beat HCV

PITFALLS AND OPPORTUNITIES IN COLORECTAL CANCER SCREENING

Paul van Putten, Erasmus Universiteit Rotterdam, 5 juni 2013



Het proefschrift omvat diverse aspecten in het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Met het oog op de naderende invoering van het bevolkingsonderzoek is er toenemende belangstelling voor de inzet van verpleegkundig endoscopisten. Het proefschrift laat zien dat verpleegkundig

endoscopisten de colonoscopieën verrichten volgens de internationaal geldende kwaliteitscriteria en met grote patiënttevredenheid. Bovendien tonen de resultaten een goede en vergelijkbare kwaliteit tussen verpleegkundigen en artsen. Met de introductie van verpleegkundig endoscopisten kunnen mogelijk kosten worden bespaard.

De afdeling pathologie speelt ook een belangrijke rol in het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. De behandeling en follow-up van deelnemers aan het bevolkingsonderzoek hangt sterk af van de kwaliteit en betrouwbaarheid van de diagnose. De resultaten laten zien dat pathologen niet-adenomen en adenomen goed van elkaar kunnen onderscheiden, maar laag- en hoogrisico-adenomen slechts matig. Bovendien laten we zien dat Lynch-geasso-

cierde pathologiekenmerken slechts weinig diagnostische waarde hebben in het identificeren van Lynchsyndroom. Het laatste onderwerp van het proefschrift betreft nieuwe beeldvormende technieken. We laten zien dat autofluorescentie-endoscopie beter onderscheid kan maken tussen niet-adenomen en adenomen dan standaard witlichtcolonoscopie. Echter, de betrouwbaarheid van de autofluorescentiediagnose is niet voldoende om de niet-adenomen in de darm achter te laten.

Curriculum vitae

Paul van Putten (Noordoostpolder, 1982) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na zijn artsexamen in augustus 2006 werkte hij enkele maanden als arts-assistent interne geneeskunde in Gelre Ziekenhuizen Zutphen. In mei 2007 startte hij zijn promotieonderzoek onder begeleiding van prof.dr. E.J. Kuipers, prof.dr. E.W. Steyerberg, en dr. M.E. van Leerdam. In december 2010 startte Paul van Putten met de opleiding tot MDL-arts vanuit het Erasmus MC Rotterdam.

Het proefschrift is vrij te verkrijgen via:
<http://e-pubs.nl/?epub=paulvanputten>.

AUTOIMMUNE PANCREATITIS: DIAGNOSTIC AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS

Marianne J. van Heerde, Erasmus Universiteit Rotterdam, 12 juni 2013



Dit proefschrift focust op de diagnosestelling van auto-immuunpancreatitis (AIP), met name het vaak moeilijke onderscheid met maligniteit. 2,6% van de patiënten die een Whipple-operatie ondergaan wegens verdenking van pancreaskopcarcinoom, blijken achteraf AIP te hebben. Het eerste deel beschrijft de karakteristieken van

114 patiënten, waarbij de belangrijkste diagnostische criteriasystemen worden getoetst. Adviezen worden gegeven welk systeem te gebruiken bij bepaalde diagnostische dilemma's.

Vervolgens wordt een aantal studies beschreven waarin wordt gezocht naar de ideale serologische test. IgG4 is de beste enkelvoudige test met een optimale afkapwaarde $>2,6$ (ten opzichte van PAC) en $2,8$ g/L (ten opzichte van PAC en cholangiocarcinoom tezamen), dat wil zeggen: twee maal de bovenlimiet van normaal. Dit correspondeert met een hoge specificiteit (respectievelijk 100% en 98%), maar matige sensitiviteit (70% en 65%). Licht verhoogde waarden van IgG4 (tussen 1,4 en 2,6) zijn onvoldoende specifiek (81%). Door lage waarden van Ca 19,9 (<74 kU/L) te combineren met een IgG4 $>1,0$ g/L stijgt de sensitiviteit naar 94% met een specificiteit van 100%.

Het bepalen van autoantistoffen zoals reumafactor, ANA, anti-carbonanhydrase II en antilactoferrine is niet nuttig bij het stellen van de diagnose AIP. Een combinatie van IgG4, IgG3 en Ca 19,9 bleek de beste serologische voorspeller, echter deze combinatie moet nog worden gevalideerd. Verhoogde IgE-waarden en de correlatie tussen IgE en IgG4 in AIP wijzen op een mogelijke rol van allergie in het ontstaansmechanisme.

Tot slot wordt in een retrospectieve, niet-geblindeerde studie aangetoond, dat een klassiek aanbevolen hoge dosering prednison (>20 mg) niet effectiever is dan een lage dosis in induceren van remissie in AIP.

Curriculum vitae

Marianne van Heerde (Vollenhove, 1973) studeerde geneeskunde aan de Universitaire Instelling Antwerpen. Hierna bekwaamde ze zich in diverse disciplines, onder andere diverse anio-schappen interne geneeskunde, kortdurend onderzoek op het gebied van hepatitis C (UMCU) en behaalde zij het diploma huisartsgeneeskunde (2002). In 2004 startte Marianne haar opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC, waarbij dit promotieonderzoek werd opgestart. Sinds september 2010 werkt zij als MDL-arts in het Amphia Ziekenhuis in Breda.

Het proefschrift is te verkrijgen via mvanheerde@amphia.nl.

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):703-709.50(2):7. 5. Turner D, et al. Endoscopy 2009;41:1038-1045.

Verkorte productinformatie

Naam van het geneesmiddel: PicoPrep. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** 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



natriumpicosulfaat + magnesiumcitraat

PICOPREP®
SCHOON met SMAAK

Met teamspelers de hoogste kwaliteit

De uitstekende sfeer binnen de maatschap noemt Wink de Boer de “sleutel tot succes”. Wanneer hij in 2005 de afdeling MDL begint, weet hij één ding zeker: alles staat of valt met een goede sfeer. “Je moet elkaar geen vliegen willen afvangen, maar elkaar willen opvangen. Een maatschap heeft teamspelers nodig. Geen macho's.”

Ziekenhuis Bernhoven ontstaat in 2000, wanneer het Sint Anna Ziekenhuis in Oss en het Sint Joseph Ziekenhuis in Veghel fuseren. Zo'n dertien jaar kent het ziekenhuis twee standplaatsen, tot op 1 april 2013 de nieuwe locatie in Uden haar deuren opent. Met 380 bedden en 150 medisch specialisten is Bernhoven een middelgroot ziekenhuis met 2300 medewerkers (1540 fte).

Wink de Boer begint in 1995 in Oss. Boven zijn spreekkamer twee bordjes, dat van *Internist* hangt boven. In 2005 zijn de bordjes omgedraaid en daarmee “eindelijk in overeenstemming met de werkelijkheid, want goed beschouwd deed ik als internist vooral MDL-werk.” Het verhangen van de bordjes markeert het begin van de MDL-afdeling.

Vanaf 2014 telt de afdeling zeven MDL-artsen en twee scopiërende internisten met een GE-profiel. Zij worden ondersteund door twee IBD-verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist MDL, één hepatitis-, één voedings- en één colicare verpleegkundige. “Rond acht uur 's ochtends drinken we altijd samen koffie en we spreken elkaar weer rond half zes voor de avondoverdracht. Humor en een goede sfeer zijn sleutelwoorden.”

De groei is gebaseerd op een simpele strategie: doe alleen dat waar je goed in bent en bouw vandaaruit de afdeling op. Zo levert de afdeling in haar eerste jaren alleen de MDL-basiszorg. Moeilijke en tijdrovende zaken, “zelfs de ERCP's en stentplaatsingen” worden doorgestuurd. “Maar wat wij

aan zorg leverden, had een hoge kwaliteit en dat faciliteert verdere groei. Bij iedere uitbreiding hebben we er weer één of twee technieken bij genomen. Zo is ons palet aan diagnostiek en behandeling steeds verder uitgebreid.”

Officiële sollicitatiegesprekken kent de maatschap niet. Lange sollicitatiebrieven

zijn geen pré. “We laten mensen liever een paar dagen meelopen zodat we aan elkaar kunnen snuffelen. Hij of zij moet in ons team passen. Dat is bepalend.”

De MDL-afdeling leidt niet op. Misschien dat het er ooit van komt, maar in de nabije toekomst is het doel verdere groei. “We zijn er nog niet. We moeten ons functieonderzoek nog uitbreiden en ook de echo-endoscopie hebben we niet in huis.” Maar hoe de afdeling ook is gefocust op groei, het mag niet ten koste gaan van de korte lijntjes, gezellige sfeer, teamgeest en de kwaliteit van de zorg, die nu zo kenmerkend zijn.



V.l.n.r. (met jaar waarin gestart als MDL-arts): Nyke Talstra (MDL-arts, 2013), Peter van Den Dries (internist), Marijke van den Langenberg (colicare verpleegkundige), Ingrid Gisbertz (MDL-arts, 2006), Wink de Boer (MDL-arts, 2005), Lilette Gniirrep (IBD-verpleegkundige), Bas van Balkom (MDL-arts, 2008), Jan van Spreeuwel (MDL-arts, 2010) en Bernard Brenninkmeijer (internist).

Op de foto ontbreken Bertram Haarhuis (MDL-arts, 2011) en Karen Steenhuisen-van Erp (MDL-arts, start in februari 2014 in Uden).

We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.¹

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

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

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



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

