

STAND VAN ZAKEN 70 / INTERVIEW 74 / HPB- EN
SLOKDARMCHIRURGIE 75-77 / HEPATITIS C 79
REDUCE PDS 81 / MDL-TRANSFERS 85 / THEMA:
VOEDING 86-95 / FINANCIËN 97 / OPLEIDING 99-101
NIEUWS 103 / CASUÏSTIEK 105 / PROEFSCHRIFTEN 106-107
DE AFDELING 108



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 20 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2014

VOEDING

MEER AANDACHT VOOR VOEDING
BINNEN MDL-OPLEIDING



Ethische toetsing BVO

Het bevolkingsonderzoek darmkanker loopt. De afkapwaarden van de gekozen FIT-test zijn aangepast, c.q. fors verhoogd, mede omdat het aantal colonoscopieën dat door kwam, te hoog zou zijn. In het afgelopen half jaar werden vooral 74- en 75-jarigen uitgenodigd. Dankzij een zeer goede promotiecampagne van het RIVM nam bijna 70% van de genodigden deel aan het BVO. Bij maar liefst 13% van hen toonde de FIT-test 15 microgram hemoglobine of meer per gram feces aan. Dit betekent dat er veel meer mensen, bijna tweeënhalve keer zo veel, moesten worden verwezen dan vooraf was gecalculeerd op basis van het proefbevolkingsonderzoek. Eerste indruk is dat bij 7 à 8% van de personen met een positieve test een CRC werd gevonden en bij 22% vergevorderde voorstadia hiervan.

Het is begrijpelijk dat bij de groep 74-plussers veel vaker colonoscopieën nodig zijn, zeker in de eerste ronde. Dit mag ethisch gezien echter geen reden zijn om de afkapwaarden drastisch te verhogen. Bij de jongere leeftijdsgroepen die hierna worden opgeroepen, zullen veel minder mensen worden verwezen voor scopie. Deze jongere groep, waar veel levenswinst te verwachten valt, wordt nu benadeeld door deze verhoging van de afkapwaarden. De beslissing om de afkapwaarden te verhogen, zal helaas wel leiden tot niet-gecalculerde extra sterfte aan CRC.

In het *NTVG 2013* (157:A5744) hebben Jan Janssen (Helmond) en ondergetekende al voorspeld dat er met de voor het BVO gekozen FIT-test lagere positief voorspellende waarden en hogere aantallen positieve testen gevonden zouden worden. Het lijkt erop dat wij het belang van ons standpunt niet voldoende hebben gecommuniceerd om dit bij de beleidsbepalers op de agenda te krijgen. De programmaleiders van het RIVM hebben na de stormloop van colonoscopieën, verschillende scenario's doorgerekend. Het scenario om te wisselen van FIT-test is, voor zover ons bekend, niet doorgerekend. Vanwege mogelijke contractuele verplichtingen en/of gezichtsverlies?

Het verhogen van de afkapwaarde zal tijdelijk soelaas bieden in de zin van: minder verwijzingen voor colonoscopie. Maar de keerzijde is dat er meer (voorstadia van) darmkanker zullen worden gemist. Hierdoor zal de doelstelling van het bevolkingsonderzoek gericht op verminderen van sterfte

niet worden gehaald. Op dit moment is er sprake van (kosten)besparing, maar de langere termijn rekening komt bij de deelnemers te liggen. Er zullen zich meer patiënten blijven presenteren met gemetastaseerde ziekte dan nodig, waardoor veel dure behandelingen ook nodig blijven. Los van de 'tragiek' voor de individuele deelnemer die door deelname aan het BVO ten onrechte wordt gerustgesteld en dan op termijn wordt geconfronteerd met een maligniteit.

Bij het proefbevolkingsonderzoek waren METC's betrokken, die toezicht hielden. *Ik weet niet welke extra sterfte nu wordt gecalculeerd door de landelijke evaluatiecommissie van het BVO.* Het verhogen van een afkapwaarde zou mijns inziens ethisch getoetst moeten worden. Het BVO blijft echter niet onder een ethische toetsing te vallen. De Wet Bevolkingsonderzoek bepaalt dat het bevolkingsonderzoek niet CCMO-plichtig (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek) is. Toetsing vindt derhalve alleen vóór plaats door de Gezondheidsraad. Lopende het onderzoek is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verantwoordelijk.

Jan Janssen en ik hebben de minister van VWS per brief op bovengenoemde problemen gewezen. De IGZ heeft ons inmiddels laten weten dat zij een onderzoek instellen naar de afwegingen die zijn gemaakt. Ook bekijken zij "hoe tot een optimalisering van beleid gekomen moet worden dat recht doet aan de rechten van de deelnemers". Een van de problemen is immers dat deze niet worden ingelicht over de afkapwaardeveranderingen. Ons inziens moeten alle deelnemers daarover worden geïnformeerd. Ook denk ik dat elke deelnemer recht heeft op de volledige uitslag en, indien deze ligt boven de oude afkapwaarde, separaat een colonoscopie via de huisarts moet kunnen aanvragen.

C.M.

U kunt MAGMA 3-2014 met bijlagen te allen tijde raadplegen via www.mdl.nl/MAGMA.

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



Scherp aan de wind varen

Wanneer een zeiler een doel pal in de windrichting wil bereiken, is de meest effectieve manier om dat doel te halen door ‘scherp aan de wind’ te gaan varen. Niet eenvoudig voor de bemanning. Een onrustige koers waarbij waakzaamheid is geboden. De NVMDL vaart in een aantal dossiers scherp aan de wind, weet waarnaar zij op weg is, maar komt onderweg soms in zwaar weer. Dan laten we de zeilen wat vieren, maar loeven weer op als dat kan.

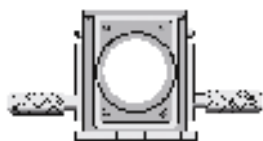
In het dossier bevolkingsonderzoek zijn in korte tijd veel stappen gezet en besluiten genomen. Aanpassen van de afkappe-waarde van de ontlastingtest is daar het uitvloeisel van. Het NVMDL-bestuur zat aan tafel bij die besluitvorming, is mede verantwoordelijk en staat achter dat besluit.

Openheid is gegeven over het tot stand komen van dat besluit. Beoogde scenario's en argumentatie zijn vrijgegeven ter inzage aan alle betrokkenen. Lang niet iedereen is tevreden met dit besluit en de discussie uit het verleden over de keuze van de ontlastingtest komt weer naar boven. Ons gezamenlijke doel is duidelijk: zo snel mogelijk volledige implementatie van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Daarin verschilt niemand van mening.

Over de route daarnaartoe bestaan wel verschillende inzichten. Die route wordt gekenmerkt door obstakels met soms ook forse tegenwind. Dan varen we scherp aan de wind. Dat vereist goede coördinatie van bemanning en stuurmanskunst. We willen alle deskundigheid aan boord hebben c.q. aan boord halen. Het kan zijn dat onderweg de koers gewijzigd gaat worden. Prima, maar op goede gronden en met de juiste informatie om het gemeenschappelijk uitgezette doel te halen.

Het bestuur denkt en doet mee en legt verantwoording af. We zijn er voor alle leden en houden het overstijgende maatschappelijke belang voor ogen: scherp aan de wind!

Was getekend,
Ad Masclee
- voorzitter -



Voeding verdient meer aandacht

“Aan de vooravond van een operatie zou een patiënt topfit moeten zijn.” Geert Wanten, hoogleraar Darmfalen en parentale voeding, benadrukt tijdens zijn interview met MAGMA hoe belangrijk het is kennis te hebben van de wijze waarop voeding in het lichaam van elke patiënt wordt opgenomen. Of juist niet. MDL-artsen zouden volgens hem standaard door hun collega's moeten worden geraadpleegd wanneer hun patiënten ingrijpende behandelingen ondergaan.

Momenteel worden we overspoeld met feiten over het *low FODMAP* dieet: publicaties in internationale toptijdschriften zoals *Gastroenterology* en *Gut*. Vrijwel elk spreekuur krijgen MDL-artsen vragen van patiënten. Ad Masclee zet de zaken over FODMAPs op een rij en plaatst ze in een breder perspectief.

Onze kennis over voeding(opname) dient natuurlijk hoog te zijn en te blijven. Voeding verdient met andere woorden een belangrijke plek in de MDL-opleiding en nascholing. In het Europese curriculum is dat inmiddels het geval, zo licht Chris Mulder toe. Het zou mooi zijn als de Nederlandse MDL-opleiding bij haar verdere ontwikkeling deze Europese standaard als voorbeeld neemt.

NESPEN reikte dit voorjaar voor de eerste maal een prijs uit voor het beste proefschrift op gebied van klinische voeding en metabolisme. Wilt u weten wie de eerste winnaar is? Kijk op pagina 92!

Natuurlijk besteden we in deze MAGMA aandacht aan fundamenteel onderzoek. Het nationale TI Food and Nutrition (TIFN) bestudeert in het kader van het thema *Gastrointestinal Health* via verschillende deelonderzoeken de effecten van korteketenvezturen op het energiemetabolisme in de tractus digestivus. Een verslag hiervan treft u op pagina 86.

Tot slot wordt onze beroepsgroep vanuit de diëtetiek de helpende hand gereikt met een *Zakboek* én met cursorisch onderwijs voor MDL-artsen. Ook het niveau van de eigen diëtistenopleiding wordt niet vergeten. Zo groeien beide beroepsgroepen naar een multidisciplinaire aanpak, waar onze patiënten wel bij zullen varen.

De redactie

FOCUS KAN NIET ALLEEN OP KANKER LIGGEN

Dat Buikfonds komt er, hoe dan ook

“Een patiëntenvereniging is alles behalve een clubje zielige mensen. Wie dát nog denkt, loopt echt jaren en jaren achter.” We praten met Tineke Markus, directeur van de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN) en Bianca Rootsaert, directeur van de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV). Natuurlijk zijn er momenten waarop leden een schouder vragen om het verdriet een plek te kunnen geven. “Maar is dat zielig?” vragen beiden zich af. “Als je te horen hebt gekregen dat je verder zult moeten met sondevoeding? Dat is levenslang. Of een kind dat glutenvrij moet eten, wat denk je dat er in zijn rugtas zit, elke dag naar school?”

Ontstaan in de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn patiëntenverenigingen uitgegroeid tot volwassen en professionele organisaties. Rootsaert: “Een patiëntenvereniging is, behalve die schouder, een uitgeverij, lobbyapparaat en voorlichtingscentrum dat ook nog aan fundraising moet doen.”

“We zijn een kennisinstituut geworden”, vult Markus haar aan. “Dankzij onze achterban weten we heel erg veel over de ziekte, de bijverschijnselen, de kluitjes waarmee patiënten het riet in kunnen worden gestuurd, het onbegrip soms van de huisarts, de moeilijkheden die men kan onder vinden met zorgverzekeraars. Wat dat betreft zijn we soms net een vakbond.” Markus vertelt vervolgens over het niet verstrekken van de voorgeschreven merkmedicatie door apotheken, omdat zorgverzekeraars alleen het goedkopere medicijn met dezelfde stofnaam vergoeden. “Dat zoeken wij dan tot de bodem uit. Zo’n kwart van de

apotheken verstrekke het merkmedicijn niet meer en had het vervangen door een generiek medicijn. Volledig ten onrechte, want er ligt een gerechtelijke uitspraak waaruit blijkt dat deze medicatie niet onderling uitwisselbaar is. Inmiddels is de richtlijn voor apothekers aangepast, maar we blijven als vereniging natuurlijk alert dat dit niet weer gebeurt.”

“Dat is een patiëntenvereniging anno nu,” zegt Rootsaert, “wij kunnen een vuist maken, omdat wij als geen ander weten wat er speelt. Wij zijn uitermate goed gedocumenteerd. Alles wat we naar buiten brengen, is gewikt en gewogen door de artsen, wetenschappers en onderzoekers. Dat moet ook wel, want iemand met coeliakie kan nergens zo goed terecht als bij ons. www.glutenvrij.nl is dé vraagbaak als het gaat om coeliakie. Vandaar dat ik ons ook uitgever vind, want behalve een website boordevol informatie geven we brochures uit, publiceren we handleidingen, kookboeken, noem maar op.”

“Dat geldt natuurlijk ook voor ons”, neemt Markus het stokje over. “Dankzij die goede informatie kunnen patiënten nog betere beslissingen nemen, kunnen ze een betere gesprekspartner van de arts zijn. Wij geven precies aan welke problemen jouw pad kun-

nen kruisen. Vind je het niet op de website, dan kan je altijd bellen.”

De NCV traint zelf gespecialiseerde diëtisten (bij het diëtistennetwerk NCV zijn meer dan 120 diëtisten aangesloten, vrij gevestigd, maar ook werkzaam in ziekenhuizen) en de CCUVN geeft nascholing aan huisartsen en specialisten zodat ze nog beter bij de gevolgen van de ziekten worden betrokken. Markus: “Het is een lang proces geweest, maar de meeste MDL-artsen zien het belang van een patiëntenvereniging en er wordt meer en meer naar ons geluisterd en samengewerkt.” Rootsaert: “Ook zij beginnen te beseffen dat we instituten zijn met adequate kennis over de ziekte.”

Een patiëntenvereniging is bij lange na geen vetpot. De jaarlijkse contributie ligt zo rond de dertig euro. Overheidssubsidie is gedaald van ruim een ton naar € 35.000. Het jaarlijkse budget waarmee Markus het moet rooien, bedraagt € 450.000. Rootsaert beschikt jaarlijks over € 750.000. “We krijgen er wekelijks veertig nieuwe leden bij.

Shit de film

“We hebben onze leden gevraagd hoe zij het 35-jarig bestaan willen vieren. Met een feest? Een congres? Maar gekozen werd voor een documentaire, *Shit de film*. Ja, die gaat onder andere over poep, een van de grootste taboes in ons land. We stoppen ons vol met eten en drinken, maar wat daarmee allemaal gebeurt in ons maagdarmkanaal, daar praten we niet over. Ook niet over wat de ziekte met je doet en wat de gevolgen zijn. Daarover gaat die documentaire.” Markus is nog op zoek naar een omroep die haar wil uitzenden.

Onze spijsvertering is goed beschouwd nog een groot vraagteken



Tineke Markus (CCUVN) (links) en Bianca Rootsart (NCV):
“Wij weten heel erg veel over de ziekte en de bijverschijnselen.”

Beide verenigingen hebben elk 4,5 fte in dienst en kennen veel, heel veel vrijwilligers.

De verenigingen doen ook veel onderzoek of ondersteunen dat. Dat kan onmogelijk uit het jaarlijkse budget worden betaald. Daarvoor worden andere fondsen aangeboord. Veelal een verkregen legaat of schenking. Maar voor onderzoek, zeker in een tijd waarin de ene na de andere bezuiniging wordt aangekondigd en uitgevoerd, is er altijd geld tekort. Om de doodeenvoudige reden dat op tal van terreinen nog legio zaken onderzocht moeten worden. “Onze spijsvertering, dat maagdarmkanaal van ons, is goed beschouwd nog een groot vraagteken.”

Met dit voor ogen gaan zes patiëntenverenigingen hun krachten bundelen. Behalve de NCV en de CCUVN zijn dit de Nederlandse Stomavereniging, de Nederlandse Lever Vereniging, de Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging en de Vereniging Anusatriesie. “We willen een eigen Buikfonds oprichten. Een fonds dat zich richt op het binnenhalen van gelden om onderzoek te financieren.”

Maar zo’n fonds is er toch al, opperen wij voorzichtig. Rootsart: “De MLDS richt zich op dit moment vooral op kankeronderzoek. Daarvoor worden fondsen geworven en daar gaat het meeste geld naartoe. Maar

Ultieme brood

“Glutenvrij op het etiket wil nog niet zeggen dat een product gezond is”, legt Rootsart uit. “Glutenvrije producten bevatten relatief veel zout, suiker en vetten. Wij hebben samen met Wageningen Universiteit en Hanze Hogeschool het ultieme gezonde brood ontwikkeld. Glutenvrij, zonder dik makende ingrediënten, veel vezels en het smaakt goed. We onderzoeken op dit moment hoe we dit GV-brood op de markt krijgen.”

er is zoveel meer. Door de focus te leggen op kanker dreig je wetenschappelijk achterop te raken op andere gebieden. Artsen maken zich daarover grote zorgen.”

Markus: “De jongste cijfers over onze uitgaven in de zorg (*Een gezonder Nederland*, een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) laten zien dat het meeste geld wordt uitgegeven aan zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten: 8,3 miljard euro. Dan volgen de zorg voor patiënten met overige psychische stoornissen (7,6 miljard), verstandelijk gehandicapten (6,8 miljard) en dementie (4,8 miljard). Op plek vijf de spijsvertering; jaarlijkse zorg-

kosten 5,6 miljard. En pas dan komt de zorg aan kanker met 4,8 miljard. Dat is toch een bewijs te meer dat je je niet enkel moet richten op kankeronderzoek waar het de buik betreft.”

Natuurlijk willen ze dolgraag samenwerken met de MLDS, benadrukken Markus en Rootsart. Rootsart: “De MLDS heeft andere prioriteiten gesteld, eerst moet het eigen huis op orde worden gebracht. Daarvoor hebben wij natuurlijk alle begrip, maar ondertussen gaan we dan wel zelf aan de gang om het Buikfonds op te richten. In het belang van meer dan een half miljoen mensen. Inderdaad ja, een half miljoen is het aantal mensen met aandoeningen die de zes verenigingen vertegenwoordigen.” Gezamenlijk hebben de zes verenigingen rond de 60.000 leden, bijna een miljoen hits op hun websites en beschikken ze over duizenden twittercontacten en facebookvrienden. Rootsart: “We zouden toch een aardig eind moeten komen met zo’n fonds.”

Een patiëntenvereniging is alles behalve een clubje zielige mensen

Adalimumab reduceert risico op hospitalisatie bij colitis ulcerosa

Zowel inductie- als onderhoudsbehandeling met adalimumab is geassocieerd met een significante reductie van het risico op hospitalisatie bij patiënten met matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa. Dat blijkt uit resultaten van de ULTRA 1- en 2-studies, die onlangs zijn gepubliceerd in *Gastroenterology*.¹ Ondanks de vooruitgang die in het afgelopen decennium is geboekt wat betreft de behandeling van colitis ulcerosa, is het aantal ziekenhuisopnames gerelateerd aan deze aandoening niet verminderd. Tussen 2000 en 2010 werd jaarlijks een derde van de patiënten met matig tot ernstig actieve ziekte opgenomen en veel van deze patiënten zelfs meerdere malen per jaar. Hospitalisatie is een belangrijke medische en maatschappelijke kostenpost gerelateerd aan colitis ulcerosa. Behandelingen die het aantal ziekenhuisopnames reduceren, kunnen dan ook bijdragen aan het beperken van deze kosten.

Adalimumab

Adalimumab is een gehumaniseerd monoklonaal antilichaam tegen TNF- α en onder meer geïndiceerd voor de behandeling van matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa bij volwassenen met onvoldoende reactie op, contra-indicatie of intolerantie voor conventionele therapie. Hoewel de TNF- α -remmer bewezen effectief is wat betreft inductie en onderhoud van remissie bij patiënten met matig tot ernstig actieve ziekte, was het effect op het hospitalisatie- en operatierisico nog onbekend. Brian Feagan en collega's onderzochten dan ook of adalimumab-therapie, als aanvulling op standaardzorg, het risico op ziekenhuisopname en colectomie reduceerde bij patiënten met matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa die deelnamen aan twee gerandomiseerde dubbelblinde placebocontroleerde trials: ULTRA 1 en ULTRA 2 (Ulcerative Colitis Long-Term Remission and Maintenance with Adalimumab).

ULTRA

ULTRA 1 was een inductietrial van acht weken met een openlabel extensie tot 52 weken. Patiënten kregen 160 mg adalimumab op week 0 en 80 mg op week 2, gevolgd door onderhoudsbehandeling met 40 mg elke twee weken, of placebo. ULTRA 2 evalueerde zowel inductie- als onderhoudsbehandeling



met adalimumab gedurende 52 weken. In de hier beschreven analyse werden gegevens van ULTRA 1 en 2 gecombineerd om het risico op 1) all cause-, 2) colitis ulcerosa (CU)-gerelateerde en 3) CU- of medicatiegerelateerde ziekenhuisopname en colectomie na 8 en 52 weken te evalueren bij patiënten behandeld met adalimumab versus placebo.

Minder ziekenhuisopnames

Tijdens de inductieperiode van acht weken was het risico op hospitalisatie bij patiënten behandeld met adalimumab significant lager dan bij patiënten in de placebogroep, wat het klinische voordeel van de 160/80 mg inductiedosering op korte termijn aangeeft. De risico's op all cause, CU-gerelateerde en CU- of medicatiegerelateerde ziekenhuisopname waren respectievelijk 40, 50 en 47% lager in de adalimumab- ten opzichte van de placebogroep (alle: $p < 0,05$), zie figuur 1. Vijf patiënten in de adalimumab-groep en zes patiënten in de placebogroep ondergingen colectomie, een niet-significant verschil.

Langtermijneffect

Ook op de langere termijn (52 weken) bleven de risico's op all cause- en CU-gerelateerde hospitalisatie lager (respectievelijk 32 en 46%) bij patiënten behandeld met adalimumab ten opzichte van placebo, zie figuur 2. Deze bevinding demonstreert de klinische relevantie van het verschil in remissiepercentage tussen adalimumab en placebo, dat eerder werd gevonden in de ULTRA-studies.^{2,3,4} Ook na een jaar bleef het aantal colectomieën dat werd gerapporteerd vergelijkbaar tussen de groepen. De overall colectomie-rate was echter laag ($< 5\%$), wat het lastig maakte om verschillen tussen de groepen te kunnen detecteren.



Zorgkosten

Hoewel een vergelijkbare afname in het aantal CU-gerelateerde hospitalisaties werd gezien na behandeling met infliximab, is een belangrijk verschil dat in deze studie ook all cause-hospitalisatie werd meegenomen, wat bijdraagt aan een meer uitgebreide evaluatie van de 'benefit-to-risk'-ratio van de behandeling. Feagan concludeert dan ook dat behandeling met adalimumab kan bijdragen aan het beperken van de colitis ulcerosa-gerelateerde zorgkosten als gevolg van de reductie van het hospitalisatierisico.

Mw. dr. S. Claessens,
wetenschapsjournalist

Referenties

1. Feagan BG, Sandborn WJ, Lazar A, et al. Adalimumab therapy is associated with reduced risk of hospitalization in patients with ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2014;146:110-118.e3.
2. Reinisch W, Sandborn WJ, Hommes DW, et al. Adalimumab for induction of clinical remission in moderately to severely active ulcerative colitis: results of a randomised controlled trial. *Gut*. 2011;60:780-7.
3. Reinisch W, Sandborn WJ, Panaccione R, et al. 52-week efficacy of adalimumab in patients with moderately to severely active ulcerative colitis who failed corticosteroids and/or immunosuppressants. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19:1700-9.
4. Sandborn WJ, van Assche G, Reinisch W, et al. Adalimumab induces and maintains clinical remission in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2012;142:257-65.e1-3.

HUMIRA®
adalimumab

HPB- EN SLOKDARMCHIRURGIE IN TWENTE:

Volumetoename leidt tot innovatie

De afgelopen jaren stonden in het teken van centralisatie van hoogcomplexere chirurgie. Niet alleen het ziekenhuisvolume is bepalend voor de uitkomst van zorg, maar ook uiteenlopende aspecten in de structuur en zorgprocessen in een ziekenhuis. De uitkomsten van hoogcomplexere chirurgie worden sinds vorig jaar geregistreerd in landelijke audits, zoals DPCA, DHBA en DUCA [1], waarbij de eigen resultaten kunnen worden gespiegeld aan die van andere centra. In dit artikel wordt ingegaan op enkele positieve gevolgen van regionale samenwerking voor HPB-chirurgie in Medisch Spectrum Twente en slokdarmchirurgie in ZGT Almelo.

Samenwerking in de regio

Tot en met 2012 werd in het Medisch Spectrum Twente lever-, pancreas- en oesofaguschirurgie bedreven door drie chirurgen. Patiënten werden voornamelijk verwezen vanuit Winterswijk en Hengelo. In ZGT Almelo werd oesofaguschirurgie verricht door twee chirurgen; patiënten werden verwezen vanuit ziekenhuizen in Hengelo, Deventer en Hardenberg.

Vanwege de door de beroepsgroep afgesproken normering van twintig operaties per jaar stond in 2012 de voortgang van de slokdarmchirurgie (slokdarmresectie wegens carcinoom) en pancreaschirurgie (*whippleprocedures*) in Medisch Spectrum Twente ter discussie. Ook in ZGT Almelo werd het vereiste aantal slokdarmresecties ternauwernood gehaald. Om een voldoende aantal *whippleprocedures* te kunnen verrichten, zou een groter achterland nodig zijn. Gastro-intestinaal en oncologisch chirurgen in ziekenhuizen in de omgeving (Deventer Ziekenhuis, Gelre Ziekenhuis Apeldoorn en Zutphen) hadden identieke problemen.

Na enkele voorbesprekingen werd op 8 november 2012 in de Swarte Ruijter in Holten door een delegatie chirurgen uit bovengenoemde ziekenhuizen het glas geheven op het A1-samenwerkingsverband: er werd een afspraak gemaakt over de verdeling van hoogcomplexere chirurgie vanuit een streven om diagnostiek en behandeling van pancreastumoren, slokdarmcarcinoom

en leverchirurgie voor alle patiënten binnen de regio Twente, Achterhoek en Salland te kunnen blijven aanbieden. Pancreaschirurgie (*whippleprocedures*) zou in Enschede worden geconcentreerd, oesofaguschirurgie in Almelo en Apeldoorn, terwijl leverchirurgie in Enschede, Deventer en Apeldoorn zou kunnen blijven gebeuren. Dit A1-samenwerkingsverband werd later bekrachtigd in een bijeenkomst met belangrijke partners zoals MDL-artsen, (interventie)radiologen, internist-oncologen, radiotherapeut-oncologen en beleidsmedewerkers uit de betrokken ziekenhuizen. Naast bovengenoemde samenwerkingsverband participeert het Medisch Spectrum Twente in het door het IKNL ondersteunde Managed Clinical Network (MCN) HPB-chirurgie en ZGT Almelo in het MCN slokdarmchirurgie.

Leverchirurgie

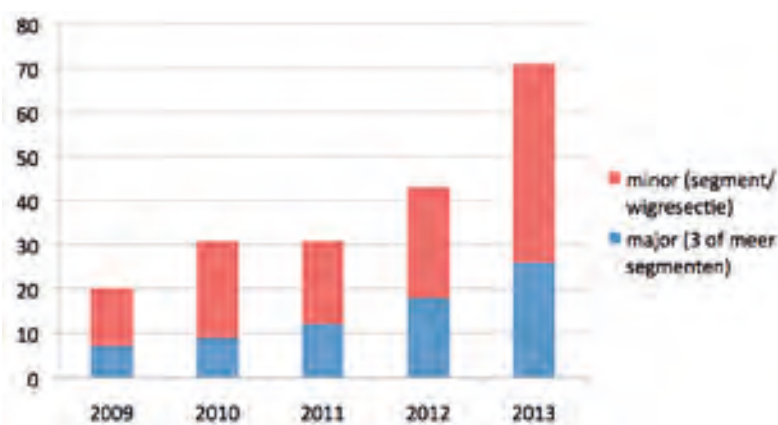
Het Medisch Spectrum Twente kent een lange traditie van leverchirurgie. Het voldoet aan alle in het SONCOS-document vereiste voorwaarden van oncologische zorg voor levertumoren, waarbij onder meer belangrijke structuurvoorwaarden in het ziekenhuis worden genoemd [2]. Voor de uitkomst van zorg wordt gebruikgemaakt van een eigen database en wordt sinds juli 2013 geregistreerd in de DHBA.

Uitkomsten

Van 1994 tot maart 2013 ondergingen 246 patiënten in het Medisch Spectrum Twente een vorm van leverchirurgie. 177 van hen (72%) ondergingen een behandeling voor colorectale levermetastasen (CRLM),

Lees verder op pagina 76.

Figuur 1: Aantal leverresecties MST



131 patiënten (74%) ondergingen een partiële leverresectie, 31 (18%) een combinatie van partiële leverresectie met RFA en 15 (9%) een open RFA-procedure. Het betrof in 43% een *major liver resection* (drie of meer segmenten). De gemiddelde leeftijd bedroeg 64 jaar. 30% van de patiënten was ouder dan 70 jaar.

De *overall* vijfjaarsoverleving na partiële leverresectie +/- RFA was 46% na een gemiddelde follow-upduur van 66 maanden. De vijfjaarsziektevrije overleving was 37%. De postoperatieve mortaliteit was 1,2%. Na *major liver resection* trad er (binnen 90 dagen) in 34% van de gevallen een Clavien-Dindo graad III of meer complicatie op, maar was er geen enkele mortaliteit. In 2011 deed laparoscopische leverchirurgie zijn intrede. Inmiddels is voldoende ervaring opgedaan met segment II/III-resecties en wigresecties ter plaatse van de anterieur gelegen segmenten, zodat we ons nu kunnen oriënteren op laparoscopische hemihepatectomie.

Evaluatie

Door betere operatietechnieken kan leverchirurgie tegenwoordig veiliger worden toegepast. Ook het indicatiegebied is toegenomen, met name voor patiënten met CRLM,

i.e. 75% van de indicaties, waardoor partiële leverresecties steeds frequenter worden uitgevoerd. De medische literatuur vermeldt een daling in de afgelopen tien jaar voor postoperatieve sterfte na leverresectie van 5–10% naar <5% in hoogvolume ziekenhuizen, en minder dan 2% postoperatieve sterfte na CRLM. Ook is in de literatuur een lichte daling in het totale aantal postoperatieve complicaties beschreven, echter het percentage blijft hoog, namelijk 23–56%. De vijfjaarsoverlevingscijfers na partiële leverresectie voor CRLM liggen rond de 40% [3].

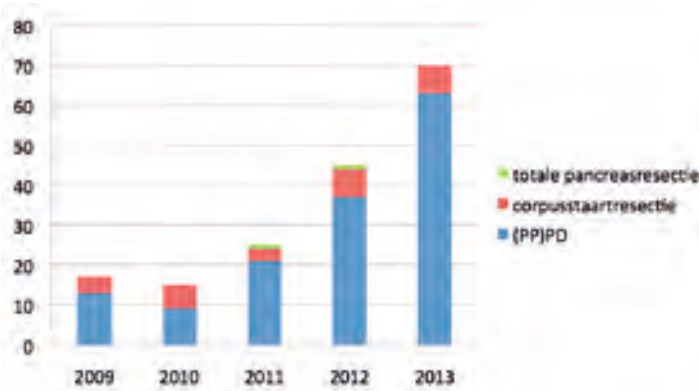
Op grond van de eerder genoemde getallen concluderen wij, dat leverchirurgie veilig in ons HPB-centrum kan worden verricht. Structuurelementen die bijdragen aan dit succes, zijn naast het (toenemend) volume (*figuur 1*) en hoge *caseload* van een vast team van twee chirurgen, de aanwezigheid van een *level 3* IC. Daarnaast is gebleken dat complicaties (door toenemend volume) eerder worden herkend en met percutane technieken (interventieradiologie) en endoscopische benadering (ERCP voor gal-lekkage) adequaat kunnen worden opgelost.

Gemetastaseerd colorectaal carcinoom

In eerder onderzoek [4] toonden wij aan,

dat in onze regio het percentage patiënten met colorectaal carcinoom dat bij aanvang gemetastaseerd is (meestal naar de lever), 30% bedraagt. Dit percentage lijkt hoger dan bekend uit de literatuur. Dit betekent dat wij te maken hebben met een patiëntenpopulatie die ofwel laat naar de dokter gaat ofwel een agressieve vorm van kanker heeft. Patiënteneducatie en de introductie van het bevolkingsonderzoek naar colorectaal carcinoom kunnen hier respectievelijk op kortere en langere termijn waarschijnlijk winst opleveren. In dezelfde studie toonden wij aan dat wij bij 25% van de gemetastaseerde patiënten in staat waren een in opzet curatieve ingreep (meestal leverresectie) te verrichten. Dit was de reden om bij de door het IKNL geïnitieerde zorgpad Rectumcarcinoom [5] te pleiten voor een regionale multidisciplinaire 'M1'-bespreking. Deze heeft gestalte gekregen op de dinsdagmiddag en is later uitgebreid naar een regionale (Medisch Spectrum Twente, ZGT Almelo/Hengelo, Winterswijk) *upper GI/HPB*-bespreking. Wij verklaren de toename van het aantal leverresecties met name door het succes van deze bespreking, hetgeen een voorbeeld is van een verbetering in het zorgproces. Op 12 september 2013 werden de eerste resultaten van deze samenwerking

Figuur 2: Aantal pancreasresecties MST



Figuur 3: Resultaten samenwerking (PP)PD 2012–2013

(PP)PD MST 2012–2013 N=77	(PP)PD NTvG Cieslak et al. 2012 N=218
Clavien Dindo III-V	
N=19 (26%)	N=60 (28%)
PF	
N=11 (14,3%)	N=23 (11%)
30-dagen mortaliteit	
N=2 (2,6%)	N=9 (4,1%)
Opnameduur	
Mediaan 12 (5–81)	Mediaan 16 (11–25)

gepresenteerd op het symposium 'Oncologische samenwerking in de regio' op de Campus van de Universiteit Twente.

Pancreaschirurgie

De resultaten van twee jaar samenwerking in A1-verband staan vermeld in *figuur 2 en 3*. Het aantal (PP)PD's is gestegen tot 63, wat betekent dat het Medisch Spectrum Twente in 2013 na het AMC (n=73) de meeste (PP)PD's in Nederland heeft verricht [6]. Wij hebben de resultaten van de eerste 77 achtereenvolgende patiënten bekeken die een (PP)PD ondergingen in het samenwerkingsverband sinds 2012 en concludeerden dat deze resultaten overeenkomen met die uit de literatuur (*figuur 3*). Ruim 20% van deze patiënten werd verwezen via de afdelingen MDL of chirurgie uit het Deventer Ziekenhuis en ruim 20% uit Gelre Ziekenhuis Apeldoorn en Zutphen. De eerste drie laparoscopische pancreascorpusstaartresecties zijn inmiddels met behulp van een proctor verricht, wat door de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG) [7] mogelijk wordt gemaakt.

Slokdarmchirurgie

Slokdarmchirurgie kende in ZGT Almelo met ongeveer 20 operaties per jaar reeds een

lange traditie. De samenwerking met de andere ziekenhuizen zorgde nu niet alleen voor een toename van het aantal operaties (*figuur 4*), het maakte ook innovatie mogelijk. Vanaf december 2010 worden alle slokdamoperaties volledig minimaal-invasief verricht. Ook de locatie van aansluiting van de buismaag (veelal de hals) werd *patient-tailored*: afhankelijk van de locatie van de tumor wordt de anastomose intrathoracaal of cervicaal gemaakt. Hoogcomplexere chirurgie als slokdarmchirurgie kan, wanneer deze is ingebed in de gehele ziekenhuisorganisatie, goed en veilig worden verricht in een hoogvolume perifeer ziekenhuis, zoals ook uit de DUCA-resultaten blijkt (*figuur 5*).

Conclusie

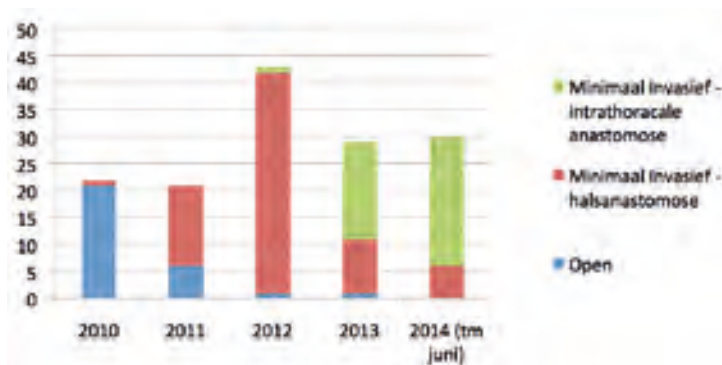
Hoogcomplexere chirurgie als lever-, pancreas- en oesophaguschirurgie kan door concentratie van zorg op hoogstaande wijze in onze regio worden verricht. De concentratie van zorg heeft tezamen met aandacht voor structuur en zorgprocessen geleid tot een toename van het aantal operaties én tot goede zorgresultaten. Door de volumetoename is de introductie van complexe minimaal-invasieve chirurgie mogelijk geworden.

Joost M. Klaase,
gastro-intestinaal en oncologisch chirurg
Afdeling Chirurgie, MST Enschede
Jos J.G.M. Gerritsen,
gastro-intestinaal en oncologisch chirurg
Afdeling Chirurgie, MST Enschede
Ewout A. Kouwenhoven,
gastro-intestinaal en oncologisch chirurg
Afdeling Chirurgie, ZGT Almelo

Referenties

- 1 www.clinicalaudit.nl
- 2 www.soncos.org
- 3 www.livermetsurvey.org
- 4 Grossmann I, Avenarius JK, Mastboom WJ, Klaase JM. Preoperative staging with chest CT in patiënts with colorectal carcinoma: not as a routine procedure. *Ann Surg Oncol*. 2010 Aug;17(8):2045-50.
- 5 van Hoeve JC, Elferink MAG, Klaase JM, Eddes EH, Woutersen DP, Holtkamp CCM. Regionaal zorgpad leidt tot verbeteringen in de zorg voor patiënten met rectumcarcinoom. *Ned Tijdschr Oncol* 2012;9:311-8.
- 6 www.ziekenhuistransparant.nl
- 7 www.dpcg.nl

Figuur 4: Aantal slokdarmresecties ZGT



Figuur 5: Resultaten samenwerking slokdarmchirurgie ZGT

DUCA – ZGT 2013	DUCA – Nederland 2013
Totaal Minimaal Invasief	
92,9%	38,6%
Postoperatieve complicaties	
60,7%	59,3%
30-dagen mortaliteit	
3,6%	4,7%
Opnameduur	
Mediaan 11	Mediaan 12

Eénmaal daags

OLYSIO
SIMEPREVIR
150 mg capsule

Olysio® onthult de weg naar genezing



- ♥ **Eerste baanbrekende 12 weken IFN-vrije* en ribavirine-onafhankelijke† DAA combinatietherapie** voor patiënten met HCV genotype 1 of 4¹
- ♥ **Krachtige werkzaamheid** waardoor hoge SVR percentages worden bereikt bij patiënten die moeilijk te genezen zijn (zowel met IFN-vrije therapie als met triple-therapie).¹⁻⁵
- ♥ **Bewezen werkzaamheid bij een brede groep patiënten** met HCV G1, G4 en co-infectie met HIV, ongeacht de ernst van de ziekte of eerdere behandeling¹⁻⁵
- ♥ **Eenvoudige, éénmaal daagse dosering** met gunstig veiligheids- en verdraagbaarheidsprofiel¹⁻⁵

* Olysio met sofosbuvir dient alleen te worden gebruikt bij patiënten die behandeling met interferon niet verdragen of er niet voor in aanmerking komen en die dringend behandeling nodig hebben.

† Op basis van klinische beoordeling van elke patiënt afzonderlijk
Verkorte productinformatie staat elders in deze uitgave.

HEPATITIS C:

Waar blijft de nieuwe medicatie?

De nieuwe geneesmiddelen voor hepatitis C zijn goedgekeurd maar nog niet beschikbaar.

Terwijl elders patiënten worden behandeld, zijn 'wij' nog bezig met de richtlijnen en vergaderen de farmaceutische bedrijven, het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en de overheid (VWS) over de prijs. Gloort er licht aan de horizon?

Nieuw therapeutisch arsenaal

De komende maanden zullen drie verschillende medicamenten beschikbaar komen: sofosbuvir (NS5B-remmer), daclatasvir (NS5A-remmer) en simeprevir (een nieuwe proteaseremmer). Indien sofosbuvir met een van de andere middelen wordt gecombineerd, kunnen alle genotypes worden behandeld; voor genotype 2 is de combinatie sofosbuvir met ribavirine voldoende. De genezingspercentages zullen boven 90% uitkomen, ongeacht genotype en stadium van leverziekte. Geneesmiddeleninteracties worden nauwelijks verwacht. Interferon-vrije therapie verlaagt de frequentie en duur van policonrole. Een patiënt is definitief genezen indien de HCV-RNA 12 weken na beëindigen van therapie negatief is (SVR12); controle van schildklierfunctie of hemoglobine is niet meer nodig. Hepatitis C is geen probleem meer!

Simeprevir zal waarschijnlijk als eerste beschikbaar komen en kan – in afwachting van de andere middelen – ook in combinatie met peg-interferon en ribavirine gegeven

worden. Dat is echter een combinatie waarvoor weinig artsen of patiënten zullen warmlopen.

Prijskaartje

De European Medicines Agency (EMA) heeft sofosbuvir op 17 januari 2014 goedgekeurd, en simeprevir op 16 mei 2014; daclatasvir zal snel volgen. De volgende stap is de prijsbepaling. En omdat het hier om buitengewoon dure geneesmiddelen gaat (48.000¹ euro per pil per 12 weken ofwel circa 200.000 euro voor een behandeling bij cirrose) bestaat de angst dat bij ongelimiteerd voorschrijven het geneesmiddelenbudget in gevaar komt.

Waarom zijn de prijzen zo hoog? De prijs is niet langer een optelsom van ontwikkelkosten, productiekosten en transportkosten. Besparingen op gezondheidszorgkosten na genezing, maatschappelijke kosten (arbeid) en het bruto binnenlands product zijn bepalend. Zo ontstaat voor Europa een *redelijke* prijs van 48.000² euro voor 'een dagelijkse pil gedurende 12 weken'; één pil net zo duur als een iPhone. Een cirrosepatiënt zal echter tien jaar langer leven, heeft geen levertransplantatie nodig (eerste jaar 150.000 euro, daarna jaarlijks 35.000 euro) en gaat misschien weer werken.

De verwachtingen omtrent omzet hebben de beurskoersen van de grootste spelers de laatste jaren enorm opgedreven: Gilead 500%, Johnson & Johnson (Janssen-Cilag) 200% en BMS eveneens 200% (bron: www.marketwatch.com). Zo wordt hepatitis-C-behandeling 'big business'. Het is echter een gewoon onderdeel van onze kapitalistische maatschappij, waar we niet uit kunnen stap-

pen omdat het over gezondheid gaat. We moeten leren daar beter mee om te gaan.

Beroepsgroepen bepalen

VWS en ZiNL zijn gebonden aan het geneesmiddelenbudget en de mening (richtlijnen) van de beroepsgroepen. Dat laatste geeft een probleem.

In tegenstelling tot Frankrijk, Duitsland, Italië en andere landen hebben wij geen goede samenwerkingsverbanden, geen Nationaal Hepatitisplan en onvoldoende inzicht in de epidemiologie. Internist-infectiologen en MDL-artsen maken onafhankelijk van elkaar richtlijnen, en een gemeenschappelijke registratiedatabase is een bron voor conflicten (waarbij dat laatste misschien nog wel meer aan de MDL-artsen (of NVH) ligt dan aan de internisten-infectiologen). Het zou voor VWS en ZiNL eenvoudiger zijn om tot een beslissing te komen, indien wij met harde getallen hadden kunnen laten zien hoeveel HCV-patiënten er in Nederland zijn en hoeveel wij er denken te gaan behandelen.

Egalité of priorité

BIBHEP heeft berekend dat bij onbeperkte behandeling conform de NVMDL-richtlijn, meer dan 2.000 behandelingen op jaarbasis zullen plaatsvinden (kosten >200 miljoen euro). Dat heeft een niet-acceptabele invloed op het geneesmiddelenbudget en is daarom niet mogelijk. Patiënten met F0-F1 (geen of minimale fibrose) die op korte en zelfs middellange termijn weinig risico lopen, werden uitgesloten van therapie met peg-interferon en ribavirine, omdat de

Lees verder op pagina 81.

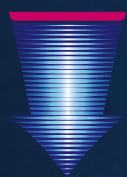
¹ Bij het ter perse gaan gold de volgende prijsinformatie: Sofosbuvir 48.000 euro per 12 weken; Simeprevir 24.000 euro per 12 weken; Daclatasvir, nog niet bekend.

² Zie vorige voetnoot.

Alles zien wat je wilt zien



VANAF 1 AUGUSTUS

 **EZICLEN**[®]
— Bowel Prep Kit —

THE CLEANSING EXPERT

voordelen (beperkte kans op genezing) niet opwogen tegen de nadelen (langdurige behandeling met ernstige bijwerkingen). Deze balans is met interferonvrije therapie volstrekt anders; nu is de vraag of wij een ziekte die geen gevaar oplevert, willen behandelen voor circa 100.000 euro (twee middelen, 12 weken). Voor cirrosepatiënten bestaat echter een direct levensgevaar (decompensatie of hepatocellulair carcinoom), terwijl succesvolle behandeling tot een snelle reductie leidt van de sterfterisico's (Van der Meer et al., *JAMA* 2012;308:2584-93).

De verwachting is dat er op jaarbasis 200 patiënten met een cirrose behandeld zullen moeten worden. Behandeling van deze kleine groep zal op korte termijn (binnen enkele jaren) een significant reducerend effect hebben op de HCV-sterfte. Indien we vanaf F2 matige fibrose gaan behandelen, gaat het om circa 600 patiënten

met F2-F3 en 200 patiënten met F4-cirrose; in totaal circa 800 patiënten op jaarbasis. Hiermee is dan circa 80 miljoen euro gemoeid; dat zou niet alleen een positief effect hebben op het aantal gewonnen levensjaren, maar zou ook zeer kosteneffectief zijn (16.000 euro per *quality*). Kortom, prioriteren heeft de voorkeur.

Conclusie

In Nederland zullen we binnenkort hepatitis C behandelen met nieuwe middelen. In de loop van 2015 zal de behandeling volledig interferonvrij kunnen zijn. De gemiddelde behandeling zal bestaan uit twee middelen gedurende 12 weken (bij cirrose wellicht 24 weken), waarbij de genezingskansen meer dan 90% zullen bedragen. Er moet voorrang worden gegeven aan patiënten met levercirrose met de grootste potentiële gezondheidswinst. Indien we vasthouden aan een behandelindicatie vanaf F2, matige

fibrose, zal de sterfte onder hepatitis-C-patiënten drastisch afnemen, terwijl wij als voorschrijvers toch verantwoord omgaan met de financiële middelen. Op korte termijn alle patiënten interferonvrij behandelen lijkt vooralsnog onbetaalbaar. Een meer proactieve maar vooral coöperatieve houding vanuit NVMDL en NVH is gewenst.

Robert J. de Knegt

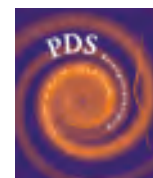
MDL-arts, Erasmus MC Rotterdam

Disclosures

De auteur heeft banden met Gilead, Janssen-Cilag en BMS op het gebied van onderzoek, onderwijs (voordrachten) en advies (Advisory Boards). De auteur heeft echter geen financiële belangen (aandelen) in genoemde bedrijven of andere farmaceutische bedrijven.

DARM

Innoverend zorgtraject enthousiast ontvangen door PDS-patiënten



Sinds ruim een jaar draait het door de PDS Belangenvereniging (PDSB) geïnitieerde programma REDUCE PDS in veertien ziekenhuizen in Nederland op volle toeren. REDUCE PDS is een door PDSB, NVMDL, VMDLV en CBO ontwikkeld zorgtraject waarbij intake, diagnostiek en begeleiding van nieuwe PDS-patiënten grotendeels door MDL-verpleegkundigen wordt gedaan. Het idee hierachter is om – net als bij diabetes mellitus – meer tijd en aandacht beschikbaar te maken voor de vaak complexe begeleiding en counseling van PDS-patiënten.

Het spreekuur van de MDL-arts bestaat voor 35 tot 40% uit patiënten met functionele klachten. Voor de MDL-arts is meestal snel duidelijk dat er sprake is van een functionele klacht. Wanneer de aanvullende diagnostiek hierbij aansluit, volgt meestal geruststelling en een enkel therapeutisch advies. Helaas blijkt dat voor de meeste patiënten – die vaak na een lang traject bij de huisarts eindelijk zijn doorverwezen – niet voldoende om zich begrepen en gehoord te voelen. Bovendien is de beschikbare spreekuurtijd te kort om alle therapeutische opties de revue te laten passeren, toe te lichten en zo met de patiënt een voor hem acceptabele keuze te maken. Van follow-up kan vanwege tijdgebrek en wachttijden geen sprake zijn.

REDUCE PDS

Daarom heeft de PDS Belangenvereniging – na het gereedkomen in 2011 van de *Multi-disciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van het Prikkelbare Darm Syndroom* – samen met de NVMDL het zorginnovatieprogramma REDUCE PDS ontwikkeld. Het programma wordt gefinancierd door het Innovatie Fonds Zorgverzekeraars en de Maag Lever Darm Stichting.

Het zorgtraject is kort, pragmatisch en overzichtelijk. Tegelijkertijd komt het tegemoet aan de uitgebreide informatiebehoefte die bij PDS-patiënten bestaat, geeft het een keuzespectrum van tien therapeutische

Lees verder op pagina 83.

Salofalk® 3 g Granu-Stix®

Less is more

Waarom meer als 3 voldoet?

- ✓ Salofalk® Granu-Stix® voor de inductie van remissie én als onderhoudsbehandeling van colitis ulcerosa.¹
- ✓ Er is circa 80% van de toegediende orale dosis mesalazine beschikbaar in het colon, het sigmoid en het rectum.¹

1x daags 3 g



- ✓ Salofalk® 3 g Granu-Stix® significant effectiever dan Salofalk® tabletten in de behandeling van actieve distale colitis ulcerosa.²
- ✓ Patiënten geven de voorkeur aan een eenmaal daagse dosering.³

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

opties (figuur 1), stelt het de patiënt in de gelegenheid om daaruit zelf drie behandelkeuzes te maken en laat het de begeleiding van de behandelingen grotendeels plaatsvinden in de eerste lijn.

Eerste consult

Bij verwijzing van een patiënt met PDS wordt deze initieel op het spreekuur van de MDL-verpleegkundige ontvangen. In dit eerste consult (duur: één uur) worden anamnese, ROME III-criteria, ziektegeschiedenis, *sensitizing events*, medicatie (heden en verleden), specifieke PDS-klachten, verricht onderzoek, gevolgde behandelingen, een gevalideerde QOL-score (*Likert scale PDSQ*) en vragen over de algemene gezondheid opgetekend en vastgelegd voor follow-up. Met deze gegevens consulteert de MDL-verpleegkundige de superviserend MDL-arts over de diagnostische *work-up*. Bij alarmsymptomen volgt direct doorverwijzing naar het MDL-sprekuur.

Aan het einde van dit eerste consult legt de MDL-verpleegkundige aan de patiënt uit, dat deze PDS heeft en welk aanvullend onderzoek (eventueel) moet worden gedaan. Daarna wordt uitgelegd dat het programma tien behandelopties kent. Omdat niet voorspeld kan worden welke therapie zal aanslaan, krijgt de patiënt uitvoerige documentatie mee over wat de verschillende behandelingen inhouden, wat de ratio van elke behandeling is en wat ervan verwacht mag worden. De patiënt wordt gestimuleerd om de tien therapeutische opties goed te bestuderen en bij voorkeur met een partner, vriend of huisgenoot te bespreken.

Tweede consult

Bij het tweede bezoek wordt de patiënt gezamenlijk door MDL-arts en MDL-verpleegkundige ontvangen. De arts vertelt wat de uitslag van het aanvullende onderzoek is, licht nogmaals de diagnose PDS toe en vraagt of de procedure van REDUCE PDS duidelijk is. Hierna neemt hij afscheid en laat de afwikkeling aan de MDL-verpleegkundige over. De MDL-verpleegkundige vraagt of de patiënt kennis heeft kunnen nemen van de

tien behandelopties en welke drie keuzes zijn gemaakt.

Huisarts

Hierna wordt de huisarts geïnformeerd over het project en ontvangt deze de documentatie van de drie 'keuzebehandelingen'. Hij krijgt het verzoek om patiënt bij deze behandelingen (elk maximaal twee maanden) te begeleiden. Iedere twee maanden krijgt de patiënt van het Research Bureau BLAUW uit Rotterdam een vragenformulier, deels identiek aan het intakeformulier, over de gezondheidstoestand en QOL om de invloed en het effect van elke behandeling te kunnen meten.

Doelstelling project

Het is belangrijk om te beseffen dat dit project niet beoogt de tien therapeutische opties met elkaar te vergelijken. REDUCE PDS heeft als doelstelling te onderzoeken of deze intensieve wijze van begeleiden van PDS-patiënten door een MDL-verpleegkundige, de uitvoerige voorlichting en uitleg, het brede therapeutische keuzepakket, de regie van de patiënt zelf over zijn eigen dossier, de snelle terugverwijzing naar de eerste lijn en de gereguleerde begeleiding tezamen leiden tot een grotere satisfactie en betere kwaliteit van leven.

Voor ons als MLD-artsen zou het kunnen betekenen dat wij met dit zorgtraject meer spreekuurtijd beschikbaar krijgen voor complexe pathologie, in de wetenschap dat patiënten met een hinderlijke functionele aandoening toch de goede en intensieve begeleiding krijgen waarop zij recht hebben.

Evaluatie

Momenteel zijn er 103 patiënten geïncludeerd. De reacties zijn vrijwel unaniem positief. We hopen in de loop van 2015 de resultaten te kunnen presenteren. Als de ledenvergadering van de NVMDL het programma accordeert, zal het voor alle klinieken beschikbaar komen.

Marten Otten

<http://www.pdsb.nl/nieuws/project-reduce-pds.aspx>

Figuur 1. Tien mogelijke behandelopties in REDUCE PDS

Algemeen

1. *Algemene informatie*
Uitleg van PDS en geruststelling.

Zonder pillen

2. *Eliminatie* (bijv. Lactose, fructose of gluten) op basis van voedingsanamnese
3. *FODMAP-dieet* op basis van anamnestiche intoleranties
4. *Probiotica* standaardbehandeling met een probioticum naar keuze
5. *Hypnotherapie* gericht op darmklachten.

Pillen die werken via de buik (darmen)

6. *Antibiotica* 10 dagen Neomycine 3 dd 3 à 375 mg of Rifaximin 3 dd 550 mg
7. *Pepermuntolie* Tempocol 3 dd 1 à 2 caps
8. *Spasmolytica* Buscopan 3 dd 10 à 20 mg of mebeverine 2 dd 1

Pillen die werken via het hoofd (hersenen)

9. *Amitriptyline* 10 mg om 21.00 uur
10. *Citalopram* 20 mg om 09.00 uur

Figuur 2. Overzicht deelnemende ziekenhuizen

Plaats	Ziekenhuis
Alkmaar	Medisch Centrum Alkmaar
Amersfoort	Meander Medisch Centrum
Amsterdam	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
Apeldoorn	Medisch Centrum de Veluwe
Arnhem	Rijnstate Ziekenhuis
Beverwijk	Rode Kruis Ziekenhuis
Ede	Ziekenhuis Gelderse Vallei
Eindhoven	Catharina Ziekenhuis Maxima Medisch Centrum
Hoofddorp	Spaarne Ziekenhuis
Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden
Nijmegen	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Zwolle	Isala

NIEUW

FERRING

PHARMACEUTICALS

Lokaal werkend corticosteroid bij
milde tot matige actieve colitis ulcerosa

CORTIMENT®

KRACHT VAN CORTICOSTEROÏD
LAGE SYSTEMISCHE BELASTING

SIMPELWEG
KUNNEN
GENIETEN



Cortiment®MMX®

Kracht met gewenst veiligheidsprofiel

Verkorte samenvatting van de productkenmerken

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

MDL TRANSFERS

Noorden

Anke Marije Zonneveld werkt nu nog als soliste in het Antonius Ziekenhuis te Sneek, twee endoscopiërende internisten steunen haar. Een tweede MDL-arts in 2015 lijkt onafwendbaar. In Leeuwarden start 1 januari Ubbo Wiersema (EMC) als 4^{de} MDL-arts. Er is toestemming om nog 2 MDL-artsen extra aan te trekken.

Tim Schreuder (VUmc), met specifieke belangstelling voor NASH, verlaat Doetinchem en start als 5^{de} hepatoloog in het Academisch Ziekenhuis Groningen. In Drenthe zoekt men nog steeds extra MDL-artsen (Assen, Hoogeveen en Emmen).

Oosten

Rijnstate Arnhem heeft Carmen Horjus (Radboud) aangetrokken als 10^{de} MDL-arts en 2^{de} vrouw in de maatschap en Frank Oort (VUmc) als 11^{de} MDL-arts voor digestieve oncologie. De ziekenhuiscombinatie Gelre (Zutphen, Apeldoorn) zoekt na de succesvolle transfer van Henri Braat (digestieve oncologie) nog 1 à 2 MDL-artsen. Doetinchem zoekt een opvolger voor Tim Schreuder en wil uitbreiden met een 5^{de} MDL-arts (2 vacatures). Enschede en Almelo hebben 4 vacatures.

Amersfoort heeft generaliste Els Hoekstra (AMC/Zurich) aange trokken als 7^{de} MDL-arts. Wouter Hazen (UMCU) bekwaamt zich als chef de clinique in het Meander Medisch Centrum verder in de interventie-endoscopie.

Erik Tjwa (VUmc/EMC) verlaat Den Bosch na een kort intermezzo en start als hepatoloog in het RadboudUMC.

Westen

Alkmaar zoekt één extra fte, zij doen minimaal 7 dagdelen polikliniek en colonoscopieën ten behoeve van het bevolkingsonderzoek. Inge Huijbregste (AMC) start als 6^{de} MDL arts in het Slo-tervaartziekenhuis, ook zal zij werken in het AVL. Het OLVG en het SLAZ zoeken extra MDL-artsen. Eric Gielisse (VUmc) start in het AVL voor één jaar digestieve- oncologietraining (chemo). Bart Verwer (VUmc) start op 1 februari 2015 als 10^{de} MDL-arts in het VUmc voor biliaire interventies en de hepatologie.

Martine Baven-Pronk (LUMC) gaat per 1 oktober als chef de clinique aan de slag in het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda). Zij stroomt uit met een hepatologieprofiel en werkt nog aan haar proefschrift. Leiden (LUMC) zoekt dringend een chef de clinique voor extra hepatologietraining.

In het Reinier de Graaf Gasthuis (Delft) gaat Herman Walinga, gepokt en gemazeld internist in de MDL, per oktober dit jaar met pensioen en vertrekt Clemens Bolwerk per januari 2015. Hiermee ontstaan er 2 vacatures; het Reinier de Graaf Gasthuis is op zoek naar een trekker voor hun IBD-afdeling.

Zuiden

Wouter Curvers (AMC) start per 1 november als 6^{de} MDL-arts in het Catharina Ziekenhuis, met speciale belangstelling voor therapeutische verrichtingen in de slokdarm. Het St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) zoekt dringend twee MDL-artsen. Yasser Alderlieste (AMC/AVL) vestigt zich als 3^{de} MDL-arts in het Beatrix Ziekenhuis in Gorinchem. Helmond zoekt zijn 4^{de} en 5^{de} MDL-arts.

Suriname/Antillen

Vijay Jarbandhan is de enige MDL-arts van Suriname, hij krijgt hulp van Nederlandse pensionado's. Vijay hoopt dat hij een Surinaamse internist mag opleiden tot MDL-arts, al dan niet met stages in Nederland. Hij hoopt ook op een Nederlandse MDL-arts voor één à twee jaar.

Roddy Schotborgh is al bijna 25 jaar dé MDL-arts van de Antillen. Op kosten van Aruba wordt boven sterkte een Antiliaan opgeleid tot MDL-arts in Nederland. Extra MDL-artsen zijn meer dan gewenst.

Algemeen

Er zijn nu 421 MDL-artsen actief, waarvan 414 lid van onze vereniging. Het BVO leidt nog steeds tot de inzet van veel pensionado's, Willem Dekkers is met zijn 75 jaar de nestor. Onze beroepsgroep doet volop zijn best voor het bevolkingsonderzoek, maar de huidige brevettering zorgt ervoor dat we niet iedereen optimaal kunnen inzetten.

BVO-ers met uitstroom digestieve oncologie zijn zeer gevraagd. Het AVL leidt een hele generatie digestieve oncologen op. De functie chef de clinique dreigt zijn comeback te maken. Collegae in het westen van het land die extra training willen volgen, staan hiervoor min of meer in de rij.

Het aanbod van MDL-artsen blijft fors achter bij de vraag, die explosief stijgt. We zullen dit vóór december inventariseren.

Onderzoek naar gezonde voeding

Nederland heeft een lange geschiedenis in voedselgerelateerd onderzoek. Het nationale TI Food and Nutrition (TIFN) is een strategische publiek-private samenwerking tussen overheid, bedrijfsleven en wetenschap voor de uitvoering van interdisciplinair voedingsmiddelenonderzoek. In samenwerking met de voedingsindustrie wordt onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van duurzame oplossingen voor veilige en aantrekkelijke voedingsmiddelen die bijdragen aan een goede gezondheid. TIFN-onderzoek bestrijkt een breed scala van onderwerpen verdeeld over verschillende thema's (zie www.tifn.nl/research). In het kader van het thema *Gastrointestinal Health* wordt onderzoek gedaan naar:

1. gemakkelijk toegankelijke (ontlasting, uitademingslucht, bloed) biomarkers voor gastrointestinale gezondheid (groepsleider prof. Cisca Wijmenga)
2. effecten van voedsel op de (immuun) barrière in de darm (groepsleider dr. Paul de Vos)
3. effecten van microbiota op het menselijke energiemetabolisme (groepsleider prof. dr. Ellen Blaak)
4. moleculaire interacties tussen generieke bacteriële componenten van gram-positieve celwandbestanddelen en epitheeliale, immuun- en endocriene cellen in het darmslijmvlies (groepsleider dr. Koen Venema).

Binnen elk thema wordt gezocht naar onderlinge interactie. Zo onderzoekt Gerard Dijkstra samen met arts-onderzoeker Julius von Martels (UMCG) de effecten van vezels voortgekomen uit het preklinische onderzoek op (orale) vaccinatie, darmpermeabiliteit en de specifieke immuunrespons in gezonde vrijwilligers. Gelijktijdig onderzoekt Freddy Troost samen met onderzoeker Ellen Wilms (MUMC) de

effecten van dezelfde vezels op de microbiota en de mucosale immuunrespons in de dikke darm van gezonde vrijwilligers.

Korteketenvetzuren

De bacteriën in de tractus digestivus spelen een belangrijke rol in de digestie van onze voeding. Kolonisering begint bij de geboorte door infectie met de maternale flora en bereikt een *steady state* na ongeveer 24 maanden. Hierna blijft de compositie van de bacteriële flora relatief constant. De belangrijkste substraten voor de bacteriële flora zijn koolhydraten die niet in de dunne darm kunnen worden afgebroken. De microbiota metaboliseren de koolhydraten tot voornamelijk acetaat, propionaat en butyraat, die vervolgens als substraat door de enterocyten kunnen worden gebruikt of na doorgifte aan het bloed door andere lichaamscellen. Propionaat wordt in de lever in glucose omgezet.

Er zijn de afgelopen jaren een aantal studies in de literatuur verschenen die suggereren dat deze zogenaamde korteketenvetzuren een gunstig effect hebben op het energiemetabolisme in de gastheer.

In studies met proefdiermodellen toonde moleculair bioloog Gijs den Besten tezamen met andere UMCG-medewerkers aan dat toevoeging van de korteketenvetzuren aan een vetrijk dieet muizen slank hield, ondanks een toename van de calorie-inname. Gijs den Besten liet zien dat dit veroorzaakt werd door een toename van het energieverbruik in vetcellen, veroorzaakt door een verhoogde expressie van het ont-koppelaar-eiwit type 2.

Het door TIFN gesteunde project 'Microbiota, metabolisme en energiebalans' beoogt deze resultaten te reproduceren en uit te breiden in studies met humane vrijwilligers. In een aantal studies wordt door de groepen van Ellen Blaak en Kees de Jong (MUMC) het effect van korteketenvetzu-

ren, alleen of in combinatie, op het energiemetabolisme in de mens getest. Hierbij wordt door het afnemen van vetbiopten ook direct in het adipose weefsel bekeken wat het effect van de korteketenvetzuren op genexpressie en energiemetabolisme in de vetcellen is. Naast het toevoegen van korteketenvetzuren wordt door middel van toediening van antibiotica ook het effect van verwijdering van de microbiota bestudeerd.

En last maar zeker niet least wordt door internist-endocrinoloog Max Nieuwdorp (AMC) het fameuze experiment herhaald waarbij proefpersonen met het metabool syndroom fecestransplantaties ondergaan met feces afkomstig van gezonde slanke donoren. Herhaalde transplantatie moet in dit experiment bewijzen of hierdoor een stabiel gunstig effect op de glucosehuishouding wordt verkregen. Het mechanisme waarlangs de korteketenvetzuren het energiemetabolisme beïnvloeden, wordt door de groep van Bert Groen (UMCG) bestudeerd met behulp van een systeembioologie-aanpak. De invloed van acetaat, propionaat en butyraat op het energiemetabolisme in de verschillende organen (lever, darm, vetweefsel, spier) is zó complex dat computermodellen noodzakelijk zijn om te kunnen begrijpen hoe de verschillende organen met elkaar communiceren en welke rol de korteketenvetzuren precies spelen.

Tot slot

Hoewel goede voeding is te beschouwen als een medicijn, is voeding relatief onderbelicht binnen de opleiding tot MDL-arts. Onderzoek gefinancierd vanuit TIFN passeert echter steeds regelmatig de revue binnen de NVGE voor- en najaarsvergaderingen. Deelname en interactie tussen de fundamentele onderzoekers binnen TIFN en de MDL-artsen wordt dan ook zowel binnen TIFN als het NVGE-programma aangemoedigd.

Fermenteerbare koolhydraten definitief in de ban?

‘Je bent wat je eet’: gezondheid en ziekte worden voor een belangrijk deel bepaald door wat we eten en hoeveel we eten. Daar ligt dan ook een sleutel tot het oplossen van gezondheidsproblemen, zeker op MDL-gebied. Niet zo vreemd dat er veel aandacht uitgaat naar diëten, voedingsinterventies en voedingssupplementen.

Meer dan 80% van de patiënten met prikkelbare darmsyndroom (PDS) geeft aan dat voeding een trigger is in het ontstaan en onderhouden van klachten. Patiënten proberen door aanpassingen in hun voedingspatroon klachten terug te dringen. De voedingsindustrie speelt hier meer en meer op in door producten aan te bieden met claims over gunstige effecten op darmgezondheid. Functionele buikklachten komen voor bij zo’n 10% tot 15% van de Nederlandse bevolking. De markt is derhalve groot en er is veel winst in gezondheid en levenskwaliteit te behalen.

In wetenschappelijk opzicht is de onderbouwing of bepaalde diëten en voedingsinterventies effectief zijn, meestal flinterdun. Placebogecontroleerde studies zijn moeilijk uitvoerbaar en over compliance van patiënten kan alleen in een laboratoriumsetting met zekerheid een uitspraak worden gedaan.

Momenteel worden we overspoeld met feiten over het *low FODMAP diet*: publicaties in internationale toptijdschriften zoals *Gastroenterology* en *Gut*. Vrijwel elk spreekuur krijgen we vragen van patiënten. Het wordt derhalve tijd de zaken over FODMAPs op een rij te zetten en in een breder perspectief te plaatsen. *Low FODMAP* is het acroniem van ‘Low in Fermentable Oligosaccharides (fructans,

inulin, etc.), Disaccharides (lactose, etc.), Monosaccharides (fructose, etc.) And Polyols (sorbitol, mannitol, etc). Feitelijk gaat het om voeding waarin het gehalte aan fermenteerbare koolhydraatsubstraten tot een minimum is teruggebracht.

De positieve berichten over *low FODMAP*-voeding komen vooral uit de groep van Peter Gibson, Melbourne, Australië. Gibson vond dat een *low FODMAP*-dieet bij 75% van PDS-patiënten een significante afname van klachten geeft. In hoeverre deze bevindingen ook op langere termijn gelden, is de vraag; het onderzoek met 30 PDS-patiënten besloeg vier weken.

Het principe van het *low FODMAP*-dieet bestaat in de eerste plaats uit het elimineren van fermenteerbare koolhydraten uit voeding om daarna, aan de hand van klachten, deze voedingsstoffen te re-introduceren onder begeleiding van een diëtist. Een intensief en daarmee ook kostbaar traject. Uit eerdere ervaringen weten we dat het weglaten van alleen al lactose of fructose in voeding bij wel 60% van de PDS-patiënten leidt tot forse afname van buikklachten. En de vraag is derhalve of we wel zo rücksichtslos *alle* fermenteerbare koolhydraten uit voeding moeten reduceren. Immers, een deel van de fermenteerbare koolhydraten heeft gunstige, probiotische effecten: versterkt darmbarrière, zorgt voor grotere

diversiteit in microbiota en geeft toename in productie van korteketenvezuren.

Voeding hoog in FODMAPs heeft derhalve potentieel gunstige effecten op darmmetabolisme en darmbarrière. Voorzichtigheid is dus geboden vanwege de mogelijke lange-termijngevolgen van *low FODMAP*-voeding.

Er is behoefte aan studies die kijken naar de langere-termijneffecten van *low FODMAP*-voeding op zowel PDS-klachten als op darmgezondheid. Daarnaast moeten de data van de groep van Peter Gibson door een onafhankelijk onderzoek worden bevestigd. Omwille van patiënten. Hun vertrouwen in de gunstige effecten van ‘wetenschappelijke’ diëten, is groot. Internet biedt hun mogelijkheden om zelf hiermee aan de slag te gaan. Daarin is goede begeleiding nodig om intake van volwaardige en gevarieerde voeding te borgen.

Wat biedt de toekomst? FODMAPs hebben onmiskenbaar gunstige effecten op darmgezondheid, maar geven tegelijkertijd ook een toename van buikklachten bij daartoe gepredisponeerde personen met PDS. Belangrijk is om meer te weten te komen over werkingsmechanismen van FODMAPs op darmniveau. Laten we oppassen en FODMAPs niet te snel in een kwaad daglicht stellen. Het gaat om maatwerk: geef patiënten de ruimte om te experimenteren met FODMAP-beperkte voeding, maar waak voor eenzijdigheid.

Ad Masclee

Meer aandacht voor voeding binnen MDL-opleiding

“Met een dieet heb ik niets. Dat is een rage en elk jaar is er wel weer een ander dieet om af te vallen, sterker te worden en noem maar op. En of iemand dik is of dun, ook dat is voor mij niet relevant: zowel dikke als dunne mensen kunnen ondervoed zijn. Voor mij is van belang dat, als de darmen niet werken, de patiënt toch voeding krijgt. Want of je nu dik of dun bent, aan een dieet doet of niet, ieder mens heeft voeding nodig.” We praten met Geert Wanten, MDL-arts in het Radboudumc, met als aandachtsgebied Darmfalen en totale parenterale voeding.

Voeding die direct via het bloed wordt toegediend?

“Daar komt het wel op neer, maar het betekent letterlijk ‘buiten het maag-darmstelsel om’. En ja, dat is dan met een infuus in een bloedvat.”

De risico's van ondervoeding bij opname in een ziekenhuis van niet-chirurgische patiënten werden in kaart gebracht door een van zijn voorgangers in het Radboudumc, Ton Naber. 40% van de patiënten bleek ondervoed. “Dat is zeker minder nu. Dat onderzoek stamt uit 1997. Maar ondervoeding is er nog steeds. Elke dag opnieuw komen ondervoede patiënten een ziekenhuis binnen. Zij lopen daardoor een risico, zeker als ze op weg zijn naar de operatiekamer. Een slechte conditie, ondervoed zijn, een chronische aandoening onder de leden hebben, dat is allemaal niet bevorderlijk als je geopereerd gaat worden.”

“Natuurlijk doen ziekenhuizen er iets aan. De risico's van ondervoeding zijn overal bekend. Voor elke afdeling in elk ziekenhuis is het een prestatie-indicator, maar in veel gevallen wordt het slecht bijgehouden. Het

hangt er zo'n beetje bij. Van de ene patiënt wordt het wel genoteerd en van de andere weer niet. Geen tijd, even niet aan gedacht of... noem het maar op. Dat komt, denk ik, omdat een wel of niet goed bijgehouden lijst ogenschijnlijk geen invloed heeft op een wel of niet geslaagde operatie. Ondervoeding komt later aan de orde, als de complicaties zich aandienen. Niet op de OK dus, maar als de patiënt op de intensive care belandt, dan komt dat ondervoed zijn aan het licht. Dankzij de ICT-systemen waarmee IC's tegenwoordig werken, wordt vooral daar zichtbaar hoe snel patiënten hun broodnodige voeding mislopen, met name door het stopzetten van de voeding vanwege de onderzoeken die patiënten moeten ondergaan.”

Wanten lacht: “Nee, in geval van ondervoeding is het niet zo dat je de patiënt gewoon een tijdje wat méér geeft, waarna alles snel weer bij het oude is. Ziek zijn en ook een operatie ondergaan: dat is topsport. Je zou aan de vooravond tofit moeten zijn! Fit genoeg om een bergetappe te fietsen. Als je

Stageplek Darmfalen

Tijdens je opleiding meer willen leren over voeding en het belang ervan? Over kunstmatige voeding, het plaatsen van een PEG-, PRG of een PEJ-sonde, of over TPV, totale parenterale voeding? Dat kan in Nijmegen in het Radboudumc, waar de MDL-afdeling sinds 2012 de stageplek Darmfalen heeft geïntroduceerd.

Doel van de stage is het ontwikkelen van kennis op het gebied van gastro-intestinale motiliteit, voeding en darmfalen. De stage duurt vier maanden en is “ook voor aankomende MDL-artsen van buiten onze universiteit toegankelijk”, zegt Wanten. De AIOS wordt lid van het Radboud Darmfalen Team en ziet daardoor alle soorten patiënten met voedingsproblemen. De AIOS wordt op de polikliniek ondersteund door een diëtist en een gespecialiseerd verpleegkundige. Hij of zij is verantwoordelijk voor patiënten die klinisch voor de indicatie TPV zijn opgenomen en voor de PEG-plaatsingen.

Wat we niet zeker weten, is hoeveel het lichaam opneemt van (sonde)voeding



Geert Wanten:

“Aan de vooravond van een operatie zou de patiënt topfit moeten zijn.”

dat hebt gedaan, in het tempo van een Tour de France-renner – als je dat al zou kunnen – dan ben je ’s avonds uitgewoond en hebt dagen nodig om te herstellen. Let wel, we hebben dan het over iemand met een prima conditie. Zonder dat fiets je sowieso van z’n lang zal ze leven die berg niet op. Maar een operatie die hetzelfde van jouw lichaam en je fysieke gesteldheid vergt, die vindt gewoon plaats. Wel of geen conditie.”

“Vaak kan het ook niet anders, maar toch... Waar dat mogelijk is, moeten wij als MDL-artsen, maar ook de chirurgen, meer oog hebben voor dit soort zaken. Wij moeten breder kijken. Herkennen wanneer een patiënt een slechte conditie heeft of ondervoed is. Dat betekent niet: op de stoel van de diëtisten gaan zitten, maar met hen samenwerken. Zij weten alles over voeding maar kunnen het ziekteproces niet beïnvloeden, wat wij dan weer wel kunnen. Dat kan echter alleen, als je ook voldoende weet van voeding.”

“We moeten het als MDL-arts zien wanneer onze patiënten afvallen of wanneer zij spierkracht verliezen, want dat betekent minder conditie en in veel gevallen ook ondervoeding. Dan moet je je de vraag stellen of een operatie op dat moment wel zo verstandig is. Want voor zijn herstel heeft de patiënt eiwitten nodig. Weefsel herstelt dankzij de aminozuren uit voeding waaruit ons lichaam eiwitten aanmaakt. Iets wat hij op dat moment vaak tekortkomt.”

Maar ook een niet-ondervoede patiënt kan na een operatie of een ziekenhuisopname, ondervoed raken. Zelfs wanneer hem of haar sondevoeding wordt toegediend, vertelt Wanten. “Hoeveel een patiënt nodig heeft, kunnen we dankzij de moderne technieken precies berekenen. Wat we echter niet weten, althans niet helemaal zeker weten, is hoeveel het lichaam opneemt van de (sonde)voeding, zeker wanneer delen van de darm ontbreken of ziek zijn. Je kunt hem wel op de weegschaal zetten, maar ook

daarmee moet je oppassen. De patiënt kan vocht vasthouden, waardoor het lijkt alsof hij aankomt. Wat je dan bijvoorbeeld kunt meten, is de knijpkracht. Als een patiënt nauwelijks meer kan knijpen, is zijn spierkracht verdwenen, of nog niet terug. En is hij derhalve nog steeds ondervoed.”

Het zijn allemaal zaken die een MDL-arts behoort te weten, vindt Wanten, die zelf naast zijn arts-opleiding biologie heeft gestudeerd. “Voeding en kennis van de stofwisseling moet meer aandacht krijgen binnen de opleiding tot arts in het algemeen en de MDL-opleiding in het bijzonder. Het specialiseren heeft veel goede kanten, maar het nadeel is wel dat de bredere verbanden onzichtbaar worden. Ik begrijp best dat je geen MDL-arts bent geworden om je met voeding bezig te houden, maar toch zal dat zo nu en dan moeten. Nogmaals, niet om op de stoel van de diëtiste te gaan zitten, maar om beter met elkaar te kunnen samenwerken. In het belang van de patiënt.”

MOMENTS LIKE THIS...

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



Meer productinformatie elders in deze uitgave.

SOVALDI®
SOFOSBUVIR
400 mg TABLETS
HCV treatment transformed

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

Voedingscurriculum VS nu in Europees MDL-curriculum

De *European Board of Gastroenterology and Hepatology* (EBHG) is onderdeel van de Europese Unie van Medisch Specialisten (EUMS). Het EBGH houdt zich bezig met MDL-curriculumontwikkeling en -diplomering in Europa. Hierover schreef ik reeds in MAGMA 3-2013;97-99).

Een Europees examen als 'toelatingspoort' tot een Europees MDL-diploma is sinds dit jaar voorhanden. Zoals u in deze MAGMA kunt lezen (pag. 101), is Lieke Hol (EMC) als eerste schaap de (Europese) dam gepasseerd. Zij was nieuwsgierig of dit examen een haalbare barrière was. Ik ga ervan uit dat velen nu haar voorbeeld durven volgen! Inmiddels heeft het Concilium van de MDL een voortgangstoets ontwikkeld.

Vragen maken

De opstellers van het Europese examen hebben eerst een cursus van een week gevolgd. Vervolgens moeten zij twee maal per jaar drie dagen achtereen – zonder laptop, zonder smartphone – vragen maken, dit om te voorkomen dat vragen 'weglekken'. Het klassieke MRCP-gastro-examen, ontwikkeld door de British Society, zal op termijn (2018–2020) plaats maken voor het Europese examen. Een aantal leden van de European Board is inmiddels toegetreden tot het schrijfcomité van de EBGH. Behalve Lieke Hol hebben zo'n honderd Europeanen in april 2014 examen gedaan. U kunt volgend jaar april participeren.



Let op: u dient zich wel op te geven **vóór 1 januari 2015** (www.eubog.org). In Zwitserland hebben ook de academische opleiders het examen gedaan. Welke Nederlandse opleiders gaan deze uitdaging aan? Naast het examen heeft het EBGH het *Blue Book* (2012) vervaardigd met MDL-opleidingseisen die – niet toevallig – parallel lopen met het Nederlandse curriculum. Eén groot verschil: het curriculum bevat een uitstroomprofiel *voeding* (waarin motiliteit is opgenomen), parallel aan de uitstroomprofielen hepatologie, digestieve oncologie en interventie-endoscopie.

Kennis op niveau

Binnen Nederland zijn nog maar weinig klinieken bezig met voeding bij de MDL-opleiding. Waarschijnlijk heeft Geert Wanten dit het beste voor elkaar in Nijmegen (zie pag. 88–89 van deze MAGMA). De afgelopen maanden hebben we als EBGH een concept gemaakt voor een nieuw voedingscurriculum van een jaar binnen de MDL-opleiding. Of de nationale concilia dit EBGH-curriculumvoorstel te zijner tijd overnemen, is aan hen.

Voeding moet worden ingebed in de MDL-training, met mijns inziens als absoluut minimum een stage van vier maanden. Voedingsteamparticipatie maakt al deel uit van het werk van MDL-artsen. Separaat wordt nu gewerkt aan een master voor de ziekenhuisdiëtist na de diëtistenopleiding (zie pag. 93 van deze MAGMA) en een drie jaar ingekaderde specialistenopleiding met stages.

In de Verenigde Staten wordt de differentiatie *voeding* binnen academische ziekenhuizen al aangeboden aan MDL-artsen en internisten. De vraag is hoe wij voeding

moeten oppakken (2015–2020). Wij als MDL-artsen zijn dé kenners van voedingssondes, PEG en binnen de klinische MDL-afdelingen ook van parenterale voeding.

De huidige situatie in Nederland houdt in dat twee academische ziekenhuizen de parenterale thuisvoeding organiseren, de patiënten trainen en de zorg geven (AMC Amsterdam, dr. M. Serlie, Radboudumc, dr. G. Wanten). Daarnaast biedt het UMCG dunnedarmtransplantatie aan.

Voedingsstage

Indien opleidingsziekenhuizen een begin willen maken met een voedingsstage van bijvoorbeeld vier maanden, zou de assistent moeten participeren in het voedingsteam en poli 'intestinal failure' doen. Hier moet men poliklinische patiënten zien met intestinale failure, pseudo-obstructie, short-bowels, malabsorptie en maldigestie. Vraag: wie moet – gezien ons huidige gebrek aan kennis – onze assistenten-in-opleiding superviseren? Een nauwe samenwerking met de ziekenhuisdiëtist is wenselijk. De assistent moet kennis hebben van het endoscopisch plaatsen van percutane endoscopische gastronomieën, PEG-extensies, jejunostomieën et cetera. De assistent moet participeren in de voedingsconsultaties van deze complexe patiënten. Een stevige theoretische achtergrond mag verondersteld worden en/of worden aangeboden (ESPEN). Nu lijkt voeding als onderdeel van de medische studie vrijwel afwezig. Vitaminesubstituties, mineraaldeficiënties, refeeding: het moet allemaal worden geleerd. Daarnaast is het de vraag of obesitas niet een deel van deze stage moet zijn.

Lees verder op pagina 92.

Vervolg van pagina 91.

De hepatologen ontdekken NASH. NASH is niet alleen onschuldig, maar in meerdere landen een probleem waarvoor toenemend levertransplantaties worden verricht.

Conclusie

Op dit moment is de voeding in Nederland in handen van zeer enthousiaste individuen verdeeld over vele specialismen. Indien deze gedreven mensen met pensioen gaan, is er vaak lokaal geen structurele vervanger voorhanden. Het lijkt daarom verstandig dat de MDL in Nederland inspringt en naast de voedingssondes ook een intellectueel traject ontwikkelt om onder/overvoeding beter aan te kunnen. Het Europese curriculum biedt een mogelijkheid. We verwachten dat in de komende jaren het Europese examen vragen over voeding gaat opnemen, opdat onze opleiders en assistenten gedwongen worden kennis te vergaren.

Chris Mulder

Lid curriculumcommissie EBGH

Eerste proefschriftprijs NESPEN uitgereikt

NESPEN reikte dit voorjaar voor de eerste maal een prijs (500 euro) uit voor het beste proefschrift op gebied van klinische voeding en metabolisme. Winnares in 2014 is Hester Vlaardingenbroek, promovendus aan de Erasmus Universiteit Rotterdam met *Content Matters: quantity and quality of parenteral nutrition for preterm infants* (een samenvatting vindt u op pag. 106).

NESPEN wil door uitreiken van deze prijs onderzoek op gebied van klinische voeding en metabolisme ondersteunen.

Inzendingen 2015

Om voor de NESPEN-proefschriftprijs 2015 in aanmerking te komen, kunnen promovendi hun proefschriften **tot eind januari 2015** sturen naar het secretariaat van NESPEN (secretariaat@nvge.nl). De inzender dient ten behoeve van de website van NESPEN ook een korte samenvatting (circa 300 woorden) – in persberichtstijl en begrijpelijk voor ‘niet-ingewijden’ – aan te leveren. *Gelieve zowel schriftelijk als digitaal in te zenden.*

De inzender moet bovendien lid zijn van NESPEN en bij voorkeur al eens een presentatie hebben gehouden op één van de bijeenkomsten van NESPEN (abstract-bijeenkomst, symposium). De proefschriften worden beoordeeld door een jury bestaande uit bestuursleden van NESPEN.

De NESPEN-prijs 2015 wordt uitgereikt tijdens de NVGE-Voorjaarsvergadering 2015.



PEPERMUNTOLIE



Tempocol® Het enige geregistreerde geneesmiddel met pepermuntolie

Nieuw!



Indicaties: lichte spasmen van het maag-darmkanaal, flatulentie en buikpijn.

Tempocol is zonder recept te verkrijgen bij de apotheek.

‘Multidisciplinaire aanpak voedingsproblemen werkt’

Deze zomer verscheen het *Zakboek diëtetik*. Het is niet alleen bestemd voor diëtisten, maar voor (para)medici uit alle sectoren van de zorg. Het vak diëtetik ontwikkelt zich steeds meer in academische richting. Ook wordt gewerkt aan cursorisch voedingsonderwijs voor MDL-artsen. Op weg naar een multidisciplinaire aanpak.

Hinke Kruizenga en Nicolette Wierdsma, beiden als diëtist-onderzoeker verbonden aan de afdeling Diëtetik & Voedingswetenschappen van het VUmc, schreven het *Zakboek diëtetik* met als doel *evidence based* en uniform te werken. Het biedt noodzakelijke handvatten voor een degelijke analyse, het opstellen van een behandelplan én het integreren van de diëtistische diagnose in het medische totaalbeeld.

Metten is weten

Het *Zakboek diëtetik* bevat uitgebreide informatie over (meten en vaststellen van) de voedingstoestand, energie- en eiwitbehoefte, macro- en micronutriënten, smaak, vertering, intestinale absorptie, diverse classificaties van orgaanfalen, interpretaties van laboratoriumwaarden, het *refeedings* syndroom, meten van (fecale) verliezen, relevante medicatie (met voedingsinteractie), *nutritional assessment*-mogelijkheden zoals beschikbaar voor het meten van de lichaamssamenstelling. Daarnaast geeft het een overzicht van andere mogelijk relevante uitkomstmaten voor de somatische, functionele, psychische en sociale status van de patiënt. Nicolette Wierdsma en Hinke Kruizenga: “Het *Zakboek diëtetik* is niet alleen



Het *Zakboek diëtetik* is mede ontstaan door bundeling van de kennis en ervaring van de dertig diëtisten verbonden aan het VUmc Amsterdam.

relevant voor collega-diëtisten, maar ook voor (MDL-)artsen. Patiënten met (complexe) voedingsvraagstukken en pathofysiologische veranderingen met gevolgen voor digestie en absorptie verschijnen immers regelmatig op de (poli)kliniek van de MDL-arts.” Zij signaleren dat de kennis omtrent diagnostiek en behandeling van deze patiënten soms suboptimaal is en pleiten daarom voor een multidisciplinaire aanpak, middels een gecombineerd spreekuur van diëtist en MDL-arts (in opleiding). “Dat blijkt synergetisch te werken.”

Opleiding op niveau

Het vak diëtetik ontwikkelt zich in een meer academische richting waarbij klinisch redeneren onontbeerlijk is. Met het symposium ‘Meten, Weten, Eten; innovaties in de diëtetik’ op 4 september 2014 werd niet alleen de lancering van het *Zakboek diëtetik* gevierd, maar ook de aanstelling van prof. dr. ir. Marjolein Visser, hoogleraar Gezond ouder worden, met speciale aandacht voor voeding en klinische diëtetik. Ook de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) is zich hiervan bewust en ontwikkelt een visie op het vakgebied van de diëtist, waarbij diëtetik op zowel HBO, post-HBO, master- en PHD-niveau wordt

erkend. Door specialisatie (erkenning van diëtisten met specifieke deskundigheid en diëtist-specialisten op een specifiek gebied) kan invulling worden gegeven aan verdere professionalisering, verdieping en innovatie van de diëtetik.

Voedingsonderwijs voor MDL-artsen

In deze ontwikkeling worden ook de artsen niet vergeten. Het recent opgerichte samenwerkingsplatform *Focus op voeding* (Pit Actief in samenwerking met de afdeling Diëtetik & Voedingswetenschappen van het VUmc in Amsterdam) heeft als doelstelling om vanaf 2016 gericht voedingsonderwijs voor (MDL-)artsen aan te bieden.

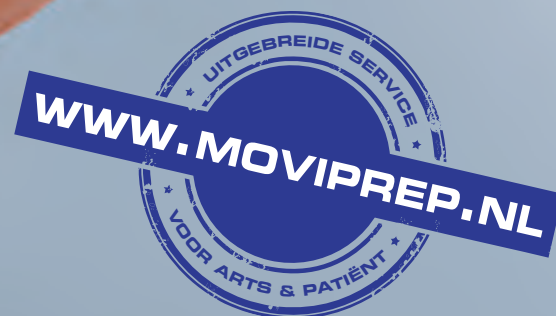
Zakboek, website en social media

Zakboek diëtetik is te bestellen via www.zakboekdietetiek.nl. De website biedt daarnaast praktische tools voor onder andere berekeningen van energie-/eiwitbehoefte en lichaamssamenstelling. Bovendien kan via Facebook (<https://www.facebook.com/diagnostiekdietetiek>) en Twitter (@zakbk_dietetiek) up-to-date informatie snel en effectief worden uitgewisseld. Het onderwijsaanbod voor MDL-artsen zal ook via www.zakboekdietetiek.nl worden gepubliceerd.

VERTROUWEN DOOR HELDER ZICHT

MOVIPREP®

UW PARTNER IN SUCCESVOLLE
DARMVOORBEREIDING



MOVIPREP® ORANGE

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



MOVIPREP®

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



STUDIE NAAR VOORDELIGE EFFECTEN VOEDINGSVEZELS OP MAGNESIUMBALANS

Protonpompremer-geïnduceerde hypomagnesiëmie

Sinds 2006 worden er gevallen van protonpompremer-geïnduceerde hypomagnesiëmie (PPIH) beschreven [1, 2]. Het onderliggende mechanisme van PPIH is nog niet volledig bekend, maar rust op intestinale malabsorptie van magnesium.

Waarschijnlijk is dit probleem groter dan tot nu toe werd ingeschat [3]. Veelal hebben deze patiënten een indicatie voor chronisch PPI-gebruik, waardoor de hypomagnesiëmie in stand wordt gehouden. Voor deze patiënten zijn wij op zoek naar een diëtistische oplossing.

Voedingsvezels ondersteunen de ontwikkeling van een goede darmflora dusdanig dat de opname van elektrolyten gestimuleerd wordt. Om het effect van de voedingsvezel te testen, zullen deelnemers gedurende 14 dagen voedingsvezels innemen en vervolgens 14 dagen met de vezel pauzeren. Dit wordt in totaal twee keer gedaan. Het PPI-gebruik wordt niet aangepast. Aan begin en einde van iedere 14 dagen wordt bloed geprikt en worden magnesium en calcium bepaald. Deelnemers zullen gedurende de studie vijf maal bloed moeten afstaan. Totale studieduur: 56 dagen.

Wij verwachten dat de intestinale opname van magnesium wordt gestimuleerd door de voedingsvezels, waardoor de magnesiumbloedwaarden zullen verbeteren. Er bestaat de mogelijkheid het aantal bezoeken te verminderen door extern bloed te laten afnemen.

Wie zoeken wij?

Patiënten die chronisch protonpompremers (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol) gebruiken en

een hypomagnesiëmie (<0.7 mmol/l) hebben.

Belangrijkste exclusiecriteria

Short-bowelsyndroom.

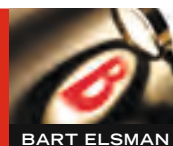
Meer informatie

Indien u geïnteresseerd bent of vragen heeft, kunt u contact opnemen met Mark Hess, Afdeling Fysiologie / Maag-, Darm- en Leverziekten, Radboudumc Nijmegen
E: mark.hess@radboudumc.nl
T: (024) 361 7799

Referenties

1. Epstein M, McGrath S, Law F. Proton-pump inhibitors and hypomagnesemic hypoparathyroidism. *N Engl J Med* 2006; 355:1834-6.
2. Hess MW, Hoenderop JG, Bindels RJ, et al. Systematic review: hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther* 2012;36:405-13.
3. Markovits N, Loebstein R, Halkin H, et al. The association of proton pump inhibitors and hypomagnesemia in the community setting. *J Clin Pharmacol* 2014.

COLUMN



BART ELSMAN

Het verkeerde been

Mijn zoon viert zijn verjaardag in juli meestal in een ver buitenland. Vanuit Colombia stuurde hij ooit een mail: "Heb vandaag, mijn verjaardag, doorgebracht met de lieflijke Conchita met lange blonde haren en haar onstuimig bereden." Na enige verontwaardiging in de familie over zijn openhartige en niets verbloemende woordkeus bleek later, dat hij voor het eerst in zijn leven op een paard had gezeten.

In het AMC stond ik ooit op een vrijdagmiddag met collega C. in een volle lift. Hij werd gebeld via zijn mobiele telefoon. Het gesprek ging ongeveer als volgt: "Nee, dat zou ik nu niet meer doen. Je moet haar nu maar laten dood laten gaan, anders moet je het weekend weer elke dag komen... Doe dat maar niet. Laat haar nu maar gaan, dat is veel beter voor je... Ja, oké, prettig weekend en tot maandag...!" We stapten op de zesde etage uit de lift en lieten de patiënten en bezoekers verbijsterd achter. C. vertelde me, dat hij het gesprek voerde met een medewerker van het dierenlab en dat het ging om een bij een experiment betrokken varken.

Les: blijf voorzichtig met gesprekken met collega's in een openbare ruimte!



snaren waar muziek in zit!

Pentasa Compact 4g

1 Sachet, 4g éénmaal daags!

- Hoogste single dose
- Bewezen effectief
- Voor het patiëntgemak



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, 2 of 4 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), RVG 31379 (2 g) en RVG 114015 (4 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** mei 2014.

Vergoeding ziektekosten bij 'onverzekerbare vreemdelingen'

Mensen zonder verblijfsvergunning kunnen geen zorgverzekering in Nederland afsluiten. Zij moeten in principe zelf hun zorgkosten betalen. Pas als zij daartoe niet in staat zijn, kunt u als zorgverlener *onder bepaalde voorwaarden* een beroep doen op de Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen, die wordt uitgevoerd door Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland heeft verspreid over Nederland 31 ziekenhuizen gecontracteerd waar zogenoemde 'onverzekerbare vreemdelingen' terecht kunnen voor alle ziekenhuiszorg. Niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunnen alleen een bijdrage krijgen voor zorg waarvoor verwijzing of overplaatsing naar een gecontracteerd ziekenhuis niet mogelijk is. Bijdragen bedragen in principe 80% van de

oninbare vordering. Voor DBC's uit het B-segment gaat het Zorginstituut uit van de standaardprijslijst die het ziekenhuis op de eigen website heeft gepubliceerd.

Informatie en helpdesk

Op www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/onverzekerbare+vreemdelingen

Zorgverzekeringslijn: advies op maat voor (on)verzekerden

De Zorgverzekeringswet stelt dat iedereen die in Nederland woont, werkt en/of studeert, verplicht is een Nederlandse basiszorgverzekering af te sluiten. Steeds meer verzekeringsplichtigen sluiten echter geen zorgverzekering af (of hebben grote moeite om de verplichte zorgpremie te voldoen – in dat geval blijven zij echter wel verzekerd voor de basiszorg). Onverzekerden moeten in principe hun rekeningen zelf betalen. Voorheen bestond er een speciaal 'verzeke-

vindt u meer informatie over genoemde regeling, plus de lijst met 31 gecontracteerde ziekenhuizen, declaratieformulieren alsmede een checklist *Hoe stel ik vast dat iemand illegaal in Nederland verblijft* (en binnen de regeling valt!). De Helpdesk Zorg onverzekerbare vreemdelingen is te bereiken via (020) 797 8947.

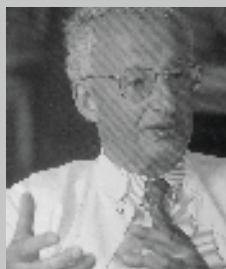
ringspotje' waarop zorgverleners een beroep konden doen in geval van niet-verzekerde patiënten, nu moet elk ziekenhuis daarvoor zelf een voorziening treffen.

Voorlichtingsmateriaal

Om professionals te ondersteunen bij de voorlichting over de verplichte zorgverzekering, biedt Zorgverzekeringslijn.nl diverse flyers aan. Al het voorlichtingsmateriaal kunt u kosteloos bestellen via www.zorgverzekeringslijn.nl/professionals/. Zorgverzekeringslijn.nl is een door het Ministerie van VWS gesubsidieerd project om mensen wegwijs te maken in de wet- en regelgeving over de zorgverzekering, met daarbij extra aandacht voor de financiële problemen die het gevolg zijn van wanbetaling of onverzekerd zijn. De aanpak is praktisch en laagdrempelig. Via het gratis telefoonnummer 0800 64 64 644 en de website www.zorgverzekeringslijn.nl wordt niet alleen informatie verstrekt, maar ook – op verzoek – een op maat gesneden advies. Daarbij wordt samengewerkt met gemeenten, (schuld)hulpverlening en zorgverzekeraars.

IN MEMORIAM

Mark van Blankenstein



Op 8 augustus overleed Mark van Blankenstein op 83-jarige leeftijd. Hij werd in 1931 geboren in Leiden, waar hij ook geneeskunde studeerde en zich specialiseerde tot internist. In 1969 werd hij aangetrokken als chef de clinique op de afdeling Interne Geneeskunde II van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. In de woorden van Mark: "Toen kwam de zondeval en de slang in kwestie was de eind jaren 60 in gebruik gekomen fiberendoscoop." Mark maakte zich 'als liefhebber en amateur' de nieuwe endoscopische technieken zelf eigen en ontwikkelde zich tot een allround, deskundig, bevoegen en alom gerespecteerd gastro-enteroloog. Hij droeg de liefde voor het vak – gelardeerd met een grote dosis humor en gebruikmakend van een uniek vocabulaire – over op generaties 'discipelen', nu Marks 'alumni'. Hij werd de eerste MDL-opleider in Rotterdam, nam afscheid van het ziekenhuis in 1996 om pas daarna echt als wetenschapper actief te worden, leidend tot zijn promotie in 2006. Ons vakgebied heeft een unieke pionier en leermeester verloren, wij gedenken hem met groot respect.



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



Xifaxan® 550
Rifaximine- α

* 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.



Nieuw leerboek maag-, darm- en leverziekten



In september verschijnt het *Handboek Maag-, Darm- en Leveraandoeningen*. Dit boek zet een lange traditie voort van Nederlandstalige leerboeken op dit belangrijke gebied van de geneeskunde en vervult een lang bestaande lacune. In 1985 verscheen bij Bohn Scheltema een laatste voorganger, toen onder redactie van Guido Tytgat samen met collegae De Groote, Van Tongeren en Vantrappen. De 50-plussers onder ons hebben een oud exemplaar op de plank

staan. Een gat van dertig jaar tussen verschijning van twee leerboeken kan duiden op gebrek aan ontwikkelingen, irrelevantie van het vakgebied, afwezigheid van een lezerspubliek, of het overbodig worden van leerboeken. Geen van deze argumenten houdt stand.

De diagnostiek en behandeling van maag- darm- en leveraandoeningen heeft in de afgelopen dertig jaar mogelijk meer verandering doorgemaakt dan enig ander vakgebied in de geneeskunde, mede door de snelle ontwikkeling van endoscopie, nieuwe chirurgische technieken, ontdekking van de etiologie van eerder onbegrepen aandoeningen, en de introductie van vele nieuwe medicatie.

Aandoeningen van de tractus digestivus vormen een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in onze bevolking. Als gevolg hiervan komt vrijwel iedere clinicus in eerste, tweede en derde lijn veelvuldig in aanraking met patiënten met aandoeningen van de tractus. Tot slot is de positie van leerboeken evident veranderd, maar blijken zij geenszins overbodig geworden. De uitgeverij De Tijdstroom heeft op dit terrein in Nederland een vooraanstaande positie verworven, en ondertussen met succes een

groot aantal handboeken gepubliceerd op vele onderdelen van het vak. Er blijkt onveranderd behoefte in het Nederlands-Vlaamse taalgebied aan een leerboek dat actuele kennis op het vakgebied op moderne wijze en hoog niveau presenteert in een samenhangend verband en het vak daarmee helder presenteert aan nieuwe generaties.

Het nieuwe *Handboek* is ingedeeld in vier segmenten. In het eerste deel komen anatomie en fysiologie van de tractus aan bod. Ook wordt ingegaan op vele klinische facetten van voeding. Het tweede deel richt zich op tractus-gerelateerde klachten zoals dysfagie, buikpijn en geelzucht. Dit biedt de lezer een differentiaal-diagnostische invalshoek aan de hand van patiëntsymptomen. Het derde deel richt zich op onderzoek van de tractus met aandacht voor endoscopie, radiologie en functieonderzoek. Het vierde en laatste deel biedt inzicht in specifieke aandoeningen. Dit gebeurt vooral vanuit de invalshoek van de individuele organen. Daarnaast wordt specifieke aandacht besteed aan erfelijke en chronisch-inflammatoire aandoeningen, gastro-intestinale infecties en MDL-aandoeningen op de kinderleeftijd. Bij elkaar bieden de vier delen van het boek een samenhangende benadering leidend tot een praktisch leerboek en naslagwerk.

Het boek heeft een lange ontstaansgeschiedenis. Ik wil hier graag de meer dan vijftig Nederlandse en Vlaamse auteurs die een bijdrage hebben geleverd aan dit boek, bedanken voor hun grote inzet en bijdrage om dit boek tot een succes te maken. Dit handboek is bedoeld voor een breed lezerspubliek, inclusief studenten geneeskunde en arts-assistenten in opleiding tot chirurg, huisarts, internist, kinderarts en MDL-arts, en voor alle medische professionals die zich bezighouden met patiënten met MDL-aandoeningen.

Ernst Kuipers

NIEUWS

DRAINAGE-trial voor perihilaire cholangiocarcinoom

Perihilaire cholangiocarcinoom is een zeldzame vorm van kanker. Toch wordt de diagnose in Nederland meer dan 200 keer per jaar gesteld (recente cijfers IKNL). Veel van deze patiënten hebben al endoscopische galwegdrainage ondergaan op het moment dat zij worden doorverwezen naar gespecialiseerde centra voor eventuele resectie.

De DRAINAGE-trial is een multicenterstudie waarin patiënten met een mogelijk resectabel perihilaire cholangiocarcinoom worden gerandomiseerd tussen endoscopische of percutane pre-operatieve galwegdrainage. De hoofdvraag van de studie is welke methode het minste aantal complicaties geeft.

Om de DRAINAGE-trial mogelijk te maken, vragen wij u om icterische patiënten met verdenking perihilaire cholangiocarcinoom ongedraineerd door te verwijzen naar één van de deelnemende centra voor inclusie: AMC/VUmc, Erasmus MC, UMCG en MUMC.

Uitbreiding naar andere centra is nog steeds mogelijk.

Namens alle onderzoekers van de DRAINAGE-trial,
Thomas van Gulik (hoofdonderzoeker chirurgie)
Erik Rauws (hoofdonderzoeker MDL)
Otto van Delden (hoofdonderzoeker interventieradiologie)
Jimme Wiggers (onderzoeker)
Robert-Jan Coelen (onderzoeker)

Meer informatie (inclusief zakkaartje) kunt u vinden op www.drainage-trial.nl.
 Wij zijn bereikbaar via info@drainage-trial.nl of (020) 5669111 (sein 65573).



We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.¹

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

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

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



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



Fluitend op voor Europees examen

“Eigenlijk is het puur toeval geweest dat ik ben opgegaan voor dat Europese examen. We kregen een e-mailtje van onze opleider in het Erasmus MC. Gericht aan de AIOS van vijf jaar of ouder. Ik ging ervan uit dat iedereen zich zou opgeven”, vertelt Lieke Hol. Maar dat laatste bleek een misverstand. Zij was de enige die gehoor gaf aan het mailtje van Rob de Man en zich voor het Europese MDL-examen aanmeldde.

“Er is een blauw boekje met actuele onderwerpen. Ze beslaan de MDL in de volle breedte. Onmogelijk om dat allemaal door te nemen. Ik ben er dus maar van uitgegaan dat ik al deze onderwerpen tijdens mijn opleiding heb gehad. Ik heb wel een paar proefvragen doorgenomen. Je wordt gevraagd naar richtlijnen over ziektebeelden. De nieuwste inzichten komen niet aan de orde.”

Ze mocht kiezen waar het examen zou worden afgenomen en koos haar woonplaats. “Op een gegeven moment ontvang je een mailtje met de uitnodiging voor het examen. Een grote zaal in een bedrivencentrum met allemaal computers waarop de meest verschillende

examens worden afgenomen. Ik zat naast iemand die een toets statistiek moest doen.”

In totaal kreeg Lieke Hol twee keer honderd vragen voorgelegd die zij in twee keer drie uur moest beantwoorden. Daartussen een uur pauze. Vier weken later, ook weer per e-mail, kreeg zij de uitslag: 82% van de vragen goed. Geslaagd, als eerste in Nederland.



Lieke Hol

“De vragen – elke keer vijf keuzes en in het Engels gesteld – waren helder. Een paar keer moest ik het antwoord schuldig blijven, omdat wij in Nederland die medicatie niet gebruiken.” Echt bijzonder vind zij haar prestatie niet. “Voor elke vijfde- of zesdejaars moet dit examen geen probleem zijn.”

Verkorte productinformatie Humira® (oktober 2013). **Naam en samenstelling:** Humira® 40 mg oplossing voor injectie in voorgevulde spuit / in voorgevulde pen. Elke voorgevulde spuit of voorgevulde pen van 0,8 ml bevat een enkele dosis van 40 mg adalimumab. **Indicaties:** **Rheumatoïde Arthritis** Humira® is in combinatie met methotrexaat (of als monotherapie in geval van intolerantie voor methotrexaat of vanwege voortgezte behandeling met methotrexaat ongewenst is) bestemd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige, actieve reumatoïde artritis wanneer de respons op antireumatische geneesmiddelen, waaronder methotrexaat, ontoereikend is gebleken en voor de behandeling van volwassen patiënten met ernstige, actieve en progressieve reumatoïde artritis die niet eerder behandeld zijn met methotrexaat. **Polyarticulaire juveniele idiopathische artritis** Humira® is in combinatie met methotrexaat (of als monotherapie in geval van intolerantie voor methotrexaat of vanwege voortgezte behandeling met methotrexaat ongewenst is) bestemd voor de behandeling van actieve polyarticulaire juveniele idiopathische artritis, bij kinderen en adolescenten vanaf de leeftijd van 2 jaar die een ontoereikende respons hebben gehad op één of meerdere antireumatische middelen. Het gebruik van Humira® is niet onderzocht bij kinderen jonger dan 2 jaar. **Axiale spondylarthritis:** (i) **Spondylitis ankylopoetica (AS)** Humira® is ook geregistreerd voor de behandeling van ernstige actieve spondylitis ankylopoetica bij volwassenen die onvoldoende gereageerd hebben op conventionele therapie; (ii) **Axiale spondylarthritis zonder röntgenologisch bewijs van AS** Humira® is bestemd voor de behandeling van volwassenen met ernstige axiale spondylarthritis zonder röntgenologisch bewijs van AS, maar met objectieve tekenen van ontsteking door verhoogde CRP en/of MRI, die een inadequate respons hebben gehad op, of die intolerant zijn voor, non-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's). **Artritis psoriatica** Humira® is tevens geregistreerd voor de behandeling van actieve en progressieve artritis psoriatica bij volwassen patiënten wanneer de respons op eerdere therapie met antireumatische geneesmiddelen ontoereikend is gebleken. Het is aangetoond dat Humira® de mate van progressie van perifere gewrichtschade remt zoals gemeten door middel van röntgenonderzoek bij patiënten met het polyarticulaire symmetrische subtype van de aandoening en dat Humira® het lichamelijk functioneren verbetert. **Psoriasis** Humira® is tevens geregistreerd voor de behandeling van matige tot ernstige chronische plaque psoriasis bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op, of een contra-indicatie of een intolerantie voor, actieve systemische therapie, waaronder ciclosporine, methotrexaat of PUVA. **Ziekte van Crohn** Daarmee is Humira® geregistreerd voor de behandeling van matig tot ernstig actieve ziekte van Crohn, bij volwassen patiënten die niet gereageerd hebben op een volledige en adequate behandeling met een corticosteroïd en/of een immunosuppressivum, of die dergelijke behandelingen niet verdragen of bij wie hietgeen een contra-indicatie bestaat. **Juveniele ziekte van Crohn** Humira® is ook geregistreerd voor de behandeling van ernstig actieve ziekte van Crohn bij kinderen (vanaf 6 jaar) die een ontoereikende respons hebben gehad op conventionele therapie, waaronder corticosteroïden, een corticosteroïd en een immunomodulator, of die dergelijke behandelingen niet verdragen of bij wie hietgeen een contra-indicatie bestaat. **Colitis ulcerosa** Humira® is ook geregistreerd voor de behandeling van matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa bij volwassen patiënten die een ontoereikende respons hebben gehad op conventionele therapie, waaronder corticosteroïden en 6-mercaptopurine (6-MP) of azathioprine (AZA), of die dergelijke behandelingen niet verdragen of bij wie hietgeen een contra-indicatie bestaat. **Contra-Indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor (één van) de hulpstoffen (zie rubriek 6.1 van de volledige productinformatie). Actieve tuberculose of andere ernstige infecties zoals sepsis en andere opportunistische infecties. Matig tot ernstig hartfalen (NYHA klasse III/IV). **Waarschuwingen:** Patiënten moeten zorgvuldig worden gecontroleerd op infecties, waaronder zowel actieve als latente tuberculose, voor, tijdens en gedurende 4 maanden na de behandeling met Humira® omdat patiënten die TNF-antagonisten gebruiken vatbaarder zijn voor ernstige infecties. Een verminderde longfunctie kan het risico op het ontwikkelen van infecties vergroten. De behandeling met Humira® mag niet worden geïnterieerd bij patiënten met actieve infecties, waaronder chronische of gelocaliseerde infecties, tot deze infecties onder controle zijn gebracht. Bij patiënten die zijn blootgesteld aan tuberculose en patiënten die hebben gereisd in gebieden met een hoog risico op tuberculose of endemische mycosen dienen het risico en de voordelen van de behandeling met Humira® te worden afgewogen voordat de therapie wordt gestart. Voorzichtigheid is geboden bij recidiverende infecties of predispositie voor infecties. Bij optreden van een nieuwe ernstige infectie of sepsis tijdens de behandeling, dient toediening van Humira® te worden stopgezet en een geschikte therapie te worden geïnterieerd tot de infectie onder controle is. Bij startende of tijdens de behandeling met Humira® kunnen ernstige infecties gerapporteerd, waaronder sepsis, pneumonie, pyelonefritis en sepsische artritis. In geval van vermoede latente tuberculose dient een arts met expertise op dit gebied te worden geraadpleegd. In geval van vermoede latente tuberculose moeten voordelen en risico's van de behandeling met Humira® zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen. Bij latente tuberculose dient antituberculeuze behandeling te worden gestart voor de start van de Humira-behandeling. In geval van belangrijke en/of meerdere risicofactoren voor latente

tuberculose, maar een negatieve test ervoor, dient antituberculeuze profylaxe behandeling ook overwogen te worden; dit geldt ook voor patiënten bij wie niet zeker is of ze adequaat zijn behandeld voor een eerder geconstateerde latente of actieve tuberculose-infectie. Ondanks tuberculose profylaxe behandeling, zijn er gevallen van gereactiveerde tuberculose geweest onder patiënten die met Humira® werden behandeld. Bij sommige patiënten die met succes waren behandeld voor actieve tuberculose, trad tuberculose opnieuw op tijdens behandeling met Humira®. Patiënten dienen het advies te krijgen een arts te raadplegen als tijdens of na de behandeling met Humira® tekenen/symptomen optreden die wijzen op een tuberculose-infectie. Opportunistische infecties zijn waargenomen bij patiënten die werden behandeld met Humira®. Patiënten die symptomen ontwikkelen zoals koorts, malaise, gewichtsverlies, zweten, hoesten, dyspnoe, en/of pulmonaire infiltraten of andere ernstige systemische ziekte dienen verdacht te worden van een invasieve schimmelinfectie en de toediening van Humira® dient onmiddellijk te worden gestaakt. Bij deze patiënten dient de diagnose te worden gesteld en toediening van een adequate antischimmelmtherapie te worden gestart in overleg met een arts met expertise op het gebied van de zorg voor patiënten met systemische schimmelinfecties. Patiënten dienen getest te worden op hepatitis B-infectie voor aanvang van de behandeling met Humira®. Voor patiënten die positief voor een hepatitis B-infectie worden getest, wordt consultatie met een arts met ervaring met de behandeling van hepatitis B aanbevolen. Dragrs van het hepatitis B virus dienen zorgvuldig te worden gemonitord op symptomen van actieve infectie met het hepatitis B virus gedurende de behandeling en gedurende verschillende maanden na beëindiging van de behandeling. Bij reactivering van hepatitis B, dient Humira® te worden gestopt en dient effectieve antivirale therapie met geschikte ondersteunende behandeling te worden geïnterieerd. Voorzichtigheid dient in acht genomen te worden bij het gebruik van Humira® bij patiënten met bestaande of recent opgetreden demyeliniserende aandoeningen van het centrale of perifere zenuwstelsel. Tijdens klinische onderzoeken traden zowel (zelden) ernstige als (soms) niet-ernstige allergische reacties geassocieerd met Humira® op. Als er een anafylactische reactie of andere ernstige bijwerking optreedt, dient de toediening van Humira® onmiddellijk te worden gestaakt. Met de huidige kennis kan een mogelijk risico op de ontwikkeling van lymfomen, leukemie en andere maligniteiten bij patiënten die behandeld worden met TNF-antagonisten niet worden uitgesloten. Maligniteiten, waarvan soms fataal, zijn in postmarketingverband gemeld bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (tot 22 jaar) die werden behandeld met TNF-antagonisten en bij wie de start van de behandeling bij een leeftijd ≤ 18 jaar was. Ongeveer de helft van de gevallen betrof lymfomen. Een risico op het ontwikkelen van maligniteiten bij kinderen en adolescenten die behandeld worden met TNF-antagonisten kan niet worden uitgesloten. Na het in de handel brengen zijn er zeldzame postmarketing gevallen vastgesteld van hepatosplenisch T-cel-lymfoom bij patiënten die behandeld werden met Humira®, enkele van deze gevallen deden denken aan de ziekte van Kawasaki. Het risico op het ontwikkelen van darmkanker werd behandeld werden met azathioprine of 6-mercaptopurine. Het mogelijke risico van de combinatie van azathioprine of 6-mercaptopurine en Humira® moet zorgvuldig worden overwogen. Tijdens onderzoeken bij volwassenen met ziekte van Crohn werden hogere incidenties van maligne en ernstige infectiegeïnduceerde bijwerkingen gezien bij de combinatie van Humira® en azathioprine/6-mercaptopurine in vergelijking met alleen Humira®. Voorzichtigheid is geboden bij de overweging om patiënten met een achtergrond van maligniteiten met Humira® te behandelen en bij het voorschrijven van TNF-antagonisten aan COPD patiënten en zwak rokende patiënten. Alle patiënten dienen voor en tijdens de behandeling te worden onderzocht op niet-melanoom huidkanker. Er zijn ook meldingen van melanoom en Merkelcelcarcinoom bij patiënten die werden behandeld met TNF-antagonisten waaronder adalimumab. Het is niet bekend of behandeling met adalimumab het risico op de ontwikkeling van dysplasie of colanekker beïnvloedt. Alle patiënten met colitis ulcerosa die een verhoogd risico of een voorgeschiedenis van dysplasie of colanecarcinoom hebben, dienen voortgaand aan en gedurende de behandeling met regelmatig te worden onderzocht op dysplasie overeenkomstig de lokale richtlijnen. Patiënten die Humira® gebruiken dient geadviseerd te worden onmiddellijk advies te vragen indien zij symptomen ontwikkelen die duiden op bloedecrasie. Stofzetten van het gebruik van Humira® dient overwogen te worden bij patiënten met bewezen significante hematologische afwijkingen. Patiënten die Humira® gebruiken kunnen mogelijk vaccinaties toegedien krijgen, met uitzondering van levende vaccins. Toediening van levende vaccins aan zuigelingen die in *utero* aan adalimumab zijn blootgesteld, wordt niet aanbevolen gedurende 6 maanden na de laatste adalimumabinjectie van de moeder tijdens de zwangerschap. Bij kinderen indertijd starten van Humira® benodigde vaccinatie toedieningen. Bij het gebruik van Humira® bij patiënten met mild hartfalen (NYHA klasse III) is voorzichtigheid geboden; bij nieuwe of verergerende symptomen van congestief hartfalen dient de behandeling met Humira® te worden gestaakt. Als een patiënt na behandeling met Humira® symptomen ontwikkelt die wijzen op een lupusachtig syndroom en als deze patiënt positief bevonden wordt voor antilichamen tegen dubbelstrengs DNA, mag de behandeling met Humira® niet langer gegeven worden. De combinatie van Humira® met andere

biologische DMARD's (bijv. anakinra en abatacept) of andere TNF-antagonisten wordt niet aanbevolen. Er dient rekening gehouden te worden met de halfwaardetijd van adalimumab (± 14 dagen) als een chirurgische ingreep gepland wordt. Een patiënt die een operatie ondergaat terwijl hij of zij nog Humira® gebruikt moet zorgvuldig worden gecontroleerd op infecties en geschikte acties dienen ondernomen te worden. Bijzondere aandacht voor het risico op infecties is geboden bij ouderen omdat de frequentie van ernstige infecties, waarvan enkele fataal, bij patiënten ouder dan 65 jaar hoger is. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (≥1/10) komen voor: luchtweginfecties (waaronder lagere en hogere luchtweginfecties, pneumonie, sinusitis, faryngitis, nasofaryngitis en virale herpes pneumonie), leukopenie (waaronder neutropenie en agranulocytose), anemie, verhoogde lipiden, hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid, braken, verhoogde leverenzymen, uitslag (waaronder schifferende uitslag), skeletspierpijn, reacties op de injectieplaats (waaronder erytheem, jeuk, bloeding, pijn of zwelling). Vaak (≥1/100, <1/10) komen voor: systemische infecties (waaronder sepsis, candidiasis en influenza), intestinale infecties (waaronder virale gastro-enteritis), huid- en onderhuidsinfecties (waaronder paronychia, cellulitis, impetigo, fascitis necroticans en herpes zoster), coriontektingen, orale infecties (waaronder herpes simplex, orale herpes en tandinfecties), genitale infecties (waaronder vulvovaginale schimmelinfectie), urine-weginfecties (waaronder pyelonefritis), schimmelinfecties, gewrichtsinfecties, huidkanker met uitzondering van melanoom (waaronder basaalcelcarcinoom en epitheelcelcarcinoom), benigne neoplasma, leukocytose, trombocytopenie, hypersensitiviteit, allergieën (waaronder hooikoorts), hypocalcémie, verhoogd urinezuur, afwijkend bloednatium, hypocalcémie, hyperglykémie, hypofosfatémie, dehydratie, stremmingswaaieringen (waaronder depressie), angst, slapeloosheid, parasthesieën (waaronder hypoesthesie), migraine, zenuwvortelcompressie, visusstoornissen, conjunctivitis, blefaritis, zwelling van het oog, draai- duizeligheid, tachycardie, hypertensie, blozen, hematoom, astma, dyspnoe, hoesten, maagdarmbloeding, dyspepsie, refluxoesofagitis, siccasyndroom, verergering of het ontstaan van psoriasis (inclusief psoriasis pustulosa palmoplantaris), urticaria, blauwe plekken (waaronder purpura), dermatitis (waaronder eczeem), breken van de nagels, overmatige zweten, alopecia, pruritus, spierspasmen (waaronder verhoging van de bloedspier creatinekinasem activiteit in het bloed), nierfunctiestoornissen, hematurie, pijn op de borst, oedeem, koorts, stollings- en bloedingsstoornissen (waaronder verlengde geactiveerde partiële tromboplastinetijd), positieve test op autoantichermen (waaronder antilichamen tegen dubbelstrengs DNA), verhoogd lactaatdehydrogenase in het bloed, vertraagd herstel. Soms (≥1/1000, <1/100) komen voor: neurologische infecties (waaronder virale menigitis), opportunistische infecties en tuberculose (waaronder coccidioidomycose, histoplasmose en MAC-infectie (mycobacterium avium complex)), bacteriële infecties, ooginfecties, diverticulitis, lymfoom, solide tumoren (waaronder borstkanker, longkanker en schildklierkanker), melanoom, idiopathische trombocytopenische purpura, sarcoidose, cerebrovasculair accident, tremor, neuropathie, dubbel zien, doofheid, linitis, myocardi-farct, artmielien, congestief hartfalen, aneurysma aortae, bloedsuikerspiegel, tromboflebitis, longembolie, interstitiële longaandoeningen, COPD (chronic obstructive pulmonary disease), pyromitis, pleurale effusie, pancreatitis, sikkilachten, zwelling van het gezicht, cholelithiasis, cholelithiasis, hepatische steatoze, verhoogd bilirubine, nachtzweeten, litteken, mabdomyolyse, systemische lupus erythematosus, nycturie, erectiestoornissen, ontstekingen. Zelden (≥1/10.000, <1/1000) komen voor: leukemie, pancytopenie, anafylaxie, multiple sclerose, demyeliniserende aandoeningen (bijv. optische neuritis, Guillain-Barré-syndroom), hartstislstand, pulmonale fibrose, intestinale perforatie, hepatitis, reactivatie van hepatitis B, auto-immuun hepatitis, erythema multiforme, Stevens-Johnson-syndroom, angio-oedeem, cutane vasculitis, lupus-achtig syndroom. Aandacht bijwerkingen waarvan de frequentie onbekend is: hepatosplenisch T-cel-lymfoom, Merkelcelcarcinoom (neuroendocrien carcinoom van de huid).

merfenalen, verergering van symptomen van dermatomyositis. Zie voor volledige productinformatie de goedgekeurde SmPC. **Farmacotherapeutische groep:** selectieve immunosuppressiva. **Afvoerslatus:** U.R. **Registratienummers:** EU/103256/002-5, EU/103256/007-10. **Afvoerslatus:** Humira® valt onder de medisch specialistische zorg. Er is aanspraak op vergoeding indien Humira® voldoet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk. Bij het ontbreken van deze maatstaf is er aanspraak op vergoeding indien Humira® in de betrokken beroepsgroep geldt als verantwoord en adequate zorg. **Registratiehouder:** AbbVie Ltd., Maidenhead, UK. **Verrengt Koninkrijk:** Humira® valt onder de medische vergoeding van de registratiehouder: AbbVie B.V., Wegalaan 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 322 2843.

HUMIRA®
adalimumab

[illegible]

Olysio verkorte productinformatie
Productinformatie bij advertentie elders in dit blad

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via www.lareb.nl.

[illegible]

References: 1. Olysis SmPC. • 2. Manns M et al, Lancet 2014; doi:10.1016/S0140-6736(14)60538-9. • 3. Jacobson IM et al, Lancet 2014; doi:10.1016/S0140-6736(14)60494-3. • 4. Forns X et al. Gastroenterology 2014;146(7):1669-1679. • 5. Zeuzem S et al, Gastroenterology 2014;146(2):430-41.

www.janssennederland.nl, E-mail: janssen@jacnl.jnj.com, Telefoon: 0800-242 42 42.

Janssen-Cilag B.V.

Eénmaal daags
OLYSIO
SIMEPREVIR
150 mg capsule

Verkorte productinformatie van Tempocol

Tempocol, maagsapresistente zachte capsules . RVG 109856.

Samenstelling: Een maagsapresistente zachte capsule bevat 182 mg pepermuntolie. Andere bestanddelen: gelatine, glycerol, ethylcellulose, natriumalgiinaat (E401), middellangeketentriglyceride, oliezuur.

Indicaties: lichte spasmen (lichte krampen) in het maag-darmkanaal, winderigheid en buikpijn

Dosering en wijze van toediening: eenmaal tot driemaal daags 1 capsule. De dosering kan indien nodig worden verhoogd tot een maximale dosis van 2 capsules driemaal daags. Het betreft orale toediening.

Contra-indicaties: Allergie voor pepermuntolie of een ander bestanddeel van dit product, leverlijden, galstenen, verminderde maagzuurproductie.

Zwangerschap en borstvoeding: Er zijn geen of zeer weinig gegevens over het gebruik van Tempocol bij zwangere vrouwen. De resultaten van

dieronderzoek wijzen niet op schadelijke effecten van menthonor op de groei en ontwikkeling (teratogeen effect) van een embryo of foetus. Tempocol mag niet worden gebruikt tijdens de zwangerschap en bij vrouwen die zwanger kunnen worden en geen anticonceptie gebruiken. Het is niet bekend of bestanddelen van pepermunt in de moedermelk worden uitgescheiden. Omdat er niet voldoende gegevens beschikbaar zijn mag u de Tempocol-capsules niet gebruiken wanneer u borstvoeding geeft.

Belangrijkste bijwerkingen: Hoofdpijn, Wazig zien, Brandend maagzuur (pyrose), een brandend gevoel rond de anus.

Farmacodynamische eigenschappen: Het belangrijkste farmacodynamische effect van pepermuntolie dat relevant is voor het

maag-darmkanaal is een dosisgerelateerde antispasmodisch effect op de gladde musculatuur. Dit effect wordt veroorzaakt doordat menthol het calciumtransport over de celmembranen beïnvloedt.

Farmacotherapeutische categorie: ATC-code: A03AX.
Afleverstatus: UAD

Datum: November 2012
Will Pharma
Wilgenlaan 5
1161 JK Zwanenburg

VAZII / PHARMA

[illegible]

Referenties: 1. SPC REM. 2. SPC HUM. 3. Colombel et al. *N Engl J Med*. 2010;362 (15):1383-1395. 4. Hsieh 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.clinicaltrails.gov; Study Investigating Tailored Treatment With Infliximab for Active Crohn's Disease (TAILORIX)

Vedolizumab (Entyvio®) bij IBD: eerste darmselectieve biological

Vedolizumab is een gehumaniseerd monoklonaal antilichaam, dat specifiek bindt op een integrine die in het bijzonder gevonden wordt bij *gut homing*-lymfocyten ($\alpha 4\beta 7$ integrine). Na de interactie met vedolizumab kan de lymfocyt niet goed meer binden aan de endotheelcellen van het maag-darmkanaal.

Deze darmselectieve biological is op basis van de GEMINI-studies (*NEJM* en *Gastroenterology*) goedgekeurd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn en is sinds 1 augustus beschikbaar voor reguliere IBD-patiëntenzorg.

Vedolizumab wordt intraveneus gegeven in een vaste dosering van 300 mg per keer op week 0, week 2, week 6 en daarna elke 8 weken. Het therapeutisch effect lijkt het meest uitgesproken bij colitis ulcerosa. Na inductietherapie werd op week 6 mucosaal herstel gezien bij ongeveer 40% en een klinische remissie bij 17%. In de onderhoudsfase had na één jaar behandelen iets meer dan 40% een klinische remissie.

Bij de ziekte van Crohn werd na de inductiefase geen verschil gezien met placebo op de klinische response, maar wel op de klinische remissie (15%). Onderhoudsbehandeling met vedolizumab leidde tot klinische remissie in ongeveer 40%.

Vedolizumab is ook effectief in IBD-patiënten na eerder falen van anti-TNF-therapie. Het bijwerkingsprofiel lijkt mild en de meest voorkomende bijwerkingen waren: asofaryngitis, misselijkheid, bovensteluchtweginfectie, gewrichtspijn, koorts, vermoeidheid en hoesten.

De exacte plaats in de huidige IBD-behandelstrategie is nog niet duidelijk, maar lijkt voorlopig te zijn: na falen van regulier anti-TNF-therapie.

Nanne de Boer

MDL-arts, VUmc

KHN.deBoer@vumc.nl

Pr-EATL en EATL

Het aantal patiënten dat zich per jaar presenteert met een enteropathie geassocieerd T-cellymfoom (EATL) is in Nederland hooguit 30 à 35. De behandelingsopties voor deze patiënten zijn beperkt. Na in opzet radicale chirurgie, waarbij macroscopisch geen tumorweefsel en/of pathologische lymfeklieren achterblijven, is de vijfjaarsoverleving hooguit 20 tot 30%. Indien na chirurgie tumor achterblijft, is de prognose zeer somber.

In het VUmc zien we ongeveer 40 tot 50 procent van de EATL-patiënten in Nederland voor *second of third opinion*. In navolging van Engelse groepen behandelen we de laatste jaren deze patiënten met CHOP + Eposide, voor conditionering nog MTX, waarna indien mogelijk beenmergtransplantatie. Bij de eerste vijf patiënten die dit regime hebben kunnen volbrengen, lijkt de prognose beter.

Europees consortium

Omdat het aantal patiënten in Nederland beperkt is, zijn we een Europees consortium gestart voor de behandeling van (pre)maligne afwijkingen bij coeliakie. We kunnen hierdoor betere observationele studies doen. We zullen EATL-patiënten behandelen met CHP + anti CD30 (Brentuximab®) waarna MTX, conditionering en autologe beenmergtransplantatie (Parijs, Amsterdam).

Ook voor patiënten met resttumorklierpakketen in de buik, retroperitoneaal en/of orgaanlaesies, lijkt curatie dan nog mogelijk. Naast deze behandeling zullen wij doorgaan om refractaire coeliakie type II met aberrante cellijnen te behandelen met cladribine (2CDA), en zo nodig been-

mergtransplantatie te blijven geven. Daarnaast willen we JAK-inhibitie (Tofacitinib) geven bij een subgroep.

De naam refractaire coeliakie is achterhaald. Het is een *low-grade 'no-mass'* EATL zonder CD-30 expressie. Binnen het Europese consortium wordt daarom de naam Pr-EATL overwogen. Opportunistisch zijn er dan ook meer mogelijkheden om tot financiële ondersteuning te komen. We blijven nu helaas te veel patiënten zien waarbij de diagnose EATL wordt gesteld na een fase van Pr-EATL die niet herkend werd. Hierdoor gaan jaren verloren met progressieve cachexie, waarbij de patiënt wordt gemaand beter glutenvrij dieet te houden. Naast deze ontwikkeling streeft het consortium ernaar meer materiaal (inter)nationaal in de vorm van biopsies, DNA, lymfocyten uit bloed te ontvangen via directe verwijzingen en/of koeriers. Zo kunnen we patiënten zien uit heel Europa. Voorkomen wordt dat patiënten in slechte conditie moeizame reizen maken. Met een PET-CT en T-flow uit hun biopsies kunnen we meestal binnen 24 uur een classificerende diagnose afgeven.

Uitbreiding

Ons consortium bestond uit Parijs (Hôpital Européen de Georges Pompidou) en Amsterdam (VUmc), maar sinds september hebben klinieken in Duitsland (Charité, Uni Mainz), Noorwegen (Oslo) en Engeland zich aangesloten. Op deze manier hopen we 50 patiënten per jaar extra te kunnen includeren om gaandeweg betere zorg te kunnen geven.

Chris Mulder, Gerd Bouma, Otto Visser

Celiac Center Amsterdam

GE-FOBT: POSITIEVE IFOBT BIJ RECTUMTUMOR DOOR LUESINFECTIE

Een 52-jarige man werd naar de polikliniek MDL verwezen in verband met een veranderd defecatiepatroon en een positieve iFOBT. Behoudens dit veranderd ontlastingspatroon bestaande uit toegenomen frequentie, afgenomen consistentie en rectaal bloedverlies, bracht aanvullende anamnese wisselende, onbeschermde anorectale contacten aan het licht. Er had geen recente screening op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) plaatsgevonden.

Bij rectaal toucher werd een vast-elastische irregulaire semicirculaire massa op 2 cm *ab ano* gepalpeerd. Er werden geen andere afwijkingen, met name geen condylomata, vastgesteld. In afwachting van ingezet microbiologisch onderzoek werd een coloscopie verricht, waarbij een semicirculaire irregulaire tumor met centrale necrose in het rectum werd gezien (*figuur 1*). De diameter betrof 3,5 x 4,0 cm. Differentiaal-diagnostisch werd aan een maligniteit, infectie (lymfogranuloma venereum, herpes simplex, cytomegalovirus, lues) en solitair rectum ulcus gedacht. Een CT-abdomen bracht behoudens bekende rectumtumor geen vergrote lymfeklieren passend bij lymfogranuloma venereum of lymfekliermetastasen aan het licht.

Op grond van aanvullende infectieserologie, Rapid Plasma Reagin-test (RPR) 1:8, werd een actieve luesinfectie vastgesteld. Bij uitgebreide soadiagnostiek konden geen andere infecties worden aangetoond. Histologische coupes toonden een chronische actieve en deels granulerende ontsteking zonder aanwijzingen voor maligniteit. CMV, HSV *in situ* hybridisatie en chlamydia-kleuring waren negatief. Op de aanvullende Warthin-Starrykleuring werd een hoge concentratie spirocheten gezien (*figuur 2*). Na het stellen van de diagnose *lues* werd patiënt met benzylpenicilline behandeld.

Een controlesigmoidoscopie toonde een volledig hersteld rectumslijmvlies. Therapeutische respons werd ook serologisch bevestigd, waarop patiënt uit controle kon worden ontslagen.

Analyse

De impact van iFOBT op de MDL-arts anno 2014 staat in schril contrast met de incidentie van rectale lues. Lues (syfilis) is een seksueel overdraagbare aandoening veroorzaakt door de bacterie (spirocheet) *treponema pallidum*. De incidentie in Nederland betreft thans 480 personen per jaar en wordt vooral gediagnosticeerd bij de zogenaamde risicogroepen (mannen met wisselende homoseksuele contacten en werkzaam in de seksindustrie) [1]. De ziekte kent een drietal stadia. Na een incubatietijd van 10 tot 90 dagen wordt stadium 1 getypeerd door een pijnloos *mucosa ulcus* op de plaats van besmetting. Drie tot zes weken na het primaire ulcus kan een scala aan klachten ontstaan (stadium 2), variërend van niet-jeukende huidafwijkingen en malaise tot diffuse lymfadenopathie. Na dit stadium met variabele duur en presentatie blijft bij circa 66% van de patiënten een latente infectie

bestaan. Eén derde ontwikkelt orgaanschade, onder andere aan hart, bloedvaten en zenuwstelsel, ook wel neurolyues genaamd (stadium 3).

Ofschoon de infectie in een vroeg stadium goed behandelbaar is met benzylpenicilline, ligt het gevaar enerzijds in het vaak asymptomatische karakter van de infectie, anderzijds juist in het pluriforme fenotype dat bij tal van aandoeningen kan passen. Aan deze eigenschap ontleent de ziekte de bijnaam *the great imitator*. Een seksuele anamnese is derhalve van belang, zeker bij het vaststellen van anorectale lesies. Bij rectale lues kan differentiaal-diagnostisch worden gedacht aan inflammatoire darmziekte, rectumcarcinoom, solitair rectum ulcus, infectie (HSV, CMV, chlamydia trachomatis/LGV, lues) en lymfoom [2]. Indien symptomatisch kan bij rectale lues *pruritus ani*, pijn, tenesmus, rectaal bloedverlies, *urgeklachten* en soiling vóórkomen. De endoscopische bevindingen kunnen variëren van proctitis en ulcera tot pseudotumoren. De diagnose rectale lues wordt gesteld op basis van serologie en biopsie van rectale afwijkingen [3]. Bij histologische analyse is in aanvulling op reguliere hematoxyline- en eosinekleuring vaak een specifieke Warthin-Starrykleuring nodig om spirocheten te aan te tonen [4]. Na behandeling met benzylpenicilline worden serologische controle en endoscopische herbeoordeling aanbevolen.

Conclusie

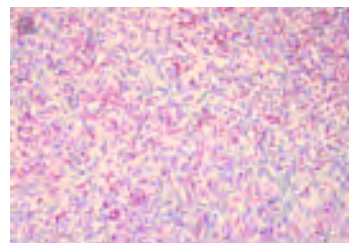
In deze casus is sprake van een rectale pseudotumor op basis van een lues-infectie. Hoewel dit beloop illustreert hoezeer je ge-FOBT kunt worden door 'the great imitator', onderstreept de casus in dit iFOBT-tijdperk ook het basale belang van anamnese en lichamelijk onderzoek.

Joris van Gulick, MDL-arts, Ampia Ziekenhuis Breda

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen in MAGMA 3-2014.



Figuur 1: Endoscopisch beeld: semicirculaire irregulaire tumor met centrale necrose in het rectum.



Figuur 2: Histologische coupe: de aanvullende Warthin-Starry-kleuring toont een hoge concentratie spirocheten.

CONTENT MATTERS! – QUANTITY AND QUALITY OF PARENTERAL NUTRITION FOR PRETERM INFANTS

Hester Vlaardingerbroek, Erasmus Universiteit Rotterdam, 17 april 2013



De meeste kinderen die te vroeg worden geboren, en dan met name kinderen met een zeer laag geboortegewicht (<1500 gram), groeien minder goed dan kinderen die 'op tijd' ter wereld komen. Onderzoek heeft aangetoond dat de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van te vroeg geboren kinderen een grote rela-

tie heeft met voeding en groei in de eerste levensweken. Gedurende de eerste levensdagen verdragen te vroeg geboren kinderen met een zeer laag geboortegewicht nog vrijwel geen melkvoeding en zijn ze afhankelijk van infuusvoeding. Onderzoek naar infuusvoeding is daarom van groot belang om deze kinderen een goede start te geven en te zorgen dat hun groei en ontwikkeling niet onderdoet voor die van op tijd geboren kinderen.

Dit proefschrift doet verslag van diverse studies naar de hoeveelheid en samenstelling van infuusvoeding. Uit het onderzoek blijkt dat het direct na de geboorte starten van infuusvoeding met daarin vetten en extra eiwit leidt tot verbeterde groei bij kinderen met een zeer laag geboortegewicht ten opzichte van starten met lagere hoeveelheden eiwit en het later starten met vetten. Verschil-

lende vetemulsies werden met elkaar vergeleken. Gevonden werd dat infuusvoeding met visolie – in plaats van pure sojabonenolie – leidde tot minder infecties en tot een betere groei en dat deze voeding mogelijk ook het ontstaan van leverziekte kan voorkomen. Aangezien visolie ook bestanddelen bevat die de hersenontwikkeling kunnen verbeteren, zal de ontwikkeling van de kinderen die deelgenomen hebben aan deze studies, worden getoetst op tweejarige leeftijd. Samenvattend bieden de uitkomsten van dit proefschrift nieuwe mogelijkheden om de groei en ontwikkeling van kinderen met een zeer laag geboortegewicht te verbeteren.

Curriculum vitae

Hester Vlaardingerbroek (Rijsbergen, 1979) studeerde gezondheidswetenschappen en geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Daarna werkte ze een jaar als arts-assistent kindergeneeskunde in het Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam. In 2007 startte zij haar promotietraject onder begeleiding van prof. dr. J.B. van Goudoever, dr. M.J. Vermeulen en dr. C.H.P. van den Akker. In januari 2013 begon Hester aan de opleiding tot kinderarts vanuit het AMC Amsterdam.

Het proefschrift is te verkrijgen via h.vlaardingerbroek@amc.nl

GOING TO WHERE NO ONE WENT BEFORE: ENDOSCOPIC PROCEDURES OF THE SMALL BOWEL

Hüseyin Aktaş, Erasmus Universiteit Rotterdam, 13 juni 2014



In 2001 en daaropvolgende jaren werden de invasieve dubbelballon-, singleballon- en spiraal-enteroscopieën geïntroduceerd, die de combinatie bezitten van zowel diagnostische als therapeutische mogelijkheden. Volledige endoscopie van de dunne darm was nu binnen handbereik. Dit proefschrift focust op de diagnostische opbrengst, therapeutische mogelijkheden en veiligheid van deze moderne enteroscopische technieken.

De resultaten laten zien dat de diagnostische opbrengst van verschillende technieken relatief hoog is en dat deze vergelijkbaar zijn. Volledige enteroscopie is met zowel dubbel-ballon als single-ballon vaak niet haalbaar.

Alle typen enteroscopietechnieken zijn relatief veilig met een laag

risico op complicaties. Het risico op ontwikkeling van een acute pancreatitis lijkt te zijn verminderd door aanpassing van onze insertietechniek, waarbij de ballon van de *overtube* (bij de dubbelballontechniek) na passage van het ligament van Treitz wordt opgeblazen. De risico's op acute pancreatitis na een singleballon- of spiraalenteroscopie zijn minimaal of mogelijk zelfs afwezig.

Curriculum vitae

Hüseyin Aktaş (Enschede, 1977) studeerde geneeskunde aan de Universitaire Instelling Antwerpen. In 2006 startte Hüseyin zijn opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC, waarbij dit promotieonderzoek werd opgestart onder begeleiding van prof. dr. E.J. Kuipers en dr. P.B.F. Mensink. Sinds februari 2011 werkt Hüseyin Aktaş als MDL-arts in De Ziekenhuisgroep Twente in Almelo en Hengelo.

Het proefschrift is te verkrijgen via h.aktas@zgt.nl

NOVEL APPROACHES TO UPPER GASTROINTESTINAL CONDITIONS: A FOCUS ON BLEEDING AND MALIGNANCY

I. Lisanne Holster, Erasmus Universiteit Rotterdam, 13 juni 2014



Het proefschrift gaat over de preventie en endoscopische behandeling van bovenste tractus-digestivusbloedingen en premaligne maagafwijkingen. In het eerste deel wordt het risico op gastro-intestinale bloedingen bij gebruik van de nieuwe orale anti-coagulantia onderzocht middels een meta-analyse. Dit risico blijkt iets

hoger dan bij de standaardtherapie, met name bij patiënten die werden behandeld voor een trombose of acuut coronair syndroom. Hemospray is effectief in de behandeling van zowel hoge als lage tractus-digestivusbloedingen, maar het succespercentage is lager in het geval van spuitende bloedingen en patiënten die antistolling gebruiken. In een multicenter RCT naar de secundaire preventie van oesofagus-varicesbloedingen blijkt dat transjugulaire intrahepatische porto-systemische shunt (TIPS) het aantal recidiefbloedingen fors reduceert, maar dat dit niet leidt tot een betere overleving en iets meer hepatische encefalopathie veroorzaakt.

In deel twee wordt de prevalentie van *Helicobacter pylori* in een groot cohort zwangere vrouwen onderzocht. Deze blijkt sterk

samen te hangen met de etniciteit en varieerde van 24% onder Nederlandse vrouwen tot 92% onder Marokkaanse vrouwen. Een Cochrane review naar de reversibiliteit van premaligne maagafwijkingen na *H. pylori*-eradicatie laat zien dat atrofische gastritis in een groot deel van de patiënten nog reversibel is, maar dat vanaf intestinale metaplasie een zogenaamd point-of-no-return lijkt te zijn gepasseerd. Daarom wordt aanvullende surveillance aangeraden. De eerste resultaten van de follow-up van een cohort patiënten met premaligne maagafwijkingen worden ook beschreven in dit proefschrift. Met de langetermijnresultaten van deze studie moet duidelijk worden in welke gevallen surveillance wel en niet zinvol is.

Curriculum vitae

Ingrid Lisanne Holster (Dordrecht, 1983) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na haar afstuderen werkte zij twee jaar als arts-assistent spoedeisende hulp en interne geneeskunde. In 2010 begon Lisanne aan haar promotietraject onder begeleiding van prof. dr. E.J. Kuipers en dr. E.T.T.L. Tjwa. Sinds april 2014 is zij in opleiding tot MDL-arts. Momenteel werkt zij in het Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht.

Het proefschrift is te verkrijgen via i.holster@erasmusmc.nl.

INTESTINAL FAILURE AND TRANSPLANTATION 'PENNY WISE – POUND FOOLISH?'

Anne Margot Roskott, Universiteit Groningen, 18 juni 2014



De afweging tussen dunndarmtransplantatie (DDTx) of behandeling met parenterale voeding (TPV) is complex en de beste therapie voor patiënten met chronisch darmfalen verschilt per individu. DDTx is relatief nieuw. Alleen wanneer een behandeling met TPV faalt, wordt DDTx als laatste redmiddel uit-

gevoerd, omdat de resultaten op dit moment (nog) inferieur zijn aan die van TPV. Het UMC Groningen is in Nederland het enige ziekenhuis dat deze vorm van transplantatie verricht. TPV vormt de hoeksteen van de behandeling bij chronisch darmfalen. Helaas gaat het gepaard met frequente, ernstige complicaties. Patiënten met chronisch darmfalen kunnen in Nederland terecht bij verschillende behandelcentra (AMC/UMCN).

Om deze multidisciplinaire zorg te faciliteren, is een nieuw online patiëntregistratiesysteem (DRIFT) opgezet speciaal voor deze patiëntengroep. Roskott beschrijft in haar proefschrift dat DRIFT bijdraagt aan optimale zorg. Nationale samenwerking – inclusief gezamenlijke registratie – is van groot belang voor verder onder-

zoek naar chronisch darmfalen. Parenterale voeding gaat gepaard met aanzienlijke lichamelijke en psychosociale stress en veel patiënten blijken behoefte te hebben aan extra zorg hiervoor. De 'distress thermometer' is een goed meetinstrument voor periodieke stress-screening. Kosteneffectiviteitsanalyse laat zien dat parenterale voeding en DDTx, beide kostbare behandelingen zijn. De kosten per gewonnen levensjaar na DDTx worden geschat op € 20.654. De resultaten van DDTx zouden kunnen verbeteren door meer inzicht in de relatie tussen donorfactoren en de kwaliteit van een darmtransplantaat – waardoor betere selectie mogelijk wordt – en door een aangepaste techniek van preservatie van het darmtransplantaat.

Curriculum vitae

Anne Margot Roskott (Zwolle, 1980) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht. Zij verrichtte haar promotieonderzoek in samenwerking met de afdelingen Chirurgie en MDL van het UMC Groningen. Het onderzoek werd onder andere gefinancierd door de MLDS en het Innovatie Actief Programma Groningen. Roskott is momenteel huisarts in opleiding.

Het proefschrift is te verkrijgen via a.m.roskott@umcg.nl.

MDL Tergooi werkt vanuit deelgroepen

“Een voedingsteam vind ik erg belangrijk en gelukkig werken alle grote ziekenhuizen er inmiddels mee.” Ton Naber, MDL-arts in Tergooi, is specialist als het gaat om voedingsproblematiek. Hij promoveerde in 1997 op het onderzoek naar ondervoeding van niet-chirurgische patiënten bij opname in een ziekenhuis. Bij 40% bleek dit het geval. Vele keren hoger dan werd aangenomen.

Je hoeft niet noodzakelijk MDL-arts te zijn om interesse te ontwikkelen op het gebied van voeding, vindt Ton Naber. “Maar het ligt wel op onze weg; MDL-artsen zijn immers zo goed als dagelijks bezig met het maagdarmkanaal.” Naber is inmiddels negen jaar werkzaam in Tergooi. Daarvoor werkte hij 25 jaar in het RadboudUMC, onder meer als universitair hoofddocent. Als een van de eerste ziekenhuizen in Nederland richtte hij daar een voedingscentrum op. “Nadat de chirurgische afdelingen van het Academisch Ziekenhuis in Maastricht en het VUmc ermee waren gestart.” Na zijn aantreden in Tergooi begon Naber ook daar een voedingscentrum, dat inmiddels bestaat uit twee MDL-artsen, twee voedingsverpleegkundigen en meerdere diëtisten.

“Voor ons voedingscentrum is ‘te dik’ geen speerpunt. Het gaat om ondervoede patiënten en patiënten met ziekten waardoor toediening van normale voeding een probleem is. Deze mensen worden bijvoorbeeld gevoed via een PEJ-sonde waarmee het voedsel direct in de dunne darm komt, of via een PEG-sonde direct in de maag. Het kan ook voorkomen dat het maagdarmsysteem geen voedsel verdraagt of dat de dunne darm te kort is om voldoende voeding op te nemen. Dan wordt parenterale

voeding toegediend. Via een infuussysteem komt de vloeibare voeding dan direct in hun bloed terecht. Voor kortere perioden hebben wij een systeem ontwikkeld waardoor mensen dat nu ook zelf thuis kunnen doen.”

MDL in Tergooi

Tergooi ontstond in 2006 na een fusie tussen Ziekenhuis Gooi-Noord uit Blaricum en Ziekenhuis Hilversum. Beide ziekenhuizen beschikten vóór de fusie over twee MDL-artsen. Tergooi is nog steeds op beide locaties gevestigd en heeft ook nog een polikliniek in Weesp. De specialismen zijn verdeeld over de twee vestigingen. De intensive care bevindt zich in Hilversum; hier worden ook de MDL-patiënten verpleegd en vinden de grotere MDL-ingrepen plaats. Poliklinische MDL behandelingen worden op alle drie de vestigingen gedaan. In 2018 zullen

de klinische afdelingen van Tergooi worden gevestigd op één locatie in het nieuw te ontwikkelen zorgpark Monnikenberg in Hilversum.

De MDL-afdeling, onderdeel van de maatschap Interne Geneeskunde, telt acht MDL-artsen, twee MDL-verpleegkundigen en drie verpleegkundigen die de intake voor endoscopische verrichtingen verzorgen. Ter verdieping en kwaliteitsbevordering werken de MDL-artsen, die alle acht de basis-MDL-zorg beheersen, vanuit deelgroepen. “Deze bestaan uit minimaal twee MDL-artsen die op hun beurt weer aan meerdere groepen deelnemen. We kennen deelgroepen op het gebied van voeding, oncologie en colonscreening, functioneel onderzoek van het maagdarmkanaal, interventie- en endoscopieën, chronische ontstekingsziekten van de darm en chronische leverziekten.”



Van links naar rechts: Marike Rebel (voedingsverpleegkundige); Ton Naber, Marianne Smits, Bram van den Elzen, Itta Minderhoud (allen: MDL-arts), Beate Visser (diëtiste), Gijs de Bruin en Jan van de Brande (MDL-arts). Afwezig: Sebastiaan Balkema en Paul Kingma (MDL-arts); Yvonne Besamusca en Geertruida van de Broek (MDL-verpleegkundigen); Corry Pels (voedingsverpleegkundige).