

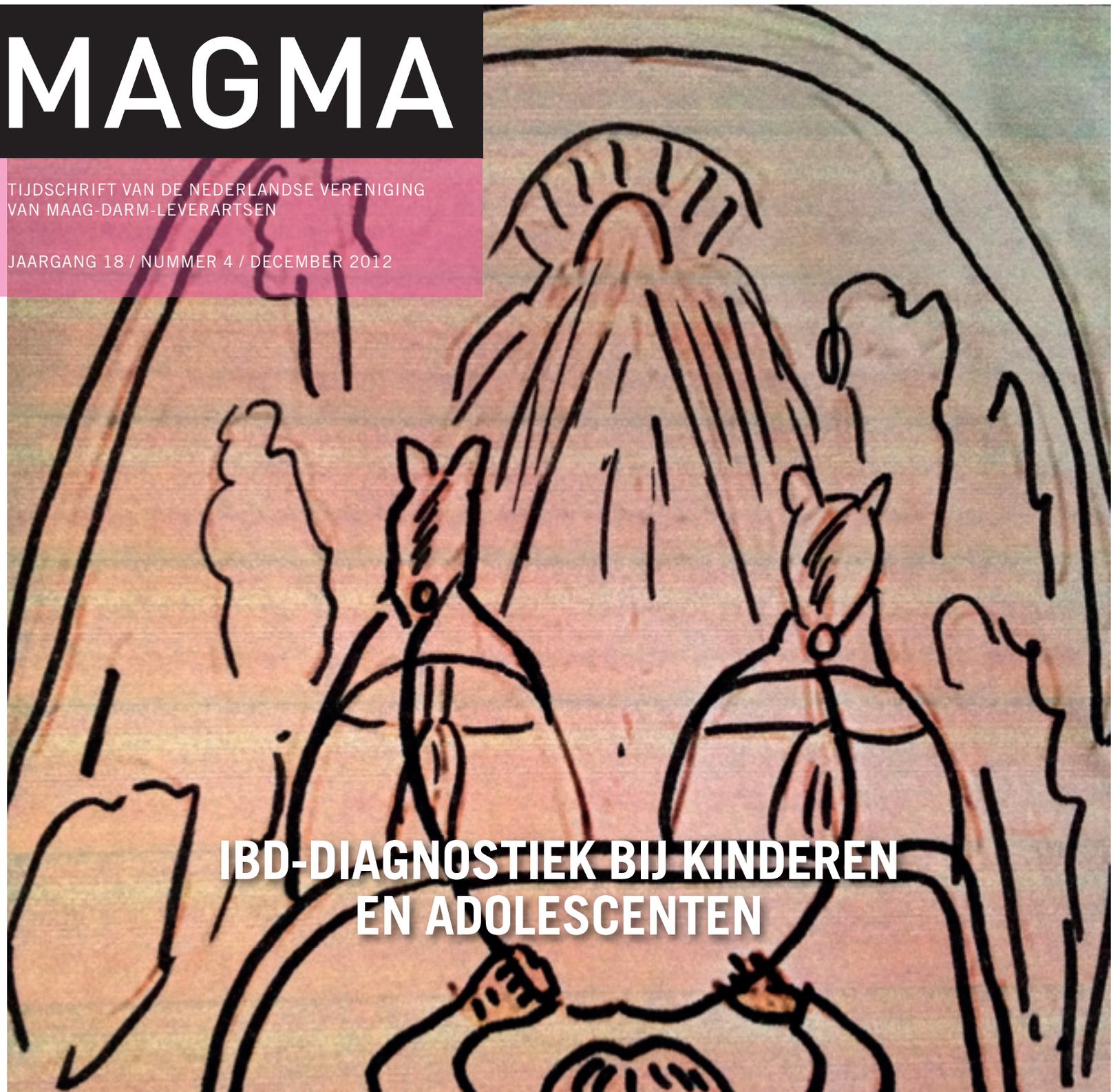
STAND VAN ZAKEN **106** / INTERVIEW ERNST KUIPERS **108**
ORATIE **111** / INTERVIEW ROLAND VALORI **112**
BEVOLKINGSONDERZOEK **115** / NATIONAAL HEPATITIS
CENTRUM **117** / EUROPA **119** / THEMA: KINDER-MDL **120-127**
LAXANTIA **129** / MDL-TRANSFERS **131**
PROEFSCHRIFTEN **133-137** / DE AFDELING **139**



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 18 / NUMMER 4 / DECEMBER 2012



**IBD-DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN
EN ADOLESCENTEN**

Heeft RIVM nog zicht op MDL-muziekkorps?

De start van het door MDL-artsen al lang bepleite bevolkingsonderzoek naar darmkanker komt steeds dichterbij. Belangrijke pijler van dit bevolkingsonderzoek is kwaliteitscontrole. De beroepsgroep is geïnformeerd en opiniërend overleg heeft plaatsgevonden. Echter, veel MDL-artsen ervaren hierover een wij/zij-gevoel. Dat is een punt van zorg: het muziekkorps, de MDL-artsen, moet wel aangesloten blijven.

Screeningscoloscopie

De beroepsgroep herkent zich niet unaniem in het idee dat de kwaliteit 'niet standaard zou voldoen aan de RIVM-criteria'. Toch komt er een apart coloscopievaardigheidsbewijs voor darmkankerscreening, gekscherend door velen het golfvaardigheidsbewijs genoemd. Dat dit buiten de eindtermen van de MDL-opleiding valt, wordt door hen niet begrepen en is ook niet goed uit te leggen. In hoeverre één en ander juridisch handhaafbaar is, is onduidelijk. Kunnen patiënten en verzekeraars straks eisen, dat niet alleen screeningscoloscopieën maar alle coloscopieën alleen door voor darmkankerscreening gebrevetteerde colonoscopisten worden gedaan? Stel dat verzekeraars eisen dat we standaard per jaar 300 colo's moeten doen, wat dan? Mogen supervisors in opleidingsklinieken ook de colo's meetellen die door arts-assistenten worden gestart? Of krijgen de AIOS binnenkort te weinig colo's, om te zorgen dat de supervisor ten minste zijn brevet kan houden? Senioren, die bij een screeningscolo niet gebrevetteerd zijn, zouden in menige opleidingskliniek normaliter bij een moeilijke colo met poliepectomie inspringen. Mag dit straks nog bij een screeningscoloscopie? Of moeten we patiënten dan twee keer scopiëren?

Screeningstest

Het RIVM heeft de uitgebreid geteste OC-sensortest als screeningstest terzijde geschoven ten gunste van een Italiaanse test, de FOB GOLD-test. Hoe presteert deze test ten opzichte van de gevalideerde OC-sensortest? Voldoet deze aan de kwaliteitseisen van de Gezondheidsraad? Lukt het om de test voor de start van het bevolkingsonderzoek nog te valideren? In het Radboud, AMC, EMC en VUmc is de OC-sensor uitgebreid onderzocht en zijn de *diagnostic yield* en vele afkapwaarden bepaald. Prachtige proefschriften zijn het geworden. Stel dat de afkapwaarde van de nieuwe test niet tijdig kan worden gedefinieerd? Wat dan?

Te veel of te weinig scopiëren, te veel patiënten blootstellen aan colo's of te veel mensen met CRC missen? Hopelijk kan het NVMDL-bestuur hierin een corrigerende rol spelen ten opzichte van het RIVM en in overleg met de FIT-researchers een spoedprogramma opstellen.

Financiën

Ook de financiële aspecten van de CRC-screening zijn nog onduidelijk. Zeventig miljoen is er landelijk door VWS beschikbaar gesteld. De Beroepsbelangencommissie constateert dat chirurgen, pathologen en radiologen hier ook een belangrijk deel van claimen. Scopie-units optuigen met onder andere CO₂-insufflatie kost veel geld. Hoeveel blijft er over voor de endoscopie: intakegesprek, afschrijving apparatuur, hulppersoneel, administratie en honorarium? De financiële verdeling wordt pas duidelijk in de begroting 2013. Als het makrokader voor de honoraria MDL onvoldoende stijgt, betekent dit dan dat de andere DOT-bedragen MDL omlaag gaan om een redelijk bedrag voor de colonscreening te kunnen rekenen? Mogelijk dat we als beroepsgroep (gedeeltelijk) een sigaar uit eigen doos moeten gaan roken. De tijd dringt en wie is aan zet?

Wetenschap

Daarnaast is de vraag wie de wetenschappelijke verantwoording krijgt toegewezen. Het bestuur van de NVMDL? In hoeverre de Engelse situatie vertaalbaar is naar Nederland, zal moeten blijken. Op het VUmc bleek dat de aansluiting van scopieverslagen aan PALGA alleen al € 150.000 gaat kosten, wij moeten dit als afdeling zelf betalen en dus extra investeren. Het RIVM geeft ons als pilot € 10.000. Harriët van Veldhuizen, programmaleider invoering, RIVM-centrum Bevolkingsonderzoek, stelt dat we op koers liggen (RIVM-brochure 'Stand van zaken invoering CRC-screening', oktober 2012). Ik zie dat veel kritiek onder het kleed wordt geveegd. Het NVMDL-bestuur moet op korte termijn een transparant beleid ontwikkelen om te zorgen dat de MDL-artsen, 'het muziekkorps', niet te ver achter de RIVM-dirigent aan gaan lopen en zo de weg kwijtraken. We wensen Ad Masclee als nieuwe voorzitter NVMDL veel wijsheid toe bij deze vragen en hopen dat alles straks op tijd klaar is.

Chris Mulder

Nieuwe fase

Bij mijn aanstaande afscheid als voorzitter van de NVMDL is een korte terugblik ongetwijfeld toegestaan. We zijn al tien jaar procentueel de snelst groeiende beroepsgroep en in de afgelopen jaren gegroeid naar een forse vereniging met nu ongeveer 540 actieve leden. Daarbij blijft sprake van goede mogelijkheden voor AIOS op de arbeidsmarkt. We zijn zeer sterk gericht op kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld door inrichting van een landelijke complicatieregistratie, certificering voor endoscopie, goede kwaliteitsvisitaties, actuele richtlijnen, inrichting van centra voor hepatitis en andere zorggroepen, om slechts een paar onderwerpen te noemen. We dragen sterk bij aan de introductie van het bevolkingsonderzoek darmkanker, en staan samen erg open voor samenwerking en participatie aan onderzoek, bijvoorbeeld in de Pancreatitiswerkgroep Nederland. We hebben een uitstekende, continu ontwikkelende opleiding, met als recente toevoeging een opleiding tot verpleegkundig endoscopist. Tot slot is ons onderzoek vanuit alle UMC's samen met vele algemene ziekenhuizen internationaal toonaangevend.

Zijn daarbij ook negatieve punten te melden? Natuurlijk, de belangrijkste is naar mijn mening dat wij ondanks de groei van ons ledenaantal tot nu toe nog altijd niet in staat zijn om MDL-zorg te garanderen voor alle ziekenhuizen die daarom vragen. En de werkdruk in die ziekenhuizen waar wel MDL-artsen werken, is vaak ontzettend hoog bij langdurig onvervulbare vacatures. Dat maakt één van onze blijvende prioriteiten voor de komende periode duidelijk.

Tot de vele andere prioriteiten behoren de goede opstart van het bevolkingsonderzoek, inrichting van een kwaliteitssysteem voor monitoring van endoscopische verrichtingen met het Dutch Institute for Clinical Auditing DICA, en het nauw samenbrengen van NVGE en NVMDL.

In 2013 vieren wij ons honderdjarig bestaan, een prachtig startpunt voor een nieuwe fase onder een nieuwe voorzitter! De leden mogen zich er binnenkort over beraden. Ik wil u erg bedanken voor uw steun, vertrouwen en zeer actieve bijdrage in de afgelopen jaren. Het was mij een groot genoegen om de NVMDL te mogen voorzitten! Ik zal de verdere ontwikkeling van de vereniging met veel belangstelling volgen, en hoop u zeker te zien bij een ledenvergadering, nascholing, of op andere gelegenheden.

Ik wens u allen uitstekende feestdagen en een goede start van het nieuwe jaar!

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



Aandacht voor kinder-MDL

Bij kinderen kent een ziekte regelmatig een ander verloop dan bij volwassenen. Niet elke behandelingsmethode voor volwassenen kan één-op-één worden toegepast bij kinderen. Ook kan niet vaak genoeg worden benadrukt, dat medicijnen op kinderen vaak een andere uitwerking hebben of dosering vragen dan bij volwassenen. Ik ben dan ook blij met de speciale aandacht voor kinder-MDL in deze laatste MAGMA van 2012.

Aan het woord komt Hankje Escher (Erasmus MC/Sofia KZ), sinds kort voorzitter van de sectie Kinder-MDL van de NVGE. Zij houdt een warm pleidooi voor systematische verwijzing van kinderen en adolescenten met verdenking IBD naar de kinderarts-MDL, zowel uit oogpunt van kwaliteit van behandeling als de noodzaak tot verder onderzoek.

Interessant is ook het onderzoek van de afdelingen MDL, kinder-MDL en medische microbiologie in het VUmc naar de rol van het intestinaal microbiom bij het ontstaan van chronische darmziekten bij kinderen.

Kinder-MDL-arts Roderick Houwen (Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht) legt uit waarom en op welke wijze in de nieuwe DOT-structuur voor MDL-behandelingen rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van kinder-MDL.

Hypnotherapie is niet alleen een regelmatig met succes toegepaste behandeling bij volwassenen met PDS, maar bleek ook zeer effectief bij kinderen met chronische buikpijnklachten. Een grote subsidie van ZonMw heeft nu de Fantasia-studie mogelijk gemaakt: via de poliklinieken Kindergeneeskunde van negen ziekenhuizen in Nederland nemen daaraan 260 kinderen deel. In dit onderzoek, dat wordt gecoördineerd door de afdeling Kinder-MDL van het AMC, wordt thuistherapie met behulp van een cd met hypnotherapeutische oefeningen vergeleken met klinische behandeling door een hypnotherapeut. Ontroerend is het verhaal van Tom, die dankzij hypnotherapie zijn chronische buikpijnklachten onder controle heeft gekregen.

Tot slot vertellen René Scheenstra en Edmond Rings in 'De Afdeling' over de landelijke samenwerking op het gebied van kinderen met eindstadium darm- en leverfalen.

Marc Benninga

ERNST KUIPERS VERLAAT MDL EN WORDT VOORZITTER ERASMUS MC

MDL-artsen: fantastische club mensen die wat voor elkaar over heeft

Breed lachend nodigt hij ons zijn kamer in. Witte jas met een T-shirt eronder. Nog voor de vraag is gesteld, zegt hij: “Ja, het zal wennen zijn, een pak en een das.” We praten begin november met Ernst Kuipers, op dat moment nog hoofd van de afdeling Maag Darm en Leverziekten en de afdeling Interne Geneeskunde van het Erasmus MC. Maar niet lang meer. Bij het verschijnen van deze MAGMA treedt hij, voorzitter van de NVMDL, toe tot de raad van bestuur van het Rotterdamse ziekenhuis, waar hij op 1 juni volgend jaar prof. dr. Hans Büller opvolgt als voorzitter. Speciaal voor MAGMA kijken we terug op zijn carrière als MDL-arts.

“**H**et is begonnen in Deventer tijdens mijn opleiding voor internist. Je had er twee ziekenhuizen, het Sint Geertruiden Gasthuis of Ziekenhuis en het Sint Jozef Ziekenhuis. Ze waren net gefuseerd toen ik binnenkwam en in de kelder van het Sint Jozef werden de eerste scopietjes gedaan. Dat vond ik geweldig interessant en het duurde niet lang of ik mocht meedoen. Het logische gevolg was... of liever gezegd, ik vond dat ik niet anders kon dan er na mijn opleiding interne nog drie jaar aan vast te plakken.”

Zijn MDL-opleiding doet Kuipers bij het VUmc, waar hem een baan als stafid in het vooruitzicht wordt gesteld wanneer hij in 1995 zijn opleiding met een promotie heeft afgerond. Op dat moment telt ons land zo'n 70 MDL-artsen. “Daarop heb ik ‘nee’ gezegd omdat ik graag terug wilde naar Deventer. Daar zou een vacature komen voor een eerste MDL-arts. Maar dat gebeurde uiteindelijk niet en zo stond ik met lege handen. Terug naar de VU kon, maar ik koos ervoor om eerst een paar jaar naar het buitenland te gaan. Het werd het Vanderbilt University Medical Centre in Nashville, Tennessee. Daar heb ik twee jaar gewerkt, van 1995 tot 1997, om vervolgens terug te keren naar Amsterdam. Van het VUmc naar het VUMC en weer terug.”

En vervolgens naar Rotterdam. Waarom?
“Ik wilde meer. Onderzoek doen, patiëntenzorg, opleiden, dat is erg leuk, maar ik wilde dan wel een afdeling kunnen leiden. Mijn eigen ideeën de ruimte geven. Dat kon in Rotterdam.”

Waar op dat moment, anno 2000, nog geen MDL-afdeling bestond.

“Die was net voor mijn komst opgericht, maar nog heel klein. Tot dan was er binnen de afdeling Interne een hoogleraar Leverziekten. Dat was het. Mijn omgeving fronste dan ook de wenkbrauwen. Ik kreeg zelfs hier en daar het commentaar van ‘je moet wel erg graag professor willen worden om naar Rotterdam te vertrekken’.”

Inmiddels, twaalf jaar verder, heeft het Erasmus MC een van de grootste, zo niet de grootste, MDL-afdelingen van ons land. In totaal werken er zo'n 280 mensen. Op de afdelingen MDL en Interne samen werken ongeveer 950 mensen.

Was dat de opdracht bij de benoeming in 2000, om van niets een zó grote afdeling te maken?

“Dat is nooit zo expliciet gezegd, denk ik, toen. Mij werd wel duidelijk gemaakt dat er een achterstand was in te halen. Die uitdaging is waargemaakt. Bedenk wel dat het Erasmus MC een verwijsgebied kent van 4,4 miljoen mensen. Dat is een kwart van onze bevolking.”

Hij wil absoluut niet opscheppen over de groei van het oude Dijkzigt Ziekenhuis tot Erasmus MC, dat inmiddels het grootste ziekenhuis is van ons land en op het gebied van onderzoek het meest veelzijdige universitaire medisch centrum. “Zo'n eerste plek is leuk, maar belangrijker is dat de mogelijkheden die we dankzij onze grootte hebben voor studie en research, ten volle worden benut. We kennen hier zeer ambitieuze afdelingen die, en dat is echt fantastisch, onderling prima samenwerken. Misschien



“Ik vind het belangrijk dat een arts nauw betrokken is bij de dagelijkse leiding van een ziekenhuis. Die kan je niet overlaten aan alleen bestuurskundigen en managers.”

hebben we daarom de eerste plek van Cambridge wel overgenomen als het beste universitaire centrum in Europa op het gebied van klinisch onderzoek.”

Waarom gekozen voor het MDL-vak? Toch niet alleen omdat het zo leuk was in die kelder in Deventer?

“In Deventer is wel de interesse geboren. Het mooie van ons specialisme is dat je met alle leeftijden hebt te maken. Onze patiënten zijn jong en oud, man en vrouw. Daarnaast is geen dag hetzelfde. Je hebt te maken met acute problemen, bloedingen, galstenen, maar ook met chronische ziektes zoals kanker of de ziekte van Crohn. We komen goedaardige en kwaadaardige aandoeningen tegen. Processen van lange en korte termijn. We moeten vaak puzzelen om tot de beste oplossing te komen. En dan, misschien wel het belangrijkste, ons vak is vooral doen. Die combinatie maakt het MDL-vak zo boeiend.”

Waarom dan kiezen voor een bestuursfunctie?

“Die keuze is langzaam gegroeid. Je ziet goede en slechte dingen en je wilt zaken veranderen en verbeteren. Dan kan je kankerend aan de kant blijven staan, maar je kunt ook de handschoen oppakken als je wordt gevraagd jouw steentje bij te dragen. Daarnaast – en dat was zoals gezegd de reden naar Rotterdam te gaan – wilde ik altijd al meer dan alleen maar onderzoek en patiëntenzorg. Ik vind het leuk in een team te werken, daar leiding aan te geven met als doel er samen iets van te maken.”

Om er vervolgens als hoogleraar de credits voor op te strijken?

“In het geheel niet. Ik wilde graag professor worden én graag hoofd van een afdeling, maar niet voor de meerdere eer en glorie van mezelf. Ik wilde het beste team op de been brengen, met de beste mensen samenwerken. Een dergelijke drive blijft natuur-

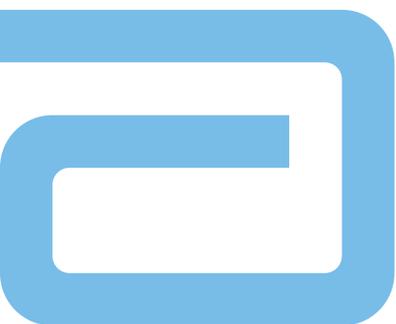
lijk niet onopgemerkt en voor je het weet, word je overal voor gevraagd.”

En word je haast als vanzelf bestuurslid van de NVMDL?

“Ook dat. Een periode waarop ik met veel plezier terugkijk. Ik ben nu twaalf jaar lid, was voorzitter van eerst het Concilium en daarna van het bestuur. Een erg leuke tijd. Dat ligt, denk ik, voor een belangrijk deel aan de mensen en aan de onstuimige groei die we meemaken naar inmiddels bijna 550 MDL-artsen en AIOS.

Wij MDL-artsen doen zo'n beetje alles zelf, naast een overvolle praktijk. Nog steeds. De inzet van iedereen is enorm. In commissies, overlegorganen en noem maar op. Elke avond opnieuw zijn veel MDL-artsen op weg naar weer een vergadering ergens in het midden van het land om dan 's avonds erg

Lees verder op pagina 111.



Met aanhoudende remissie gaat het leven verder¹



Voor



Na



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



HUMIRA[®]
adalimumab

Aanhoudende remissie¹

Productinformatie elders in dit tijdschrift



Abbott

A Promise for Life

Vervolg van pagina 109.

laat weer naar huis te moeten. We hebben als vereniging ook geen stafbureau met een directeur en een handvol medewerkers. Dankzij die zelfwerkzaamheid en natuurlijk de voortreffelijke zorgen van Marie José van Gijtenbeek wordt de vereniging gerund. Een fantastische club mensen die wat voor elkaar over heeft.”

Gevraagd worden binnen het vakgebied, voor de NVMDL, lijkt me niet meer dan normaal. Maar in de raad van bestuur is toch weer heel iets anders. Zeg maar ‘dag MDL’ of doet een bestuursvoorzitter af en toe nog een scopietje?

“Nee, dat is dan verleden tijd. Of dat ook geldt voor alle poli-werk zullen we zien.

Daarnaast blijven de promovendi die ik nu begeleid, onder mijn hoede. De laatste zal ergens in 2016 promoveren.”

Een moeilijke stap.

“Natuurlijk. Maar je kan niet zeggen als je wordt benaderd: ‘Kunnen jullie over een paar jaar nog eens langskomen?’ Ik vind het belangrijk dat een arts nauw betrokken is bij de dagelijkse leiding van een ziekenhuis. Die kan je niet overlaten aan alleen bestuurskundigen en managers. Dat kun je dan vinden en vervolgens niets doen, maar zoals gezegd, zo zit ik niet in elkaar. Uiteindelijk komt van het een het ander en dan is er geen weg terug. Dan doe je het wel of niet.”

Wat ga je het meest missen?

“Natuurlijk zal ik het wetenschappelijk onderzoek missen, de boeiende internationale contacten die zijn opgebouwd en in het klein de patiëntenzorg, het mensen beter kunnen maken. En het meest? Ik denk onze stafbespreking ’s ochtends waarbij we de patiënten doornemen. Daar zal ik in het begin wel heimwee naar hebben. De ernst van de echte problemen, ingebed in veel onderling plezier. Vanmorgen nog werd ik keihard uitgelachen omdat ik iets veronderstelde wat absoluut onjuist was. Een assistent die het met me oneens was, niet bang was daarvoor uit te komen en gelijk had. Dat zal ik missen, dat teamverband, het plezier, die onderlinge discussies.”

ORATIE

Zuurstof in maag en darm: hoeveel is genoeg?

Het maagdarmkanaal wordt ruim van bloed voorzien. Toch kan zuurstoftekort (ischemie) ontstaan door vaatvernauwingen of vaatkramp. Met PCO₂-meting in maag en darm (tonometrie) kan deze ischemie worden vastgesteld. Bij zijn aanvaarding op 6 november jongstleden van het hoogleraarschap MDL-ziekten, in het bijzonder ischemische aandoeningen van het maagdarmkanaal, aan de Universiteit van Groningen beschreef Jeroen Kolkman de ontwikkeling van de ischemietest. Hij liet zien wat de effecten van deze functietest zijn geweest voor het inzicht in het ziektebeeld.

In Medisch Spectrum Twente, waar Kolkman werkzaam is als MDL-arts, is inmiddels een landelijk verwijscentrum ontstaan voor maagdarm-ischemie. MDL-artsen, vaatchirurgen en interventieradiologen werken er nauw samen. De focus ligt op diagnostiek en behandeling van maagdarm-ischemie. Het aantal verwijzingen stijgt gestaag richting 300 per jaar. Men onderscheidt tegenwoordig drie groepen: meervatslijden, eenvatslijden en ischemie door vaatkramp. Bij meervatslijden is vaak

sprake van een bedreigende ziekte, met risico op darminfarct en frequente noodzaak tot spoedige behandeling. Bij eenvatslijden, vaak compressie van de maagslagader door het middenrif, ontstaan minder vaak klachten. Wanneer op grond van anamnese, tonometrie en vaatvernauwing patiënten worden geselecteerd voor behandeling kan bij meer dan 80% verbetering van klachten worden bereikt. Vaatkramp ten slotte, bestaat in twee vormen: tijdens shock of hartfalen, dan wel als buikmigraine. Mensen met vermeende buikmigraine blijken in de meerderheid succesvol te kunnen worden behandeld met vaatverwijders. Kolkman besloot zijn oratie met een vooruitblik. Toekomstige onderzoeksthema's omvatten het beter vastleggen van het ziektebeeld (klachten en risicofactoren), eenvoudiger diagnostiek, vaststellen van de prevalentie en verder ontwikkelen van de behandeling met gerandomiseerde studies.

De volledige oratie van Jeroen Kolkman kunt u nalezen via www.mdl.nl/MAGMA.



ROLAND VALORI, ENGLAND DEPARTMENT OF HEALTH:

Europe needs to wake up to quality endoscopy

According to Roland Valori the quality of endoscopy is still unacceptably variable in most countries. He led the development of the Global Rating Scale for endoscopy. This assessment instrument ensures the quality of endoscopy units in the national colorectal cancer screening programme in England introduced five years ago. Valori hopes that his colleagues in the Netherlands will benefit from experience there to see what is achievable with a quality assurance framework and to avoid making the same mistakes.

“If you spoke to most of the senior endoscopists in the various nations, they would say that the quality of endoscopy is, at best, patchy,” says Valori, National Clinical Director for Endoscopy of the English Department of Health. “There are all sorts of issues about sedation, safety, missed cancers and incompletely removed lesions. All these things are not done as well as they could be. In meetings abroad I often ask the question: ‘Would you be prepared to have a colonoscopy done by someone from your department or your country, selected at random?’ Never in any country has a single hand gone up on that question.”

“We are always well away from perfection and kid ourselves if we think otherwise. Like all nations the Germans think they have colonoscopy perfected but another paper, published by the end of 2011¹, indicates that ‘a substantial proportion of interval cancers are due to neoplasms missed at colonoscopy and are potentially preventable by enhanced performance of colonoscopy’.”

Substantial improvement

The Global Rating Scale (GRS) was introduced in England to assess the quality of clinical units. A test of competence was created for doctors performing colonoscopy in the screening programme. Valori: “The

GRS appeared to do two things. One it measured services so they could be benchmarked, two it acted as a road map for improvement, within and outside the screening programme. A really big lesson is the impact of the quality assurance of screening on all of gastrointestinal endoscopy, because the effect of quality control in screening ripples through the whole service. The accreditation of an endoscopy unit through the GRS is compulsory for screening units, but there is a very high level of engagement and we have various training, regulatory and commissioning levers that can be applied to others to ensure compliance.”

We are always well away from perfection and kid ourselves if we think otherwise.

In 2011 a UK-wide audit of colonoscopy was undertaken. Performance data were captured from more than 20,000 colonoscopies (GUT e-publication). This audit showed substantial improvement in performance across the nation since the previous audit in 2004. “When we first proposed accrediting colonoscopists in the screening

programme in 2005, there was a very negative response. The majority now believes it was the right thing to do. I would not say that we have got it completely sorted in England, by any stretch. There are still some issues, but we have come a long way in ten years.”

Polypectomy assessment

Valori gladly shares experiences with his colleagues abroad to help them set up quality control processes and avoid making the same errors as were made in his country. “There were some things that we did not appreciate at the time. First, the colonoscopist accreditation test assessed how well the colonoscope was inserted. What we did not test from the outset, was whether the endoscopist actually saw all the pathology and removed all the polyps safely and completely. We are now changing our tests to include assessment of polypectomy competence.”

“The second thing that we did not anticipate was that only 75% of the endoscopists would pass the test first time. It turned out that some people were negatively affected by the assessment process. For someone who has practised independently for ten or more years, for instance, it is quite a hit, and can affect their confidence. We now realise



“We now realise that we need to be providing people with support if they fail the polypectomy competence test.”

that we need to be providing people with support if they fail the test, and have introduced a new process to do just that.”

Benchmark tool

Meanwhile the Global Rating Scale has generated interest outside the UK. Jerome Sint Nicolaas and his research group of the Erasmus MC assessed the applicability of the GRS as a benchmark tool in an international context. Eleven Dutch endoscopy departments participated in a cross-sectional evaluation. The researchers found significant variance across departments, and

concluded that the GRS is appropriate to use outside England. Valori: “Canada and Australia have also shown interest and tested the GRS. The two countries that have really taken the GRS on are Ireland and New Zealand. In the latter country a successful pilot led to a grant from the Ministry of Health to apply the assessment instrument across the nation.”

European standardization

In Valori’s view there is a growing willingness in Europe to standardise medical treatment in general, and colonoscopy in partic-

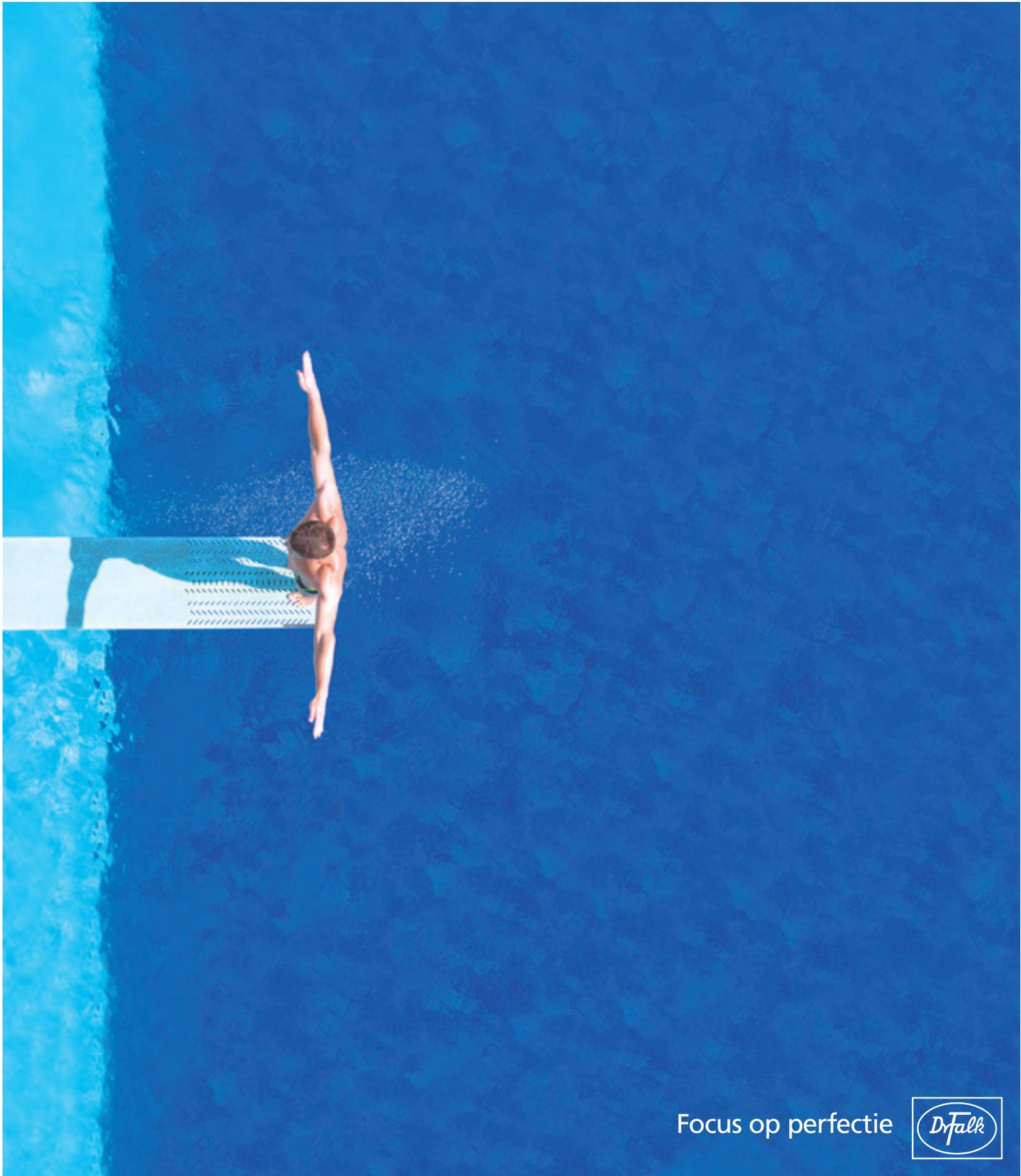
ular. “*The European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis*², with a chapter on endoscopy, were published in 2010. I think this was the first attempt to get a consensus on standards and make recommendations for quality assuring services. At a European meeting on accreditation of medical services that I attended a month ago, I discovered an appetite for creating some European standards within medicine. And on October 23 there was a meeting of a newly formed quality committee for gastrointestinal endoscopy: a Working Group of the ESGE, European Society of Gastrointestinal Endoscopy. I have proposed to the committee that we develop some European standards for endoscopy. But I think the European Union is still a long way from mandating this sort of thing. As I see it, with the EU Guideline we have taken a first step in the journey to a European consensus, and the ESGE is committed to take this further.”

¹ Brenner et al., *Interval cancers after negative colonoscopy: population-based case-control study*. GUT online 26-12-2011.

² Corporate author(s): European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, EAHC — Executive Agency for Health and Consumers, World Health Organisation.



A flat polyp in the right colon barely visible with white light colonoscopy (left), more clearly defined with dye spray (right). Such lesions may develop into cancer and are easily missed at colonoscopy.



Focus op perfectie



Ook de allerbeste prestaties zijn altijd weer te overtreffen. Zolang je jezelf maar dwingt om tot het uiterste te gaan. Je grenzen durft te verleggen en je techniek blijft perfectioneren in het besef dat zelfs de kleinste vooruitgang al een wereld van verschil kan maken. Uit die gedachten halen wij onze inspiratie en gedrevenheid. Elke dag opnieuw zoeken we naar nóg betere oplossingen in de strijd tegen darm- en leverziekten. En daar boeken we nog steeds progressie. www.drFalkpharma.nl

UEG Week 2012 levert veel nieuwe kennis

Tijdens de UEG Week 2012 kwamen in Amsterdam allerlei facetten van darmkankerscreening aan bod, onder andere in een speciaal symposium over dit onderwerp. Hieronder neem ik kort een aantal voordrachten met u door.

Uit Frankrijk kwam de enige voordracht over de voortgang van het screeningsprogramma aldaar. Teruggekeken werd naar de periode 2008 en 2009, toen in 46 van de honderd departementen de screening was gestart. Dit betrof 3 miljoen *invités* voor een g-FOBT. 2,8% bleek positief en 88% daarvan onderging een coloscopie. Hierbij werden 17% *advanced adenoma* (AA) en 7% tumoren gevonden. Volgens de spreker kwamen deze getallen overeen met de internationale literatuur. Niet duidelijk was de *respons rate* in de bevolking en het getal van 17% AA lijkt wat aan de lage kant. Met belangstelling zullen we kijken naar de resultaten volgend jaar als alle honderd departementen in de screening worden betrokken.

Een belangrijke bijdrage betrof een Nederlandse presentatie over intervalcarcinomen en de mogelijke oorzaak hiervan. Bij een groep van 3.512 carcinomen werd uiteindelijk berekend dat 2,3% intervalcarcinomen betrof (definitie: binnen vijf jaar na indexcoloscopie). Opvallend: deze carcinomen werden vaker rechtszijdig gelokaliseerd en kleiner en vlakker van aard dan niet-intervalcarcinomen. 15,9% daarvan zouden kunnen worden gerelateerd aan een inadequate poliepectomie, bij 37,8% kon geen oorzaak worden aangewezen. Het advies luidt dan ook om middels training van

coloscopie en poliepectomie het risico op intervalcarcinomen te verkleinen. De groep uit Newcastle presenteerde uit het nationale screeningsprogramma de 'bijvangst'-diagnosen. Zij vonden diverticulose (15,5%), IBD (1,8%), angiodysplasieën (0,7%), haemorroïden (5,8%), radiatieproctitis (0,3%), solitair rectum ulcus-syndroom (0,2%). Tot de groep 1,1% *anders* behoorden diagnoses als pseudo-membraanuze colitis, ischaemische colitis enzovoort.

Interessant was de voordracht uit Londen over de late problemen van een coloscopie. Van de totaal 1.115 coloscopieën in één jaar bezochten 22 personen de SEH binnen veertien dagen na de coloscopie. Veertien klachten waren duidelijk proceduregerelateerd, waarbij vijf personen werden opgenomen. Meest voorkomende klachten waren: buikpijn, klachten passend bij post-poliepectomiesyndroom, bloeding, perforatie maar ook sedatiegerelateerde klachten. De gemiddelde kosten per screeningscoloscopie bedroegen 1345 pond.

Veel voordrachten gingen over poliepdetectie middels HD-endoscopie, NBI en andere technieken. HD-endoscopie verbeterde de ADR niet, maar wel het aantal poliepen bij personen, vooral rechtszijdig. NBI bleek niet veel toe te voegen aan de detectiegraad. MRI en CT-colografie zijn vergelijkbare onderzoeken bij de detectie van poliepen groter dan 6 mm.

Aandacht werd ook besteed aan de economische aspecten van de screening. Een voordracht uit Venetië keek naar de *resect and discard*-strategie. Uit hun screeningspopulatie bleek een ADR van 57,2% bij een coecumintubatie van 98%. 1527 poliepen

werden gevonden bij 585 personen. 1003 (65,6%) waren kleiner dan 5 mm. Hiervan bleek 64,4% tubulair adenoom met LGD, 1,8% tubulair adenoom met HGD, 2,5% een tubulo-villeus adenoom met LGD, 0,9% een tubulo-villeus adenoom met HGD, 2,6% serrated adenoom, 27,4% hyperplastische poliepen en 0,2% intramucosaal carcinoom. De prevalentie van advanced adenoma bleek 5,4%. Het is volgens hen dan ook veilig om de *resect and discard*-strategie te volgen.

Als laatste wil ik een Nederlandse voordracht noemen over omstandigheden waarin de i-FOBT onduidelijke uitslagen kan opleveren. Duidelijk komt naar voren dat roken een belangrijke factor is voor vals-positieve en vals-negatieve uitslagen, wat de sensitiviteit en specificiteit van de i-FOBT doet dalen.

Zonder volledig te zijn geweest blijkt uit bovenstaande dat de darmkankerscreening een belangrijke bron van onderzoek en informatie vormt. Dit moeten we dan ook oppakken als een stimulans – lees: een belangrijke eis aan de aangesloten endoscopie-units – om in Nederland vanaf het begin in september 2013 onze database zo goed mogelijk te onderhouden.

Michiel van Haastert
Martini Ziekenhuis Groningen



Toonaangevend

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

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



PENTASA[®]
MESALAZINE
Zet de toon, met passie

FERRING
PHARMACEUTICALS

Naam van het geneesmiddel: Pentasa[®] **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg of 1 g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine, suspensie voor rectaal gebruik bevat 1 g mesalazine per 100 ml, zetpil bevat 1 g mesalazine. **Therapeutische indicaties:** Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Suspensie voor rectaal gebruik: proctitis, proctosigmoiditis en linkszijdige colitis. Zetpil: proctitis. **Dosering en wijze van toediening:** Aan te passen aan de ernst van de ziekte. Volw. en oudere kinderen: Oraal: Colitis ulcerosa acute fase: max.4 g per dag in meerdere doses. Onderhoudsbehandeling: 2 g per dag. Ziekte van Crohn acute fase : 2-4 g per dag verdeeld over meerdere doses. De dosering kan naar gelang het ziekteverloop geleidelijk verminderd worden tot 2 g per dag. Bij maagklachten tabletten/sachets tijdens of vlak na de maaltijd innemen. Pentasa kan met wat water of yoghurt ingenomen worden. Het granulaat mag niet gekauwd worden. Suspensie voor rectaal gebruik: 1 flacon suspensie iedere avond voor het slapen gaan, gedurende twee tot vier weken. Zetpil: 1-2 maal daags 1 zetpil via de anus. Bij gevoelige anus is het aan te raden de zetpil vóór het inbrengen glad te maken met een beetje water. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor mesalazine of overige bestanddelen van het product, of voor salicylzuurderivaten. Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevolen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Na rectale toediening kunnen lokale reacties, zoals pruritus, rectaal ongemak en aandrang optreden. Verder komt vaak voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** feb 2010

Integrale aanpak virale hepatitis belangrijkste pijler Nationaal Hepatitis Centrum

Het Nationaal Hepatitis Centrum (NHC) is in 1995 opgericht met steun van het Ministerie van VWS. Vanuit de gezondheidszorg en de Nederlandse Leverpatiëntenvereniging (NLV) bestond behoefte aan een informatie- en kenniscentrum betreffende virale hepatitis.

Informatievoorziening

De structurele taak van het NHC is het geven van informatie aan virale hepatitispatiënten en het algemene publiek. In de loop van de jaren is de informatievoorziening aan professionals steeds verder uitgebreid. Informatie wordt gegeven middels informatiebrochures, een telefonische informatielijn en de website www.hepatitis.nl, die inmiddels door meer dan 80.000 bezoekers per jaar wordt bezocht. De website van het NHC bevat nieuwsberichten, verschillende brochures, enkele patiëntenverhalen, links naar nationale en internationale websites, et cetera. Voor de professionals zijn vooral de richtlijnen en de nieuwe behandelmogelijkheden in studieverband in Nederland van belang. Handig is de NHC Kennisbank, waar door het aanvinken en combineren van trefwoorden specifieke informatie kan worden verkregen.

Landelijke Hepatitis Week

Gemiddeld één keer per anderhalf jaar wordt de Landelijke Hepatitis Week georganiseerd, met 200–250 deelnemers per dag. De meest actuele onderwerpen betreffende virale hepatitis worden daar gepresenteerd aan de diverse doelgroepen, zoals GGD'en, verslavingszorg, justitie, arbozorg, medisch specialisten (MDL-artsen en internist-infectiologen) en de patiënten zelf.

Onderzoek

Naast structurele informatievoorziening participeert het NHC in onderzoeksprojecten. Sommige projecten worden vanuit het NHC geïnitieerd, maar het NHC participeert ook in projecten van andere organisaties. Momenteel is een van de aandachtsgebieden het opsporen van patiënten met virale hepatitis. In Nederland zijn naar schatting zo'n 100.000 tot 120.000 patiën-

ten met chronische virale hepatitis B of C, van wie een deel zich niet bewust is van zijn/haar infectie. Ook krijgen veel patiënten niet de medische zorg die vandaag de dag *state of the art* is. Zeker nu de behandeling van virale hepatitis in de laatste jaren zo veel is verbeterd, is opsporing van patiënten noodzakelijk.

Lees verder op pagina 119.



Uitreiking eerste certificaat Hepatitis Behandelcentrum

Tijdens de najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie op 4 oktober werd het eerste certificaat Hepatitis Behandelcentrum – ondertekend door de NVMDL en de NIV – officieel uitgereikt aan het OLVG, één van de veertig nieuwe hepatitisbehandelcentra (zie *MAGMA 3*, pag. 75).

Van links naar rechts: Clemens Richter (lid sectie Infectieziekten NIV), Pieter Honkoop (bestuurslid NVMDL), Harry Janssen (voormalig voorzitter NVH), Bert Baak (MDL-arts OLVG) en Guido van den Berk (internist-infectioloog OLVG).

Viread™ bij chronische hepatitis B

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

Viread® labelwijziging: gebruik bij zwangerschap

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

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

174/NL/12-01/PM/1013



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

viread™
tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

right from the start

Een van de projecten is de screening van migranten uit landen waar hepatitis B en C veel vóórkomt. In enkele grote en middel-grote steden heeft het NHC informatie- en screeningsbijeenkomsten georganiseerd voor migranten uit China. Dit project is gesubsidieerd door ZonMw. Door lobbyen bij onder andere de overheid wordt getracht de screening op virale hepatitis in risicogroepen vooral bij de eerstelijnszorg onder te brengen.

Toekomst

In de afgelopen periode heeft het NHC een plan opgesteld waarin het focus voor de

komende jaren is vastgelegd. Een van de belangrijke pijlers blijft de integrale aanpak van de zorg voor virale hepatitis in Nederland. Het NHC streeft naar samenwerking met diverse organisaties die betrokken zijn bij opsporing, verwijzing en behandeling van virale-hepatitispatiënten. Het streven is om de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg alsmede GGD en overheid hierbij nauw te betrekken.

Na twaalf jaar verblijf in Amersfoort is het NHC sinds 1 november terug in Utrecht, de stad waar het NHC is opgericht. Het NHC trekt in bij GGD Nederland. Adres en telefoonnummer veranderen, maar onze web-

site, de brochures en de informatielijn blijven. En natuurlijk ons enthousiasme en dagelijkse inzet om virale hepatitis onder de aandacht te brengen in Nederland!

Greet Boland, projectleider NHC
Henk Reesink, voorzitter Raad van Advies NHC

Nationaal Hepatitis Centrum

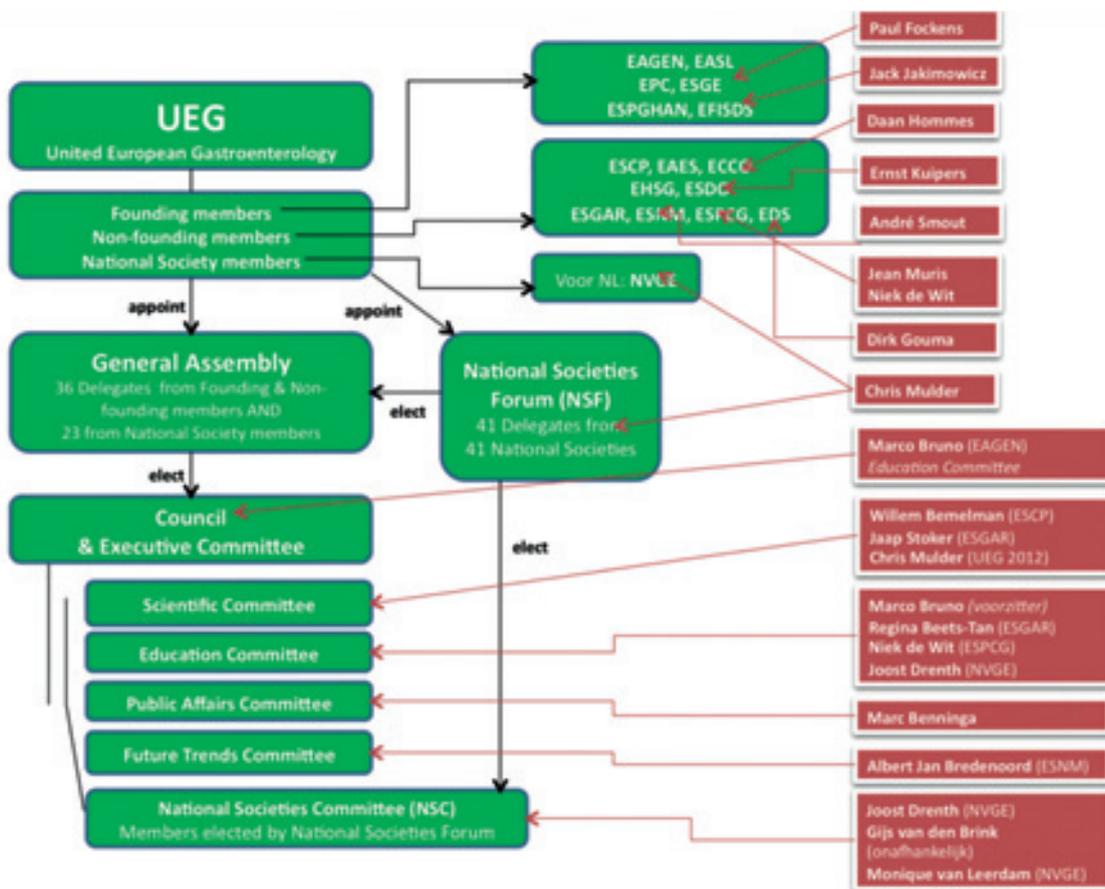
Adriaen van Ostadelaan 140
3583 AM UTRECHT
T: (030) 252 5102
E: info@hepatitis.nl
I: www.hepatitis.nl

EUROPA

Wie doet wat in UEG?

Niet alleen onze eigen verenigingen NVMDL en NVGE groeien en bloeien dankzij uw inzet. Ruim veertig collega's vervullen een bestuurlijke, adviserende en/of vertegenwoordigende rol binnen Europese organisaties en netwerken op verschillende (deel)terreinen van ons mooie vak. Tijd voor een overzicht: wie is actief in GE-Europa? Op www.mdl.nl/MAGMA en www.nvge.nl vindt u het complete antwoord.

Hiernaast ziet u de deelname van uw collega's binnen de diverse organen van de UEG.



Momenteel wordt jaarlijks bij ongeveer 300 kinderen en adolescenten (dus iedereen beneden de 18 jaar) de diagnose IBD gesteld door een kinderarts-MDL. Hoeveel kinderen en jongeren met IBD er werkelijk zijn, is onbekend, omdat niet duidelijk is hoeveel patiënten jaarlijks door een MDL-arts (voor volwassenen) worden gediagnosticeerd. Uit oogpunt van kwaliteit van diagnose en behandeling pleit ik voor systematische verwijzing van kinderen en adolescenten met verdenking IBD naar de kinderarts-MDL.

IBD-diagnostiek bij kinderen en adolescenten

Een leuke Nederlandse studie waarbij gebruikgemaakt werd van de PALGA-database in 1999–2001, werpt enig licht op het aantal IBD-patiënten jonger dan 18 jaar¹. In deze periode werden door Nederlandse kinderartsen alle nieuwe IBD-patiënten gemeld bij het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde (NSCK). In die drie jaar bleken zij bij het NSCK 188 nieuwe IBD-patiënten te hebben gemeld, die ook in de PALGA-database werden teruggevonden.

Echter in PALGA werden 543 kinderen gevonden waarbij een diagnose *probable* (n=326) of *possible* (n=217) IBD werd gesteld, maar die niet door een kinderarts waren gemeld. Deze patiënten, van wie de meesten waarschijnlijk in de leeftijd van 14–18 jaar, zijn dus destijds gescopieerd door een MDL-arts.

Valse top

Dit betekent dat in de jaren 1999–2001 de diagnose IBD bij gemiddeld 62 kinderen per jaar is gesteld door een kinderarts-MDL, en bij nog eens 181 kinderen per jaar door de MDL-arts voor volwassenen! Dit fenomeen is verantwoordelijk voor de ‘valse top’ bij 14 jaar die te zien is wanneer leeftijdgerelateerde incidentie van IBD op de kinderleeftijd wordt afgebeeld. Deze top is vals, omdat we weten dat de incidentie toeneemt naarmate kinderen ouder worden. De werkelijke incidentietop ligt rond de leeftijd 25–30 jaar.

De valse top is niet alleen terug te vinden in Nederlands onderzoek, maar ook op Europees niveau. In een recente publicatie van EUROKIDS (*Figuur 1*), een web-based register waarin door 44 kinder-IBD-centra in achttien Europese landen alle nieuwe IBD-patiënten (door kinderartsen-MDL) worden geregistreerd, wordt ook de top bij 14 jaar gezien.²

Doorverwijzing

Ook nu, anno 2012, komt het helaas nog regelmatig voor dat kinderen en adolescenten met verdenking van IBD naar een MDL-arts in het regionale ziekenhuis worden gestuurd.

De doorverwijzing wordt dan gedaan door de huisarts of door een kinderarts, die daarvoor elk zijn of haar redenen heeft. De huisarts is zich niet altijd bewust van het bestaan van een kinderarts-MDL, terwijl de kinderarts in de regio dat wel is, maar graag de leuke IBD-patiënt ‘in eigen huis’ wil houden in plaats van door te verwijzen naar de academie.

Als echte IBD-kinderarts vind ik dit erg te betreuren, omdat hiermee de beste zorg aan patiënten wordt ontzegd.

Kinderarts-MDL heeft voorkeur

Er zijn drie belangrijke redenen om alle patiënten die jonger zijn dan 18 jaar, en waarbij een verdenking IBD bestaat, zonder uitzondering naar een kinderarts-MDL te sturen.

1. IBD bij kinderen en adolescenten is een andere ziekte dan IBD bij volwassenen

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa presenteert zich bij patiënten jonger dan 18 jaar op een andere manier. Ten eerste is de ziekte uitgebreider en daardoor ernstiger. Bij kinderen en tieners met Crohn wordt bij 80% ziekte in het colon gezien (van wie de meeste patiënten ook ontsteking in het terminale ileum hebben), bij 30% is er ook betrokkenheid van slokdarm, maag of duodenum, en bij nog eens 30% van jejunum of proximaal ileum. Bij colitis ulcerosa heeft ongeveer 80% een uitgebreide colitis.

Deze presentatie vereist uitgebreide diagnostiek, waarbij niet alleen coloscopie tot in het terminale ileum, maar ook gastroscopie en beeldvorming van de dunne darm noodzakelijk zijn (CBO-richtlijn³).

Doordat zowel de ziekte van Crohn als colitis ulcerosa bij volwassen patiënten vaak minder uitgebreid is, is het te verklaren (maar niet goed te praten) dat ‘volwassen’ MDL-artsen vaak wat minder uitgebreid endoscopisch onderzoek doen. Het is echter een probleem als er een onvolledige of onjuiste diagnose wordt gesteld, en het – zeker op deze leeftijd – belastende onderzoek moet worden herhaald.

Een tweede aspect waarin de ziekte bij kinderen of adolescenten verschilt van IBD bij volwassenen, is de presentatie met een ver-

traging in de lengtegroei en een stagnerende puberteitsontwikkeling. Het is MDL-artsen niet aan te rekenen dat zij niet overweg kunnen met groeicurven en Tannerstadia. Maar het is wel essentieel om hierop te letten, aangezien een normalisering van de lengtegroei en inhaal van de puberteitsontwikkeling tijdens behandeling aanwijzing is voor remissie.

Het laatste aspect is de behandeling. Het belangrijkste is het gebruik van voedingstherapie als inductie bij patiënten met de ziekte van Crohn, met een vroege introductie van immuunsuppressie.

2. Kinderen en adolescenten liggen niet stil tijdens een endoscopie

Endoscopie in deze leeftijdsgroep moet onder analgosedatie (met propofol en fentanyl) of onder narcose plaatsvinden. Dit staat

in de Richtlijn Procedurele Sedatie⁴ bij kinderen, waarvan de landelijke implementatie dit jaar door de Inspectie is gemandateerd. De setting op een afdeling endoscopie voor volwassenen is echter doorgaans voor narcose of analgosedatie niet geschikt. In een kinderziekenhuis kan dit wel, en kan in één sessie zowel een gastroscopie als een ileoscopie worden gedaan. Ook volwassen patiënten zouden het liefst op deze manier worden gescopieerd, dus zeker die 15/16-jarige patiënt die sowieso al nergens zin in heeft.

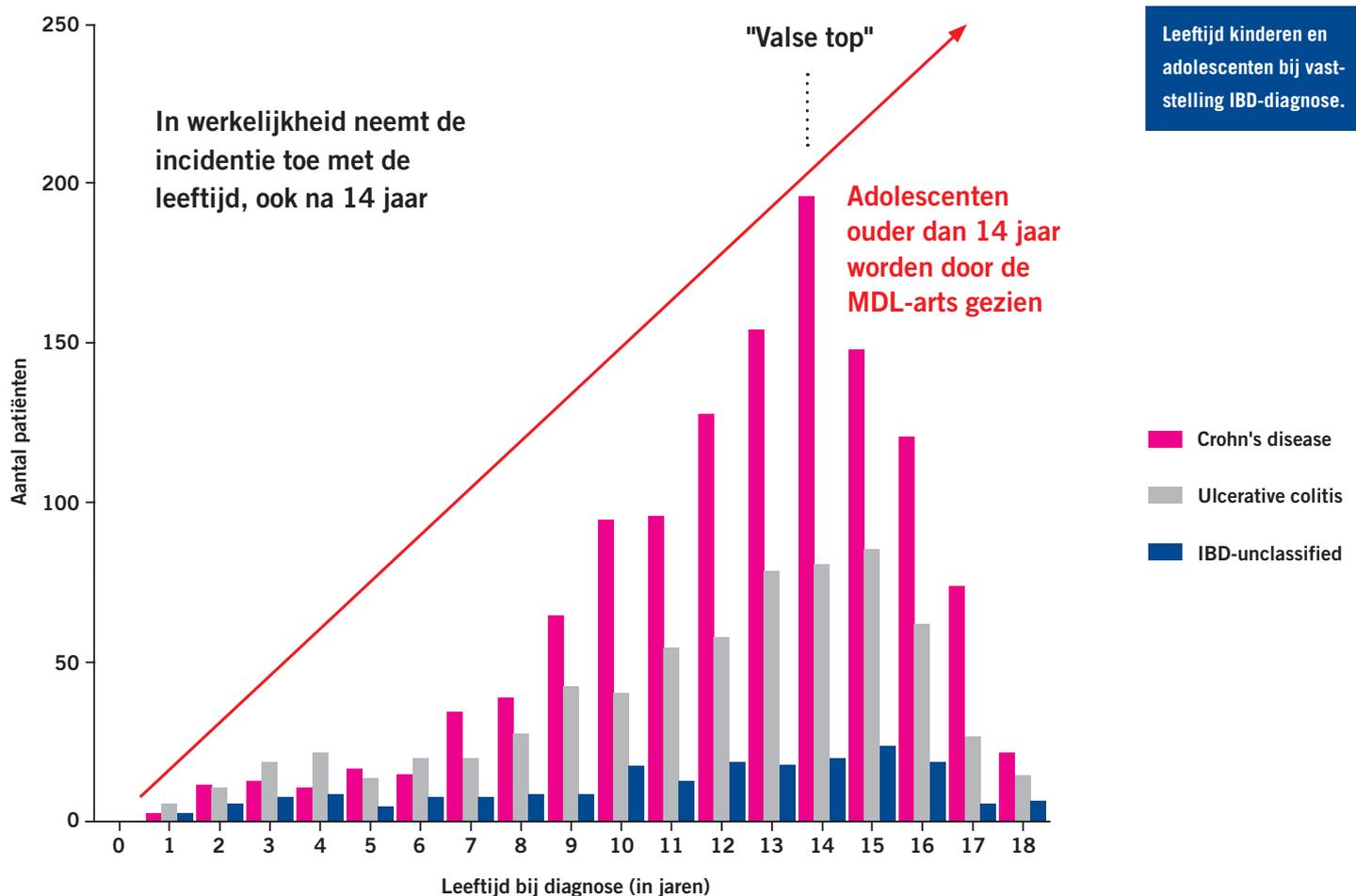
3. Research bij kinderen en adolescenten met IBD

Goede research is alleen mogelijk met een voldoende patiëntenaantal. Samen met de KiCC (Kids met Crohn's en Colitis; de landelijke werkgroep kinder-IBD), en met een subsidie van ZonMw, wordt momenteel een

landelijke, gerandomiseerde studie voorbereid waarbij patiënten met Crohn, jonger dan 18 jaar, *top-down* versus *step-up* met infliximab worden behandeld. Een studie met cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een verhoogd stressniveau gaat binnenkort starten in Rotterdam. Bijna alle academische kinderziekenhuizen participeren in een wereldwijde langetermijnstudie (DEVELOP), waarbij 6.000 patiënten met IBD (vóór de leeftijd van 18 jaar gediagnosticeerd) gedurende twintig jaar worden gevolgd op bijwerkingen van immuunsuppressie en/of biologicals. Wanneer 60% van onze patiënten door de MDL-arts worden gezien, gaat dit een stuk moeilijker!

Hankje Escher, kinderarts-MDL
Erasmus MC–Sophia, Rotterdam
j.escher@erasmusmc.nl

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



CHRONISCHE BUIKKLACHTEN BIJ KINDEREN

Negen poliklinieken onderzoeken effectiviteit hypnotherapie met cd

ZonMw heeft de groep van Marc Benninga (AMC/Emma Kinderziekenhuis) een grote subsidie toegekend voor nader onderzoek naar de toepassing van hypnotherapie bij kinderen met onverklaarbare chronische buikklachten. Hieraan doen 260 kinderen mee: verreweg de grootste groep waarbij hypnotherapie ooit is getest.

In het 'kindermotiliteitslab' van het Emma Kinderziekenhuis doet Marc Benninga met zijn groep sinds 1990 onderzoek naar darmproblemen bij kinderen. In 2009 onderzocht hij, samen met kinderarts Arine Vlieger van het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein, de effectiviteit van hypnose bij kinderen met chronische buikpijn waarvoor geen lichamelijke oorzaak kan worden gevonden. Voor deze aandoening bestaat tot de dag van vandaag nog geen medicatie. Benninga en Vlieger lieten zich voor hun studie inspireren door Peter Whorwell. Deze Britse gastro-enteroloog heeft inmiddels meer dan tweehonderd publicaties op zijn naam staan over hypnotherapie bij volwassenen met het prikkelbare-darmsyndroom (PDS).

Blijvend effect

"Onze studie telde 52 deelnemers, die we in twee groepen opsplitten", aldus Benninga. "De ene helft volgde zes sessies van een half uur met hypnotherapie, de andere helft kreeg een consult bij de kinderarts dat even lang duurde. De hypnotherapiesessies

bestonden uit concentratieoefeningen en oefeningen op het gebied van visualisatie, ego-versterking en ademhaling. Van de kinderen die de hypnotherapie hadden gevolgd, meldde na afloop 85% een verlaging van de pijnscore van minstens 80%. De kinderen die door de kinderartsen waren behandeld, scoorden 25%." Vijf jaar na de start van hun eerste sessie vroegen Benninga en Vlieger de kinderen opnieuw mee te doen en een buikpijndagboek bij te houden. Dit voorjaar publiceerden zij de resultaten in *The American Journal of Gastroenterology*. "Wij hadden verwacht dat het effect van de hypnotherapie snel zou zijn verdwenen. Dat bleek niet het geval. De successcore bedroeg na 4,8 jaar nog steeds 68%. Bij de controlegroep zakte het succespercentage naar 20%.

Fantasia-studie

Onder meer deze resultaten leidden ertoe dat ZonMw twee substantiële subsidies toekende voor twee hypnotherapieonderzoeken. Het eerste onderzoek betreft de zogenoemde Fantasia-studie die plaatsheeft op de poliklinieken Kindergeneeskunde van negen ziekenhuizen in Nederland. De studie vergelijkt twee behandelmethoden bij kinderen met chronische buikpijn in de leeftijd van 8–18 jaar: één door een hypnotherapeut in de kliniek, één met behulp van een cd thuis. Benninga: "Bij een kleine studie in de VS met 70 kinderen leidden hypnotherapeutische oefeningen met behulp van een cd bij 70% van de kinderen tot een significante afname van de buikpijnklachten. We hebben hieruit geconcludeerd dat deze 'cd-therapie' mogelijk net zo effectief is als een therapeut. Dat onderzoeken we nu in de Fantasia-studie. Honderddertig

kinderen krijgen een behandeling door een hypnotherapeut. Hetzelfde aantal doet de therapie met de cd. We verwachten de studie over ruim een jaar af te ronden. Als inderdaad blijkt dat thuisbehandeling met een cd minstens even effectief is als een 'live' behandeling, scheelt dat een hoop geld. Behandeling door een therapeut kost zeshonderd euro voor zes sessies van een half uur. Een cd kost vijftig eurocent. Nederland telt ongeveer 100.000 kinderen met onverklaarbare chronische buikklachten. Als we de cd-therapie kunnen inzetten, scheelt dat miljoenen aan laboratoriumkosten en bijna zestig miljoen aan therapiekosten."

Dankzij de subsidie van ZonMw kunnen de onderzoekers deze doelmatigheidsstudie zeer grondig aanpakken. Benninga: "In de Fantasia-studie kunnen we werkelijk alles meenemen: van schoolverzuim en kwaliteit van leven tot depressiescores. We kijken ook naar de ontlasting van de kinderen. We doen het onderzoek in negen verschillende ziekenhuizen met negen verschillende therapeuten. Daardoor worden de resultaten niet beïnvloed door de kwaliteiten van de individuele therapeut."

HIPI-studie

De tweede subsidie die ZonMw heeft toegekend, betreft onderzoek naar de effectiviteit van hypnotherapie in de behandeling van volwassenen met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. "Zo'n 30–50% van de mensen met deze aandoeningen die in remissie zijn, blijkt nog steeds buikklachten te hebben", vertelt Benninga. "Volgens de gastro-enterologen gaat het om IBS-klachten. Als dat zo is, dachten wij, dan moeten die IBS-

Tom heeft teugels weer in handen

Tom (17) heeft al zes jaar last van buikpijn, obstipatie en vermoeidheid. Hij slaapt ongeveer drie uur per nacht. Tom is bij diverse (kinder)artsen geweest en krijgt uiteindelijk, na een ziekenhuisopname ter observatie, de diagnose PDS. Sinds een jaar gaat hij niet meer naar school.

Tom heeft een aan autisme verwante stoornis waarvoor hij lange tijd uitgebreid is begeleid. Zijn ouders begeleiden hem met bewonderenswaardig veel geduld, aandacht en creativiteit. Tom is gek op computers.

In het eerste hypnoseconsult leert hij de buikademhaling en bijbehorende gedachten om zichzelf tot rust te kunnen brengen. Vervolgens laat ik hem in trance de hersenen voorstellen als computer. Tom doorzoekt de documenten en mappen om te kijken wat er in de prullenbak kan. Ik vraag hem met een virusscanner de hersen-pc op te schonen en een speciale map voor gezondheid te maken. Hij maakt deze map groen en stopt er onder andere beweging in. Hij doet al een jaar niets meer aan sport en is 8 kg aangekomen. Tom maakt ook een speciale slaapmap en een map om zijn gedachten te ordenen.

Tom krijgt van mij als huiswerk om halve dagen naar school te gaan en overdag (ook op school) regelmatig de ademhalingsoefening te doen, een week lang geen televisie te kijken na 8 uur, rond 10 uur in bed wat muziek luisteren en dan een oefening van de cd te beluisteren en zelfhypnose te doen.

Bij het tweede consult vertelt Tom dat hij 's nachts nu 5 à 6 uur slaapt en zich rustiger voelt. Hij heeft veel met de computermetafoer geoefend. Als ik hem vraag in trance naar een favoriete plek te gaan, vertelt hij bij de autismevereniging een koetsiersopleiding te hebben gedaan. In gedachten rijdt hij nu met een koets met twee bruine paarden. Ik maak dankbaar gebruik van deze prachtige metafoer en zeg dat hij de teugels stevig in handen heeft, hij bepaalt waar hij naartoe



Zó ziet Tom's reis door zijn darmen eruit (tekening Tom).

rijdt, het tempo, hij zit stevig op de bok, geluid van de paardenhoeven et cetera.

Op mijn vraag of hij zich kan voorstellen dat hij met dit rijtuig door zijn darmen rijdt om het daar goed, prettig en gezond te maken, gaat hij daar onmiddellijk mee aan de slag. Hij heeft de teugels weer in handen! Tom is in totaal vijf keer geweest en slaapt nu weer goed, heeft energie, vrijwel geen buikpijn meer en is inmiddels geslaagd voor het vmbo. Hij gebruikt zijn zelfhypnose zodra hij merkt dat het nodig is.

Carla Frankenhuis
hypnotherapeute

klachten toch ook met hypnotherapie te behandelen zijn? In onze HIPI-studie – HIPI staat voor ‘Hypnotherapie voor IBS bij patiënten met IBD bij remissie’ – randomiseren we de patiënten voor hypnotherapie dan wel de bestaande standaardtherapie voor IBS. We kijken of we bij deze bijzondere groep patiënten de buikpijn kunnen verminderen en of we kunnen bewerkstelligen dat zij minder relapsen krijgen van hun

ziekte. We zijn de studie in juli gestart. We hopen deze binnen een jaar af te ronden, maar dat hangt ook af van de patiënten die wij hiervoor kunnen krijgen. Dat blijkt nog niet zo gemakkelijk, ook al hebben we er maar tachtig nodig.”

“De Fantasia-studie en de HIPI-studie zullen ons veel leren over de effectiviteit van hypnotherapie. Waaróm hypnotherapie

precies werkt, weten we niet. De mechanismen zijn onbekend. Dát het werkt bij volwassenen, heeft Peter Whorwell aangetoond. En dat het werkt bij kinderen, zien wij dagelijks in onze eigen praktijk: bij kinderen met onder meer onverklaarbare misselijkheid, bovenbuikse klachten en eetfobieën. We bereiken echt fantastische resultaten, vaak bij kinderen die al veel andere therapeutische behandelingen hebben ondergaan.”

Nieuwe DOT-structuur voor kinder-MDL

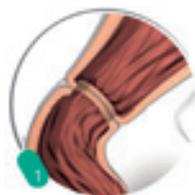
Op 15 november jongstleden heeft de minister van VWS de nieuwe DOT-structuur voor MDL-behandelingen, waaronder die van kinderen, formeel bekrachtigd. Kinder-MDL-arts Roderick Houwen (Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht) was nauw bij het ontwerp van die structuur betrokken.

De DOT-structuur voor kindergeneeskunde kende een aantal problemen, aldus Houwen, afdelingshoofd Kinder-MDL van het UMC Utrecht en van begin 2008 tot april 2012 ook voorzitter van de sectie kinder-MDL van de NVK en NVGE. "Het overgrote deel van de ingewikkelde zorg wordt uitgeoefend in academi-

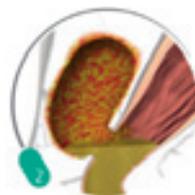
sche ziekenhuizen en enkele grote topreferente ziekenhuizen. De DOT-structuur was daarentegen vooral toegesneden op de niet-academische zorg. Als kinder-MDL-artsen kampten we onder meer met het probleem dat bepaalde typen zorg waren geclusterd. Coeliakie zat bijvoorbeeld in één cluster samen met inflammatoire darmziek-

ten, met voor beide hetzelfde tarief. Dat was goed toegesneden op coeliakiezorg, maar niet op de zorg voor patiënten met Crohn en colitis. De mogelijkheid een behandeling met biologicals op enige wijze te verdisconteren bestond ook niet. Dezelfde problemen kwamen ook voor in andere deelgebieden van de kindergeneeskunde. Het bestuur van de NVK heeft daarom, samen met de leerstoelhouders kindergeneeskunde, aan VWS gevraagd of ze een betere structuur voor de kindergeneeskunde, inclusief de MDL, mochten ontwerpen. Dit werd akkoord bevonden, en de NVK heeft mij toen gevraagd dat op poten

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



Anastomose



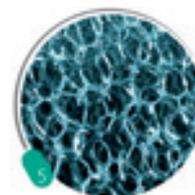
De naadlekkage met lokale infectie in het kleine bekken



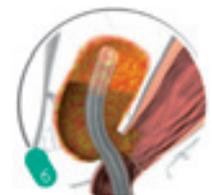
Diagnose stellen via flexibele endoscoop



De Endo-SPONGE® kan op maat worden geknipt



Polyurethane spons



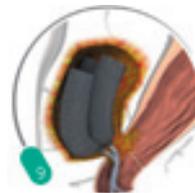
De tube gaat over de endoscoop en wordt in de holte gebracht



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



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



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



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



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



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



Kinder-MDL-arts
Roderick Houwen:
“Een ingewikkelde zorg-activiteit is bijvoorbeeld een colonoscopie bij een klein kind, met name omdat deze onder narcose plaatsvindt.”

te zetten, samen met een paar mensen van DBC-Onderhoud en met steun van een beleidsmedewerker van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.”

Onderscheidende zorgproducten

“Het eerste dat we hebben gedaan, is onderscheidende zorgactiviteiten definiëren. Daarbij konden we voor de kinder-MDL kijken naar de structuur zoals die ook bestaat voor volwassenen. En net als bij de MDL voor volwassenen hebben we onderscheid gemaakt tussen ingewikkelde en minder ingewikkelde zorgactiviteiten. Voor ons is een ingewikkelde zorgactiviteit bijvoorbeeld een colonoscopie bij een klein kind, met name omdat deze onder narcose plaatsvindt. Ook vergt begeleiding van ouders en kind meer tijd dan bij volwassenen. Tot de niet-ingewikkelde activiteiten rekenen wij, net als bij volwassenen, bijvoorbeeld de waterstof-ademtest en pH-metrie.

Maart dit jaar hadden we deze nieuwe DOT-structuur afgerond. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft daar in augustus de prijzen aan gehangen. Op 15 november heeft de minister de structuur bekrachtigd. Vanaf 1 januari 2013 gaan we ermee

werken. We zijn blij dat we binnen deze nieuwe structuur straks patiënten met een ingewikkeld ziektebeeld op basis van objectieve criteria kunnen onderscheiden van niet-ingewikkelde patiënten. Mooi is ook

dat zowel academische ziekenhuizen, grote topreferente ziekenhuizen als de kleinere ziekenhuizen van dezelfde beslisboom gebruik kunnen maken.”

DOT-boom kindergeneeskunde



De kinder-MDL-DOT-structuur voor coeliakie & IBD onderscheidt op basis van zorgactiviteiten (complex en gewoon) ingewikkelde en niet-ingewikkelde zorg. Het schema toont de oude kinder-MDL-DOT-structuur voor coeliakie & IBD (rood) en de nieuwe (rood en oranje). De toediening van biologicals vormt een apart zorgproduct.

PENTAX

MEDICAL

Excellence in focus

Duidelijk. Eenvoud. Onderscheidend.

Toonaangevend & leidend in flexibele HD Endoscopie

Wat is het meest belangrijke aspect van endoscopie?
U wilt afwijkingen zo snel mogelijk opsporen en definiëren!

Het antwoord is dus: Detectie & Karakterisatie.

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



PENTAX Nederland B.V.

4822 NK Breda - Nederland

Tel : 076 - 531 30 31

Fax : 076 - 531 30 00

E-mail: lifecare@pentax.nl

www.pentaxmedical.com

PENTAX

Onderzoek naar rol intestinaal microbioom bij kinderen

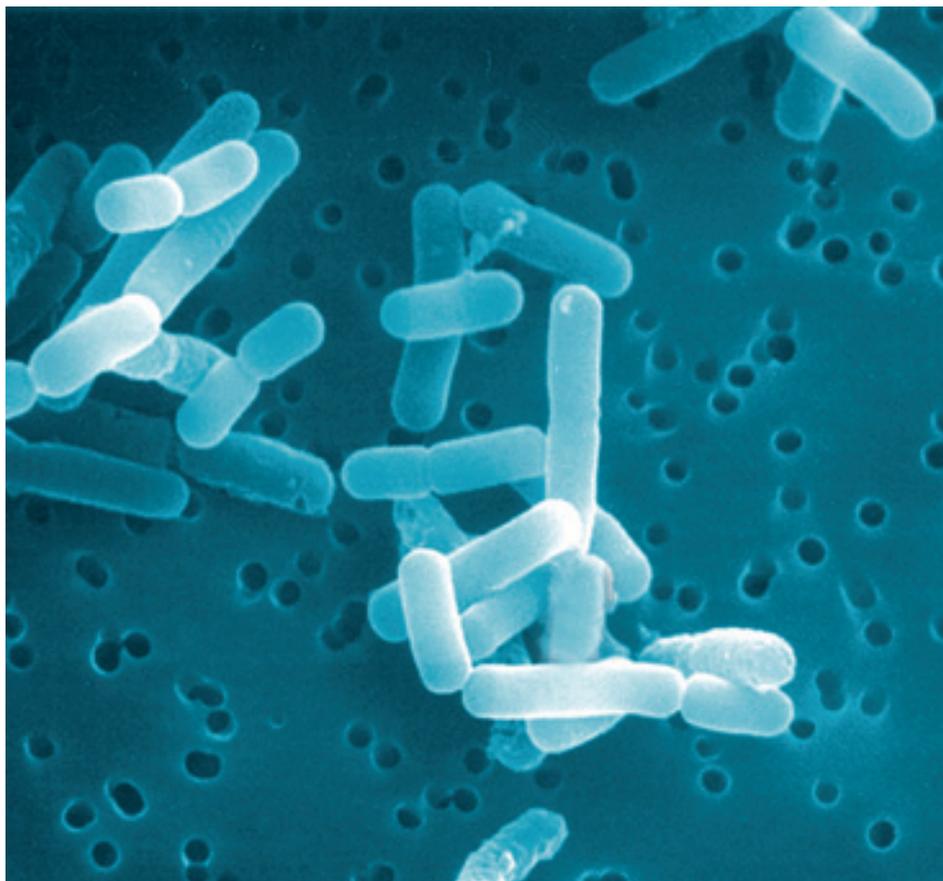
In en op het menselijk lichaam bevinden zich biljarden bacteriën, het tienvoudige van het aantal humane cellen. Het leeuwendeel hiervan bevindt zich in de darm, voornamelijk in het colon. Met de klassieke kweekmethoden is maar een fractie van alle in de darm aanwezige soorten bacteriën aantoonbaar. De opkomst van op DNA en RNA gebaseerde technieken heeft er de afgelopen decennia toe geleid dat de deksel van deze zwarte doos geleidelijk aan is geopend. Hoewel nog veel onduidelijk is over de samenstelling en precieze functie van het intestinale microbioom, staat inmiddels wel vast dat dit een essentiële rol speelt bij het behoud van gezondheid. Het microbioom heeft een belangrijke plaats in de spijsvertering, het is in staat vitamines te produceren en beschermt de gastheer tegen infecties. Anderzijds speelt verstoring van de samenstelling van het microbioom een rol bij het ontstaan van een breed scala aan ziekten, waaronder inflammatoire darmziekten (IBD), prikkelbaredarmsyndroom, obesitas en darmkanker. Het mechanisme waardoor verstoring van de microbiële balans tot ziekte leidt, is nog grotendeels onopgehelderd.

De afdeling kinder-MDL van het VU medisch centrum doet samen met de afdelingen MDL en medische microbiologie onderzoek naar de rol van het intestinale microbioom bij het ontstaan van chronische darmziekten bij kinderen, zoals coeliakie, IBD en obstipatie. Om een goede uitspraak te kunnen doen over de rol bij ziekte is helder inzicht in samenstelling, diversiteit en stabiliteit van het microbioom van gezonde kinderen noodzakelijk. Daarom is eerst een database aangelegd met gegevens van een grote groep gezonde kinderen. Analyse van het complexe intestinale microbioom vindt plaats met IS-pro. Dit is een recent ontwik-

kelde techniek die op snelle, reproduceerbare wijze een volledig overzicht geeft van de in het microbioom vertegenwoordigde bacteriën.

Een onderzoek naar de mogelijke rol van dunnedarmbacteriën bij kinderen met coeliakie is onlangs afgerond. In meerdere studies wordt namelijk een rol toegekend aan darmbacteriën in de pathogenese van coeliakie. Hierbij is echter steeds vooral gekeken naar de bacteriesamenstelling van de ontlasting, die vrijwel zeker geen goede afspiegeling is van wat zich in de dunne darm afspeelt. De verschillende technieken maken vergelijking van de studieresultaten

bovendien niet goed mogelijk. Wij hebben bij kinderen met nieuw gediagnosticeerde coeliakie met IS-pro gekeken naar de samenstelling en diversiteit van bacteriën op de mucosa van de dunne darm en die vergeleken met die van kinderen zonder coeliakie. In tegenstelling tot veel eerdere onderzoeken vonden wij geen noemenswaardige verschillen tussen beide groepen wat betreft samenstelling en diversiteit. In de pathogenese van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn speelt het microbioom vermoedelijk wel een belangrijke rol. Beter inzicht hierin kan in de toekomst hopelijk leiden tot een sprong voorwaarts in de behandeling van IBD.



Lactobacillus reuteri, een veel voorkomende bacterie in de dunne darm.

*Add-on
nu beschikbaar!*



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

*Nu opgenomen in de
ECCO-richtlijnen
voor colitis ulcerosa*

HUMIRA[®]
adalimumab

Over lastige latente ‘laxantia’

De kosten van chronische obstipatie zijn hoog. In de eerste plaats voor de patiënten zelf: zij ‘betalen’ ervoor in de vorm van een afname van hun levenskwaliteit. Maar ook de maatschappelijke kosten – verminderde deelname aan het maatschappelijk leven, verhoogd ziekteverzuim of zelfs volledige arbeidsongeschiktheid – liegen er niet om. Juist daarom zouden de middelen voor de moeilijkst te behandelen obstipatiepatiënten gekoesterd moeten worden. Een pleidooi voor twee van deze nieuwe laxantia, eigenlijk *prokinetica*.

Prucalopride

Prucalopride (Resolor®) is een zeer selectieve 5-HT₄-receptoragonist die in 2009 door de EMA officieel is geregistreerd voor ‘Behandeling van chronische obstipatie bij vrouwen die onvoldoende baat hebben bij bestaande behandeling met laxeremiddelen’. Het is daarmee, sinds het verdwijnen van cisapride in 2004, het enige echte *prokineticum* waarover wij kunnen beschikken. De werking berust op de activering van de serotoninereceptor, die op zijn beurt acetylcholine vrijmaakt waardoor het gladde spierweefsel in vooral het colon wordt geactiveerd. Het middel kan worden voorgeschreven, maar er is geen vergoeding voor. Ondanks de grote effectiviteit van het middel is de dagprijs van € 3,16 voor een 2mg-tablet voor veel patiënten toch een (te grote) belemmering.

De Farmacotherapie Commissie (FTC) van de NVMDL beijvert zich momenteel om bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) toch een vergoeding voor prucalopride mogelijk te maken. De Commissie Farmaceutische Hulpmiddelen (CFH) van CVZ heeft om triviale redenen voorlopig een negatief advies (‘geen therapeutische meerwaarde’) afgegeven. Wij bestrijden deze visie en wijzen op de ernst van onbehandelbare obstipatie en de slechte kwaliteit van

leven die deze therapie-refractaire patiënten hebben. Laten we hopen dat men in dit dossier tot voortschrijdend inzicht mag geraken.

Linaclotide

Het blijft tobben met obstipatie en IBS-obstipatie. Daarom is het plezierig te weten dat afgelopen september linaclotide (*Constella*®), een ander *prokineticum*, is goedgekeurd door de EMA (European Science Agency). Eerder dit jaar was er al FDA-goedkeuring gegeven en de verwachting is dat eind dit jaar linaclotide in de VS beschikbaar is en vermoedelijk wat later in Europa.

Het betreft capsules met 290 microgram linaclotide. Het is een GuanylateCyclase-C receptoragonist (GCCA) met viscerale en secretoire activiteit. De werking betreft vermindering van de viscerale pijn en verbetering van de obstipatie. Als bijwerking wordt diarree genoemd.

Voor een aandoening waarvoor weinig therapie voorhanden is, lijkt dit een welkome aanvulling. Echter, uit een recent gepubliceerde studie is het *number to treat* een zeven (*Rao et al., Am J Gastroenterol 2012, sept e-Pub*) en gemiddeld is er een 11–20% verschil in verbetering van pijn ten opzichte van placebo in drie gerandomiseerde studies (*Quigley et al., Aliment Pharmacol Therap 2012, nov e-Pub*). Ook hier zal de indicatie voor vergoeding vermoedelijk komen te liggen bij moeilijk te behandelen patiënten en niet als eerstelijnsmedicatie voor obstipatie en IBS.

Voorlopig zal de firma Almirall zich gaan bezighouden met de vergoeding in Nederland, wat gezien de nog steeds niet geklaarde klus voor prucalopride, niet eenvoudig zal zijn. We houden moed, net als onze patiënten!

Marten Otten, Voorzitter Farmacotherapie Commissie
Richelle Felt-Bersma, MDL-arts, VUmc

NIEUWS

Uniek en ontroerend filmmateriaal ‘De Colitis Collectie’

Zeven vrouwen en een man met colitis ulcerosa kregen een filmtraining van een professionele filmmaakster en gingen vervolgens zelf aan de slag. Via hun videodagboek laten zij zien hoe het is om te leven met de chronische darmziekte colitis ulcerosa. Zij zijn hoofdpersoon én cameraman, wat de beelden uniek en onuitwisbaar maakt. De *vlogs* zijn niet bedacht, niet geregisseerd volgens een script, maar echte werkelijkheid. Soms ruw, soms grappig, soms verdrietig. Ook de gevolgen voor partner, familie, vrienden en collega's komen aan bod.

Première

Op 13 oktober ging ‘De Colitis Collectie’ in première in Podium Mozaïek te Amsterdam. Vanaf nu zullen er elke maand nieuwe *vlogs* te zien zijn op www.colitiscollectie.nl. ‘De Colitis Collectie’ is een samenwerkingsproject van CCUVN, Volle Maan, Abbott en Dr. Falk Pharma.

WINST MET VICTRELIS*



Toevoeging van VICTRELIS aan SOC biedt:

- Aanzienlijke verhoging van de SVR³
- Manageable bijwerkingenprofiel^{1,2}
- Flexibiliteit^{1,2}

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

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

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



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

VICTRELIS[®]
boceprevir, MSD

MDL-TRANSFERS

Noorden en Oosten

Andries van der Linden (VUmc) start 1 april als 4^e MDL-arts in Almelo. Rijnstate in Arnhem praat met kandidaten voor de 10^e MDL-arts met specifieke kennis van en voor CRC-screening. Hans Lubbinge start op 1-1-2013 in Heerenveen. Voor de CRC-screening in 2013 is extra MDL-stoetkracht in Friesland nodig. Leeuwarden zoekt dringend mensen. Winterswijk wil zijn 1^e MDL-arts aantrekken: voor de CRC-screening én als regulaire uitbreiding.

Zuiden

Den Bosch doet zijn best en praat met kandidaten. Tilburg mag fuseren van de NMA, de MDL mag extra groeien van 6 naar 8 fte. In het zuiden solliciteerden 7 kandidaten op de vacature regionaal coördinator CRC-screening, 4 vielen direct af.

Westen

In het AVL start Wieke Verbeek (VUmc) als 4^e digestief oncoloog. Het VUmc zoekt een interventie-endoscopist en een hepatoloog. Jochim Terhaar sive Droste (VUmc) start medio 2013 na opleiding in Antwerpen en AVL als digestief oncoloog in het VUmc. Akin Inderson (LUMC) blijft voor de lever en hepatobiliaire interventies, een prachtige combinatie van doen en denken. Daarnaast verschijnt in Leiden een advertentie voor 2 MDL-artsen, één voor IBD en één voor de CRC. De CRC-screening creëert hiervoor geld.

Algemeen

Er zijn nu 395 MDL-artsen, van wie 381 lid van de NVMDL. Het lijkt erop dat de regionaal coördinatoren MDL worden aangenomen als ze het RIVM-beleid volledig ondersteunen, kritiek ligt zeer gevoelig. Heel veel ziekenhuizen zoeken dringend versterking, de CRC-screening valt zwaar op de maag.

OPLEIDING

Champagne voor diagnose FMF

Op 19 september jongstleden heeft Jaap Kloek, AIOS MDL, in aanwezigheid van zijn opleider professor Beuers een fles champagne in ontvangst genomen uit handen

Lees verder op pagina 133.



Joost Drenth (rechts) overhandigt een fles Franse champagne aan Jaap Kloek (midden). Ulrich Beuers (links) ziet erop toe.

COLUMN



BART ELSMAN

SINTERKLAAS: CHOCOLA GRAAG!

Vroeger, en dan bedoel ik de jaren zeventig, toen we nog niet beschikten over zuurremmende medicatie, bestookten we patiënten met refluxklachten met een uitgebreid palet van niet-medicamenteuze maatregelen.

Bij elke patiënt met zuurbranden werd het hoofdeinde van het bed met klossen omhoog gebracht, wat leidde tot slaapstoornissen en ernstige relatieproblemen. Op de spreekkamer gaf ik de patiënt bukinstructie: ik gooide mijn sleutelbos op de grond en vroeg hem of haar die op te rapen. Vrijwel altijd deed de patiënt dat door voorover te bukken. Ik riep dan luid "nee, zo niet", kwam achter mijn bureau vandaan en demonstreerde hoe de sleutelbos moest worden opgeraapt: rechtop en diep door de knieën. Dat lukte de meeste oudere patiënten niet. Sommigen vielen zelfs achterover op de grond! Naast deze houdingsmaatregelen verboden we de patiënten veel. Natuurlijk mochten ze geen roken en geen koffie of alcohol gebruiken. Ook chocola en pepermunt werden verboden. Helemaal fout was het om direct na het diner met een after eight op de bank te gaan liggen. Waarom geen chocola? Alleen maar omdat ooit een LES-drukverlaging na chocola was gevonden bij manometrie bij gezonde vrijwilligers. Hebben wij patiënten geschaad met dit chocoladeverbod? Daar lijkt het nu wel op. Er zijn sterke aanwijzingen, dat dagelijkse consumptie van pure chocola in belangrijke mate hart- en vaatziekten voorkomt door een bloeddruk- en cholesterolverlagend effect. Chocola verbetert cognitieve functies bij ouderen en vermindert de kans op dementie. Een recent in de NEJM gepubliceerd onderzoek laat een correlatie zien tussen de chocoladeconsumptie in een land en het aantal Nobellaureaten per tien miljoen inwoners. Hoeveel chocola moet je dan eten? Dat is nog niet duidelijk, maar ik neem nu dagelijks minstens 25 gram pure chocola per dag. Zo nu en dan wat zuurbranden neem ik op de koop toe.

NU OOK
IN NEDERLAND

Een nieuwe kijk op een schoon colon



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

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

Verkorte productinformatie

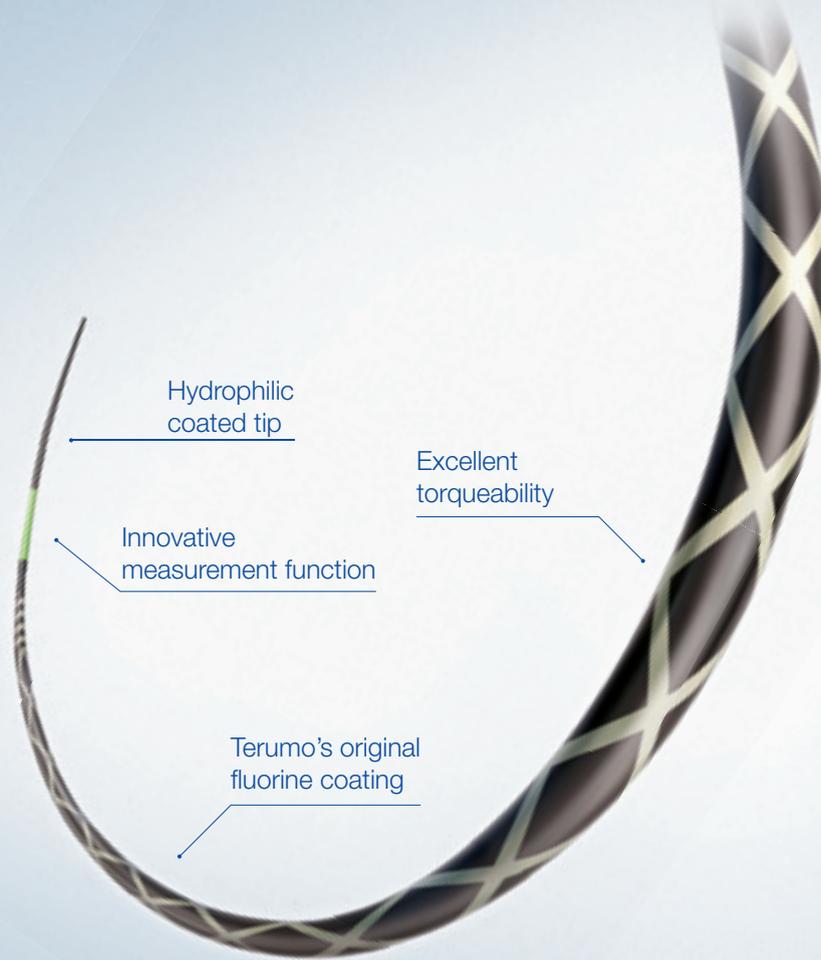
Naam van het geneesmiddel: PicoPrep. **Kwalitatieve en kwantitatieve samen-stelling:** natrium-picosulfaat 10 mg, magnesiumoxide, licht, 3,5 g, watervrij citroenzuur 12 g. **Farmaceutische vorm:** Poeder voor drank. **Therapeutische indicaties:** Om de darm te reinigen voorafgaand aan een röntgenologisch onderzoek of endoscopie of voorafgaand aan chirurgie wanneer dit klinisch noodzakelijk wordt geacht. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor één van de hulpstoffen, congestief hartfalen, maagretentie, gastro-intestinale ulceratie, toxische colitis, toxisch megacolon, ileus, misselijkheid en braken, acute abdominale aandoeningen die een operatie vergen zoals acute appendicitis, bekende of vermoede gastro-intestinale obstructies of perforaties, ernstige dehydratie, rhabdomyolyse, hypermagnesiëmie, actieve inflammatoire darmaandoening en bij patiënten met ernstig verminderde nierfunctie. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Darmreinigers dienen alleen te worden ingezet voor darmchirurgie als hier een duidelijke noodzaak voor is. Voorzichtigheid moet worden betracht bij recente gastro-intestinale chirurgie, een verminderde nierfunctie, een hartaandoening of inflammatoire darmaandoening en bij patiënten die geneesmiddelen gebruiken

die de water/elektrolyten-balans kunnen beïnvloeden. PicoPrep kan de absorptie van regelmatig voorgeschreven orale geneesmiddelen veranderen. Bij onvoldoende inname van water en elektrolyten kunnen er klinisch significante deficiënties ontstaan, met name bij minder fitte patiënten. Het is noodzakelijk direct corrigerende maatregelen te nemen om de vocht/elektrolyten-balans te herstellen indien zich signalen of symptomen van hyponatriëmie voordoen. De periode van darmreiniging dient niet langer dan 24 uur te duren. Dit geneesmiddel bevat lactose en 5 mmol (of 195 mg) kalium per sachet. PicoPrep moet niet worden gebruikt als gewoon laxans. **Bijwerkingen:** Vaak komen hoofdpijn, misselijkheid en proctalgie voor. Verder komen o.a. voor: overgevoeligheidsreacties, hyponatriëmie en hypo-kaliëmie, aftoedvormige zweren in het ileum, huiduitslag. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** augustus 2010.

FERRING
PHARMACEUTICALS



natrium picosulfaat + magnesium citraat
PICOPREP[®]
SCHOON met SMAAK



VISIGLIDE

Revolutionary ERCP guidewire design.

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

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

For more information, please visit www.olympus.nl



'IS THE GUT THE KEY TO OBESITY?'

THE INVOLVEMENT OF THE INTESTINE IN OBESITY, TYPE 2 DIABETES MELLITUS, AND FATTY LIVER DISEASE IN MAN

Froukje Verdam, Universiteit van Maastricht, 1 juni 2012



Uit dit proefschrift blijkt dat mensen met obesitas een specifieke darmflora hebben die gerelateerd is aan zowel verhoogde intestinale als systemische ontstekingsparameters. Panethcellen – cellen in de dunne darm die mede verantwoordelijk zijn voor de samenstelling van de darmflora – bevatten bij obese mensen

bovendien minder antimicrobiële eiwitten, hetgeen de karakteristieke darmflora zou kunnen verklaren.

Verdere aanwijzingen voor de betrokkenheid van de darm werden gevonden bij patiënten met non-alcoholische steatohepatitis (NASH). Plasmaconcentraties van antilichamen tegen bacteriële producten (endotoxinen) bleken verhoogd bij mensen met NASH. Omdat de histologische beoordeling van een leverbiopt nog steeds essentieel is voor het diagnosticeren van NASH, toetsen we de meerwaarde van een nieuwe ademtest, die de aan- en afwezigheid van NASH nauwkeurig bleek te kunnen voorspellen. Tot slot bleken er ook darmgerelateerde verschillen tussen mensen met en zonder T2DM. T2DM-patiënten lieten meer enterocyten en een toegenomen celverlies zien, wat wijst op een toegenomen enterocytiaanmaak en *-turnover*. Deze bevindingen dragen

mogelijk bij aan de verhoogde postprandiale glucosespiegels bij T2DM.

Concluderend benadrukken deze studies dat darmgerelateerde factoren een rol spelen bij overgewicht, NASH en T2DM. Het is relevant om te onderzoeken of het beïnvloeden van deze factoren, zoals het optimaliseren van darmflora, therapeutisch effectief is.

Curriculum vitae

Froukje Verdam (Amsterdam, 12 oktober 1979) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na haar artsexamen in 2005 werkte zij voor de Koninklijke Nederlandse Voetbalbond en als arts-assistent niet-in-opleiding (ANIOS) chirurgie in het Amphia Ziekenhuis. In december 2007 startte ze met dit promotieonderzoek op de afdeling algemene heelkunde in het Academisch Ziekenhuis te Maastricht, onder leiding van dr. S.S. Rensen, prof. dr. W.A. Buurman en prof. dr. J.W. Greve. Het onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van bijna 200 vrijwilligers alsmede de financiële steun van de Transnationale Universiteit Limburg, een samenwerkingsverband tussen de Universiteit van Maastricht en de Universiteit Hasselt.

Het proefschrift is te verkrijgen via
f.verdam@maastrichtuniversity.nl.

NEUROPSYCHIATRIC AND OTHER SIDE EFFECTS OF PEGINTERFERON-BASED THERAPY OF CHRONIC HEPATITIS C INFECTION

Geert Bezemer, Erasmus Universiteit Rotterdam, 20 juni 2012



PEG-interferon veroorzaakt frequent psychiatrische klachten bij patiënten met een chronische hepatitis-C-infectie. Een placebogecontroleerde studie in dit proefschrift laat zien dat individuele klachten van somberheid, agressie en gespannenheid, maar ook van een depressief syndroom grotendeels worden voorkomen door

profy lactisch een SSRI (escitalopram) toe te voegen vanaf de start van de behandeling met PEG-interferon en ribavirine. Aanvullende analyses laten zien dat psychiatrische klachten vooral optreden bij ex-druggebruikers die in het verleden al een depressie doormaakten. Juist in deze groep patiënten is de profylaxe zinvol. Veranderingen in perifeer bloed van onder andere essentiële aminozuren door PEG-interferon weerspiegelen niet alleen

beïnvloeding van de serotoninesynthese in de hersenen, maar ook die van dopamine en noradrenaline.

Correlaties tussen deze veranderingen en het optreden van psychische klachten zijn beperkt. Gezien de mogelijke teratogene werking van ribavirine (en PEG-interferon) is anticonceptie verplicht tijdens én een aantal maanden na de antivirale therapie. Behandeling met deze middelen leidde echter niet tot meer afwijkingen in het sperma van mannen met hepatitis C, in het bijzonder niet in de DNA-fragmentatie-index. Wel komen afwijkingen in het sperma al vóór de start met de behandeling frequent voor, met name bij de mannen die methadon of antipsychotica gebruiken. Tot slot kwam in een studie naar kwaliteit van leven naar voren, dat patiënten in het algemeen volledig herstellen van hun behandeling met PEG-interferon.

Lees verder op pagina 137.

Curriculum vitae

Geert Bezemer (Hendrik-Ido-Ambacht, 1978) studeerde geneeskunde aan de universiteit van Antwerpen en Rotterdam (1996–2003). Na één jaar arts-assistentchap psychiatrie en inwendige geneeskunde startte hij zijn promotieonderzoek bij de afdeling

MDL (prof. dr. H.L.A. Janssen en dr. R.J. de Knecht) in samenwerking met de afdeling Psychiatrie (prof. dr. M.J. Hengeveld en dr. A.R. van Gool) van het Erasmus MC. In december 2013 hoopt Geert zijn opleiding tot MDL-arts af te ronden.
Het proefschrift is te verkrijgen via g.bezemer@erasmusmc.nl.

CHALLENGING DOGMAS IN PANCREATIC SURGERY

Niels Anthony van der Gaag, 26 oktober 2012, Universiteit van Amsterdam



Patiënten met een pancreaskop-tumor ontwikkelen vaak obstructie-icterus, met als gevolg een verslechtering van lichamelijke conditie, verstoring van de leverwerking en een veranderde stollingsstatus. Breed geaccepteerd was het uitvoeren van preoperatieve galwegdrainage om deze negatieve gevolgen van obstructie-icterus te behandelen en postoperatieve

complicaties te reduceren. Anders dan altijd aangenomen levert preoperatieve galwegdrainage echter geen voordeel op. In een gerandomiseerde trial (DROP-studie) bleek het aantal postoperatieve complicaties na preoperatieve galwegdrainage niet verschillend van een directe operatiestrategie zonder voorafgaande galwegdrainage. Bovendien ontwikkelde bijna 50% van de patiënten één of meerdere complicaties gerelateerd aan de drainage. Hoewel galwegdrainage de icterus en de symptomen die hiermee samen-

hangen effectief behandelt, leidde dit niet tot een relevante verbetering in kwaliteit van leven. Een paradigmaverschuiving lijkt noodzakelijk voor patiënten met een pancreastumor en obstructie-icterus: geen preoperatieve galwegdrainage uitvoeren maar direct opereren. Andere aspecten van pancreaschirurgie in het proefschrift betreffen diagnostiek, prognose en chirurgische en patiëntgerapporteerde uitkomsten. Subsidie voor de DROP-studie werd verkregen bij ZonMw.

Curriculum vitae

Niels van der Gaag (Gouda, 1977) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na enige tijd als ANIOS te hebben gewerkt, startte hij het promotieonderzoek in 2006 op de afdeling chirurgie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (supervisie prof. dr. D.J. Gouma). Sinds 1 januari 2010 is hij in opleiding tot neurochirurg in de regio Leiden–Den Haag.
Het proefschrift is te verkrijgen via navandergaag@gmail.com.

LIFE AND DEATH AT THE MUCOSAL LUMINAL INTERFACE: A NEW PERSPECTIVE ON HUMAN INTESTINAL ISCHEMIA/REPERFUSION

Joep Grootjans, Universiteit van Maastricht, 2 november 2012



Darmischemie is een frequent voorkomende aandoening met hoge mortaliteit. Om meer inzicht te krijgen in de mechanismen die hieraan ten grondslag liggen, ontwikkelde onze onderzoeksgroep nieuwe humane darmischemie-reperfusie (IR)-modellen, waarmee wij voor het eerst in staat waren de pathofysiologie van humane

darm-IR te bestuderen. Wij ontdekten dat de dunne darm over ingenieuze mechanismes beschikt om schade aan de darmwand na korte periodes van IR te beperken.

Ook ontdekten wij dat langere ischemie met reperfusie gepaard gaat met sterfte van zogenaamde Panethcellen, een belangrijk onderdeel van de aangeboren afweer. Dit draagt bij aan de ontwikkeling van complicaties na darmischemie. Tot slot worden in

dit proefschrift de eerste resultaten beschreven van een nieuw ontwikkeld humaan colon-IR-model. Nu we meer inzicht hebben in de pathofysiologie van humane darm-IR is toekomstig onderzoek gericht op het ontwikkelen van preventieve en therapeutische strategieën om de mortaliteit van darm-IR te verlagen. De studies zijn deels gesubsidieerd door de MLDS.

Curriculum vitae

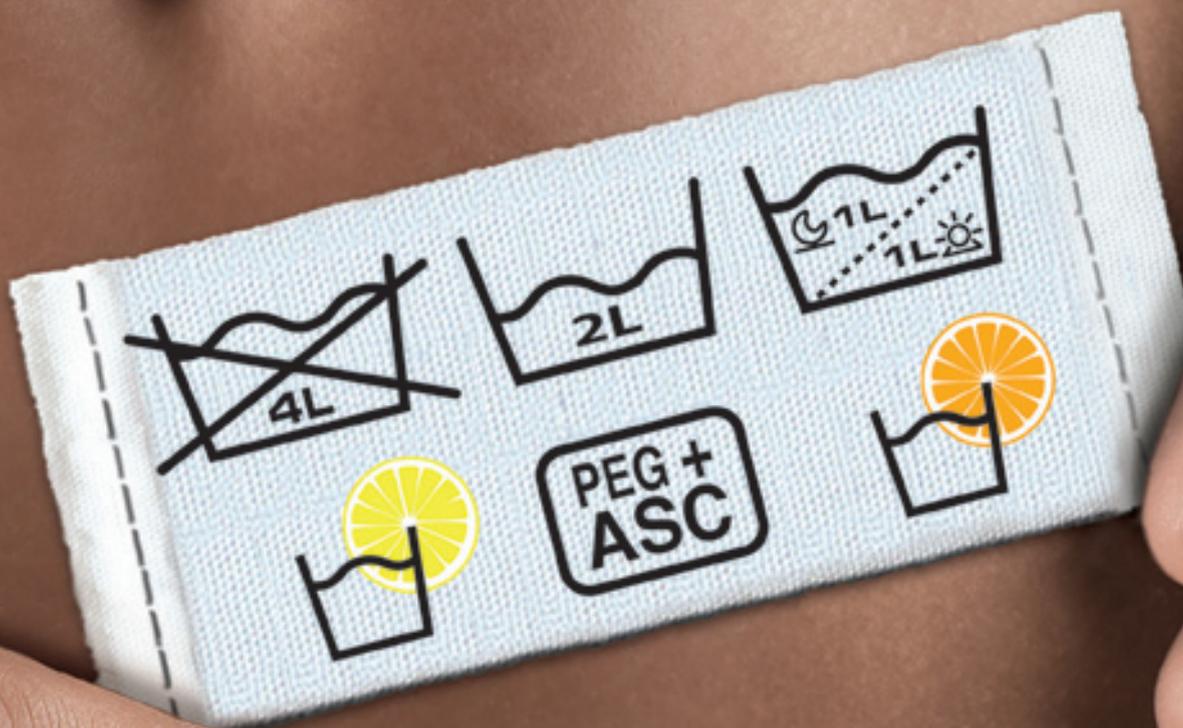
Joep Grootjans (Aishalton, Guyana, 1982) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht. Na het artsexamen in 2007 (cum laude) startte hij zijn promotieonderzoek bij de vakgroep chirurgie van de Universiteit van Maastricht, onder leiding van prof. dr. W.A. Buurman en prof. dr. C.H.C. Dejong. Op 1 april 2012 is hij gestart met zijn opleiding Maag-, Darm- en Leverziekten in de regio AMC Amsterdam.
Het proefschrift is te verkrijgen via joep.grootjans@slz.nl.

MOVIPREP[®]

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

4L efficacy. 2L compliance.¹

**Het meest gebruikte merk
ter wereld op het gebied van
darmvoorbereiding***



MOVIPREP[®] ORANGE

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

4L efficacy. 2L compliance.¹

* IMS data, Q2 2011

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

Dertig jaar lever- en darmtransplantaties in Beatrix Kinderziekenhuis

Dertig jaar geleden, op 24 november 1982, vond in het UMCG Beatrix Kinderziekenhuis de eerste levertransplantatie bij een kind plaats. Sindsdien heeft de transplantatie-geneeskunde voor kinderen (lever, darm en long) in Nederland zich daar geconcentreerd. Tussen het team in Groningen en de verwijzers in de rest van het land bestaat een nauwe samenwerking.

Het MDL-team van het Beatrix Kinderziekenhuis bespreekt de nieuwe patiënten die voor transplantatie in aanmerking komen, tweemaal per jaar met collega's elders in het land. Dat gebeurt tijdens de vergadering van de sectie Kinder-MDL. Ze geven dan ook een terugkoppeling over alle patiënten die al een transplantatie hebben ondergaan. "Dat loopt nu vijf jaar en daarmee hebben we de banden met de verwijzende kinder-MDL-artsen flink verstevigd", aldus René Scheenstra, hoofd kinder-MDL. "Ook hebben we in dezelfde periode twee cursussen georganiseerd: eerst voor de verwijzers naar ons centrum en afgelopen voorjaar voor kinder-MDL-artsen in opleiding. Verder hebben we richtlijnen gemaakt voor verwijzing van kinderen met galgangatresie. Deze inspanningen hebben ertoe geleid dat collega's patiënten in een vroeg stadium doorverwijzen voor kennismaking en voorbereiding op het verdere transplantatietraject.

In principe doen wij na transplantaties nog steeds zelf de instelling van de immuunsuppressie en de controle van de labwaarden. We zoeken nu naar een geschikte oplossing om die informatie toegankelijker te maken voor de verwijzende kinder-MDL-artsen."

Vijfentwintig levertransplantaties

Het Beatrix Kinderziekenhuis verricht jaar-

lijks twintig tot vijfentwintig levertransplantaties. Inmiddels hebben ruim driehonderd kinderen een nieuwe lever gekregen. Het aantal darmtransplantaties bij kinderen (sinds 2008) staat op vijf. Edmond Rings (kinderarts MDL): "Wij voeren levertransplantaties uit bij kinderen tot achttien jaar. Een grote groep is jonger dan vier jaar, de mediaan ligt rond de drie jaar. Dat komt vooral doordat vijftig procent van de kinderen als basislijden galgangatresie heeft; dat zijn kinderen die vaak al vóór het tweede jaar een levertransplantatie nodig hebben. Vijfentwintig procent van de kinderen heeft acuut leverfalen. Vaak krijgen ze al binnen 48 uur nadat ze in Groningen aankomen, een nieuw orgaan. De tienjaarsoverleving na levertransplantatie ligt bij ons, net als bij de andere Europese centra, rond de tachtig procent."

Darmrevalidatie

Kinder-MDL Groningen werkt ook nauw met andere centra samen voor behandeling

van kinderen die geen enterale voeding verdragen en afhankelijk zijn van parenterale voeding. Edmond Rings: "Wij hebben steeds tussen de tien tot twintig van deze kinderen in Nederland onder behandeling, in samenwerking met de thuis-TPN-teams van het AMC, St. Radboud en Sofia Kinderziekenhuis. Deze drie teams verwijzen kinderen naar ons voor transplantatie of revalidatie wanneer het ziektebeeld onomkeerbaar is en TPN niet langer een oplossing biedt. Revalidatie is een optie, wanneer na een ingrijpende operatie sprake is van een korte darm. Dit vindt plaats via een klinische opname van soms een jaar. Daarbij proberen we de resterende darm weer te laten functioneren, zodat de kinderen geen transplantatie hoeven te ondergaan. Samen met de drie centra voor thuis-TPN die ik net noemde, beheren we een online onderzoeksdatabase, DRIFT – Dutch Registry of Intestinal Failure and Transplantation. Daarmee volgen we de kinderen en bevorderen we hun tijdige verwijzing."



Kinder-MDL Nederland: verwijzers en behandelaren van kinderen met eindstadium darm- en leverfalen.

V.l.n.r.: Bart Koot, Michael Groeneweg, Zehre Yuksel, Rolf Pelleboer, Annemarie Oudshoorn, Marc Benninga (thuis-TPN team AMC), Edmond Rings (transplantatiecentrum UMCG), Luisa Mearin, Geert Wanten (thuis-TPN-team St. Radboud), Victorien Wolters, Freddy Kokke, Lissy de Ridder (thuis-TPN-team SKZ).

We zijn voor steeds meer indicaties bij IBD geregistreerd.¹

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

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

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



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