

JAN DEES: DOCTOR IN DE KUNSTGESCHIEDENIS 50 / KWALITEIT:
VISITATIE, ACCREDITATIE EN NASCHOLING 52 / SCREENEN OP
DARMKANKER 57 / DE KORTE KETEN 61 / GAAT NOTES HET
MAKEN? 62 / PROEFSCHRIFTEN 64 / CASUÏSTIEK 66



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 13 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2007

A blue fish-shaped object, possibly a medical model or a piece of art, is centered on a brown, circular plate. The fish has a white eye and a slightly open mouth. The plate has some faint, light-colored floral patterns. The background is dark and out of focus.

CAPACITEIT MDL-ZORG VRAAGT OM SALOMONSOORDEEL

Vlokatrofie of 'er is meer dan coeliakie'

Jan Dees gepromoveerd op Japanse lakkunst

‘lak (het; g.mv.) **1** bedrog, fopperij: *dat is maar lak, dat is allemaal lak a* dat is maar gekheid, dat zijn maar uitvluchten, b) dat heeft niets te betekenen; vgl verlakken **2** in de verb. *daar heb ik lak aan*, (gew.) *daar heb ik lik en lak aan*, daar maal ik niet om, daaraan stoor ik mij niet.

Zo luidt aldus de 14^e editie van de Dikke van Dale één van de betekenissen van het woord ‘lak’. Daarbij besteedt dezelfde Dikke ook aandacht aan het verlakken van artikelen, en noemt daarbij met name Chinees en Japans lakwerk. Op dit laatste terrein hebben wij in ons MDL-midden een internationaal expert in de persoon van Jan Dees.

Jan heeft een grote passie voor en expertise op het gebied van Japanse lakkunst, in het bijzonder uit de periode van 1880–1930. Hij geldt op dit gebied als een internationaal bekend expert. Hij heeft in de loop der jaren veel onderzoek gedaan; wordt regelmatig ingeschakeld door veilinghuizen en musea, en werkt mee aan het tot stand brengen van internationale tentoonstellingen.

Met enige regelmaat komen op de afdeling MDL van het Erasmus MC faxen binnen voor dr. Dees die afkomstig zijn van bijvoorbeeld een New Yorks veilinghuis of een Japanse conservator. Hoewel vele uren en vakanties aan deze tweede baan worden besteed, draagt Jan, zo is hij, nauwelijks uit onder directe collega’s. Dat Jan onderzoek deed, was bekend, maar niet dat dit leidde tot verscheidene internationale publicaties. Publiceren en promoveren was iets waaraan Jan *lik en lak* leek te hebben. Nog in februari grapte ik (Ernst Kuipers), dat het wel leek alsof Jan met een proefschrift bezig was, zo druk was hij achter de computer. Een lachbui volgde, zonder enige ontkenning. Tot een ieders verbazing lag er kort daarna een zeer fraai proefschrift op de bureaus. Jan is daarop gepromoveerd in de kunstgeschiedenis aan de Universiteit van Leiden. De promotie verliep zeer goed. De promovendus kreeg onder meer een kunststuk aangeboden ter beoordeling, waarbij het commissielid opperde dat het een stuk zou zijn van een vermaard schilder, iets wat Jan fijntjes corrigeerde (‘Ik begrijp dat de signatuur van de kunstenaar u op het verkeerde been heeft gezet, er waren vele kunstenaars met een gelijkende naam, maar dit is echt niet de door u bedoelde kunstenaar. Wat natuurlijk jammer is, want in dat geval zou u een zeer kostbaar kunstwerk in handen hebben gehad...’). Kortom, vanaf nu met recht *dr. Dees*, gepromoveerd kunstgeschiedkundige. Laten we hem uitnodigen om bijvoorbeeld op een najaarsvergadering een korte uiteenzetting te geven over zijn proefschrift... Uit de (lak-)kunst, Jan!

Ernst Kuipers en Jelle Haringsma (paranimfen)



Bijdragen welkom

De redactie van MAGMA stelt bijzonder veel prijs op bijdragen van een ieder die geïnteresseerd is in maag-darm-leverziekten. Zowel wetenschappelijke artikelen als casuïstische beschouwingen zijn welkom. Ook voor tips en suggesties voor te behandelen onderwerpen houdt de redactie zich aanbevolen. Wij nodigen u graag uit uw bijdrage te sturen naar het redactieadres (zie colofon).

Correspondenten academische centra:
 Academisch Medisch Centrum Amsterdam,
 Joep Bartelsman;
 VU medisch centrum,
 Elly Klinkenberg-Knol;
 Academisch Ziekenhuis Maastricht,
 Wim Hameeteman;
 UMC St. Radboud Nijmegen,
 Fokko Nagengast;
 Erasmus MC Rotterdam,
 Harry Janssen;
 Universitair Medisch Centrum Groningen,
 Gerard Dijkstra;
 Universitair Medisch Centrum Utrecht,
 Bas Oldenburg;
 Leids Universitair Medisch Centrum,
 Cock Lamers.

1735 te veel

Jaarlijks overlijden 1735 patiënten in ziekenhuizen door medische fouten. Dat is ruim twee keer zoveel als het aantal verkeersdoden in Nederland. Nog eens dertigduizend mensen lopen tijdens de behandeling letsel op dat voorkomen had kunnen worden. Bij tienduizend van hen is de schade blijvend. Vaak is een fout van de specialist de oorzaak van overlijden of letsel. Ook schort het soms aan een goede organisatie van een ingreep of zijn er technische problemen.

Dit blijkt uit het rapport ‘Onbedoelde schade in ziekenhuizen’. Het onderzoek is een initiatief van de Orde van Medisch Specialisten. “Elk vermijdbaar overlijden is er één te veel”, liet de Orde meteen weten. En: “Bij medisch handelen zijn risico’s soms onvermijdbaar.”

Ik durf de resultaten van het onderzoek schokkend te noemen.

En het geeft geen pas het probleem te relativiseren door te wijzen naar landen die het nog slechter doen of door te stellen dat het slechts 1,5 promille van de opgenomen patiënten betreft. Tegelijk moeten we realistisch zijn: in ons invasieve vak is het veroorzaken van schade soms niet te voorkomen. Dat is spijtig, maar aanvaardbaar als we het risico weloverwogen hebben genomen.

Elke vermijdbare fout is er echter één te veel. En we moeten als medici alles, maar dan ook alles, in het werk stellen om die cijfers omlaag te brengen. De weg waarlangs dat kan, is bekend: heldere richtlijnen opstellen en die ook consequent toepassen. Checken en dubbel checken, zoals ook piloten doen voor ze een toestel op de startbaan zetten.

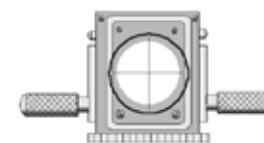
De veiligheid van de patiënt moet – net als die van de reiziger in de luchtvaart – de eerste prioriteit zijn. Al ons denken en handelen moet erop zijn gericht die veiligheid te garanderen en vermijdbare fouten te voorkomen. Dat vergt een echte cultuuromslag in onze maatschappen en ziekenhuizen. Uitgangspunt moet zijn, dat vermijdbare fouten niet zijn te tolereren. En als ze worden gemaakt, dan is een grondige evaluatie nodig en een verdere aanscherping van de procedures. Een elektronische landelijke complicatieregistratie kan een nuttig hulpmiddel zijn voor het verbeteren van onze prestaties.

Fouten zijn menselijk, wordt gezegd. En zo is het ook. Precies om die reden moeten procedures zo zijn ingericht dat een menselijke fout kan worden opgevangen en tijdig gecorrigeerd. Een potentieel riskante sector als de luchtvaart (als er iets misgaat, dan gaat het ook echt mis) slaagt erin honderden miljoenen passagiers te vervoeren met – in 2005 – wereldwijd niet meer dan 1053 slachtoffers, helaas vooral in ontwikkelingslanden. De enige verklaring voor zo’n hoog niveau van veiligheid is het in de cultuur verankerde veiligheidsdenken. Mensen, materieel en procedures, alles is erop gericht.

Vermijdbare fatale fouten voorkomen? Het kan, dus het moet!

Melvin Samsom

- voorzitter -



Sander van Deventer verhuist zijn academisch domein naar Leiden. Hij neemt laboratoriummedewerkers mee. Het valt te verwachten – gezien de samenwerking met collega Breedveld, reumatoloog en nu decaan in Leiden, en het afdelingshoofd MDL, Daan Hommes – dat er een stevig accent komt te liggen op de *biologicals*, hun toepassingen in de kliniek en op het lab. Guy Boeckxstaens heeft een aanstelling als hoogleraar MDL aanvaard in Leuven, hij blijft één dag per week in Amsterdam om een brug te bouwen tussen het AMC en Leuven. Hij krijgt € 4 miljoen budget voor vijf jaar om een onderzoeksgroep op te zetten.

Susan Toebosch (AZM) vertrekt naar Roermond als 2^e MDL-arts. Marleen de Vree (AMC) gaat in de loop van 2008 naar Leeuwarden als 5^e MDL-arts. Egbert-Jan van der Wouden (UMCG) vertrekt in de loop van 2008 als 5^e MDL-arts naar Zwolle. Maarten Meijssen (Westeinde, Den Haag) komt als 6^e MDL-arts voor de opleiding naar Zwolle, zij zoeken nog een 7^e MDL-arts. Het Westeinde zoekt met spoed weer een 4^e MDL-arts. Nofel Mahmmoud uit het UMCU/Antonius Nieuwegein gaat als 4^e MDL-arts naar Ede en wordt hiermee de opvolger van Liekele Oostenbrug. Dirk-Jan Bac (Ikazia Ziekenhuis Rotterdam) wordt de 5^e MDL-arts in Ede. Ede profileert zich sterk voor de MDL-opleiding. Het Ikazia zoekt met spoed een 2^e MDL-arts en heeft budget voor een 3^e MDL-arts (r.ouwendijk@planet.nl). Rolf van Roermund (Erasmus MC) gaat als 2^e MDL-arts werken in Almelo. Marcel Spanier (AMC) gaat op 1 januari 2008 naar Arnhem (7^e MDL-arts) als opvolger van Nievis Aparicio. Er zijn hier twee MDL-artsen in opleiding. Brechje van Eijck (Erasmus MC) gaat naar Haarlem als 5^e MDL-arts (Kennemer Gasthuis) als opvolgster van Yolande Keulemans. Er zijn hier twee MDL-artsen in opleiding. Het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam krijgt Marie-Paule Anten (AMC) als 4^e MDL-arts en wil graag het 27^{ste} ziekenhuis in

Lees verder op pagina 60.

COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIENTENORGANISATIES. DE UITGAVE VAN MAGMA WORDT MOGELIJK GEMAAKT DOOR NYCOMED B.V. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. OPLAGE 2400 EXEMPLAREN REDACTIE CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN RIC TER PELLE JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN EINDREDACTIE FRANS VAN DEN MOSSELAAR REDACTIEADRES PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL ABONNEMENTEN ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: NYCOMED B.V. POSTBUS 31 2130 AA HOOFDDORP E-MAIL: INFONL@NYCOMED.COM VORMGEVING M.ART HAARLEM GRAFISCHE VORMGEVING DRUK DRUKKERIJ KOOPMANS ZWANENBURG ISSN: 1384-5012 MAGMA MAGMA IS, VOLGENS VAN DALE, ‘DE GESMOLTEN MASSA VAN SILICATEN EN OXIDEN IN HET BINNENSTE DER AARDE’. HET STAAT ALS NAAM VAN DIT TIJDSCHRIFT VOOR HET BINNENSTE VAN DE MENS EN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN. COVERFOTO JAPANS LAKSCHAALTJE – CHRIS HOEFSMIT, HAARLEM.

Slijpen en polijsten

De kwaliteitsvisitatie die alle MDL-praktijken regelmatig ondergaan, wordt gemoderniseerd. De basis van het nieuwe visitatiemodel is het 'professioneel kwaliteitsprofiel'. Dit kwaliteitsprofiel kent vier domeinen: zorg-evaluatie, patiëntenperspectief, functioneren van de maatschap en professionele ontwikkeling.

De scores van de maatschap worden weergegeven in een spinwebdiagram. De perfecte maatschap scoort op alle punten een 10. Dat levert een volmaakt vierkant op. Meestal zal het diagram echter een vliegervorm hebben (zie illustratie). Die maakt in één oogopslag duidelijk welk domein de meeste aandacht vraagt, wáár moet worden geslepen en gepolijst.

De veranderingen in de kwaliteitsvisitatie zijn ingezet na een evaluatie van de bestaande visitatiepraktijk onder de 29 wetenschappelijke verenigingen in 2002.

De verenigingen gaven aan dat ze meer naar de inhoud van zorg wilden kijken, zoals naar de toepassing van richtlijnen in de praktijk. Ook bleek behoefte te zijn aan meer afstemming met andere vormen van audit, zoals de opleidingsvisitatie en de NIAZ-accreditatie. Ook bestond de behoefte om hun leden te ondersteunen bij het implementeren van aanbevelingen.

De kern van het nieuwe model is, dat de maatschap en de visitatiecommissie samen zoeken naar mogelijkheden de *performance* te verbeteren. De commissie is dus geen ploegje rechercheurs op zoek naar fouten en overtredingen. De visitatie is gericht op de maatschap, vanuit de gedachte dat er in een maatschap een gezamenlijke verantwoordelijkheid bestaat voor het handelen van ieder lid. De visitatie richt zich op die aspecten waarop de leden van de maatschap direct invloed hebben. Zaken die betrekking hebben op de ziekenhuisorganisatie, zijn tot een minimum teruggebracht. Nieuw is ook, dat ieder van de leden van de maatschap actief moet deelnemen aan de visitatie, bijvoorbeeld door een vragenlijst over het functioneren van de maatschap in te vullen en die gezamenlijk te bespreken.

Bij de visitaties gaat de commissie na of de maatschap voldoende aandacht besteedt aan de zorg voor kwaliteit, verbetering van zorgprocessen, het functioneren van de maatschap, de inbreng van de patiënt en dergelijke. De gedacht hierachter is, dat het verbeteren van deze aspecten een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Instrumenten

Voor elk van de vier domeinen zijn (of worden) meetinstrumenten ontwikkeld. Zo is er voor het domein *patiëntenperspectief* een enquête die patiënten snel en gemakkelijk kunnen invullen. Voor het functioneren van de maatschap is een Quick Scan ontwikkeld die elk lid van de maatschap invult en die eventuele problemen aan het licht brengt.

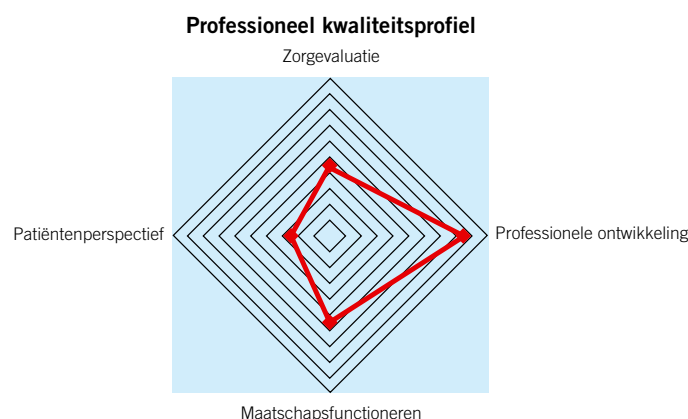
Voor het domein *zorgevaluatie* kan elke wetenschappelijke vereniging zelf bepalen welke zorgprocessen aandacht moeten krijgen. De chirurgen, bijvoorbeeld, evalueren systematisch hun complicatieregistratie en de gynaecologen kijken naar zwangerschapshypertensie. Doel is na te gaan of iedereen werkt volgens de geldende aanbevelingen en richtlijnen.

De visitatiecommissie zal ook aandacht besteden aan het managen van de zorgprocessen. Daarmee wordt bedoeld: de vakinhoudelijke afstemming binnen de *maatschap*, de samenwerking met ondersteunend personeel en assistenten, en de multidisciplinaire samenwerking. Hiervoor is de KISZ-lijst ontwikkeld: Kwaliteits Inventarisatie en Signalering Zorgprocessen. Aandacht voor dit aspect is van belang, omdat 30% van de aanbevelingen bij visitaties hierover gaan.

Onder het domein *professionele ontwikkeling* vallen de vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, opleiding, onderwijs, wetenschap en innovatie. Het instrument hiervoor is nog in ontwikkeling.

De MDL-praktijk

Het Genootschap voor Maag-Darm-Leverartsen is als een van de laatste in 1995 begonnen met visitaties en rondt dit jaar de tweede cyclus af in de 'oude' vorm. In 2008 zal ook voor de MDL-praktijk het nieuwe model worden toegepast.



Slimmer systeem accreditatie en registratie van nascholing

Op 1 januari 2008 gaat de tweede fase in van GAIA: de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie. Iedere geregistreerde arts krijgt een internetdossier waarin zijn nascholingspunten worden bijgehouden. In sommige gevallen kan de arts zijn punten zelf invoeren, in de meeste gevallen doet de aanbieder van een nascholingsbijeenkomst dit. De basis voor de inschrijving door een aanbieder is de presentielijst van een bijeenkomst die naam en/of BIG-nummer vermeldt. Totdat is gebleken dat het systeem feilloos werkt, is het nodig 'papierene' accreditatiebewijzen nog even te bewaren.

GAIA is een initiatief van de wetenschappelijke verenigingen, die hebben besloten om met één geautomatiseerd systeem voor accreditatie te gaan werken. Eén applicatie, die zowel kan worden gebruikt door de verenigingen als door specialisten en aanbieders van nascholing. De KNMG ontwikkelde de applicatie samen met softwareleverancier Xaurum. Op dit moment maken al 1200 aanbieders van bij- en nascholing gebruik van GAIA en zijn er 6000 accreditatieaanvragen verwerkt.

Het Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen is één van de deelnemers aan GAIA. Alle bekende na- en bijscholingsbijeenkomsten voor MDL-artsen, opgenomen op de MDL-website, zijn geaccrediteerd. De organisatoren verzorgen de registratie van de punten. Dit geldt ook voor de voor- en najaarsvergaderingen van de NVGE en het Genootschap in Veldhoven. Het verdient voorlopig aanbeveling bij de organisatoren van minder bekende bijeenkomsten even te checken of automatische registratie is geregeld.

Bij deelname aan buitenlandse congressen moet de arts zijn deelnameformulier inscannen en uploaden naar zijn dossier. Dit geldt voorlopig ook voor de UEGW en de AGA. Voor internationale bijeenkomsten is een nieuwe puntentelling gemaakt, die niet meer op dagdelen maar op uren is gebaseerd. Het principe is 1 uur = 1 punt. Met intensieve deelname aan een meerdaags internationaal congres kan de MDL-arts zijn 40 punten dus al verdienen.

Deelnemers (MDL-artsen) aan een goede, niet geaccrediteerde, bijeenkomst kunnen achteraf bij de commissie van het Genootschap vragen de bijeenkomst alsnog te accrediteren. Zo'n verzoek moet worden gedaan via het secretariaat van het Genootschap (accreditatie@mdl.nl). Ook alle vragen over accreditatie dienen bij voorkeur via het secretariaat aan de commissie te worden gesteld.

De arts kan in het dossier zien dat de punten worden bijgehouden. Eind juni zijn alle artsen per brief met een persoonlijke activeringscode geïnformeerd over de manier waarop zij toegang tot GAIA kunnen krijgen en hoe ze ermee kunnen werken.

Registratie

Ook registratiecommissies hebben baat bij deze applicatie, omdat artsen hun behaalde accreditatiepunten digitaal en uniform voor hun herregistratie bij de registratiecommissies kunnen aanleveren. De registratiecommissie krijgt na vijf jaar een overzicht van de behaalde punten toegestuurd op verzoek van de arts.

Gezamenlijke accreditatie

Nederland kent 29 erkende medische specialismen. Algemene nascholingsbijeenkomsten over bijvoorbeeld gezondheidswetgeving of medische ethiek zijn vaak relevant voor al deze specialismen. Tot vorig jaar moest een aanbieder bij alle 29 wetenschappelijke verenigingen accreditatie aanvragen. Dat leidde tot veel administratieve rompslomp en hoge kosten. Om de situatie te verbeteren is op 1 juli 2006 het Accreditatie Bureau Medisch Specialisten (ABMS) opgericht, dat de algemene nascholingsbijeenkomsten voor zo veel mogelijk medische specialismen accrediteert. Het totale nascholingsaanbod is via GAIA eenvoudig door iedereen in te zien.



Niet geregistreerd

GAIA maakt onderscheid tussen geregistreerde artsen en artsen die nog niet of niet meer zijn geregistreerd. GAIA verwerkt alleen de deelname van de geregistreerde artsen. De deelnemers van een nascholing die niet bekend zijn in GAIA, dienen vanzelfsprekend wel een nascholingscertificaat te ontvangen. Er is voor hen geen persoonlijk dossier aangemaakt.

Kijk voor meer informatie op www.knmg.nl/accreditatie.

MDL-artsen vragen 'Salomonsoordeel' van minister Klink (VWS)

OPEN BRIEF AAN MINISTER KLINK

Hooggeachte heer Klink,

Bij deze willen wij onze grote zorg tot uiting brengen aangaande de ernstig tekortschietende instroom in de opleiding tot maag-darm-leverarts (MDL-arts). Er is in Nederland sinds jaren een groot en steeds verder toenemend tekort aan MDL-artsen. De ontwikkelingen voor de komende jaren, waaronder een mogelijke invoering van een bevolkingsonderzoek darmkanker, zullen naar verwachting dit tekort nog verder doen toenemen. Het Nivel adviseert daarom bij herhaling om de instroom in de opleiding sterk uit te breiden, iets waarvoor voldoende opleidingscapaciteit en kandidaten zijn. Desalniettemin persisteert het Capaciteitsorgaan in haar adviezen tot een lage instroom, en wil zij deze in de komende twee jaar zelfs verder reduceren. De aldus ontstane situatie lijkt slechts op te lossen met uw interventie. Hierbij is de volgende toelichting van belang.

Inleiding

Er is een patstelling ontstaan tussen het Capaciteitsorgaan en de MDL-artsen, waarbij het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) tot nu toe niet in staat is geweest een doorbraak te forceren. Het tekort aan MDL-artsen wordt steeds nijpender, terwijl het Capaciteitsorgaan de situatie in de komende twee jaar niet in heroverweging wil nemen. De huidige patstelling wordt ons inziens mede veroorzaakt door de aard van de problematiek en het grote aantal instanties als CBOG, BOLS, Capaciteitsorgaan, NFU, NVZ/STZ, OMS, SCZ en ZN die zich hiermee bezighouden. Voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan wordt gewerkt met een rekenmodel, waarbij diverse parameters als input kunnen worden ingevoerd, en waarbij de benodigde instroom in de MDL-opleiding de output vormt. Wij vragen u om met ons de door het Capaciteitsorgaan gebruikte parameters op hun merites te beoordelen.

Parameter 1: Basiscapaciteit in 2005

Het Capaciteitsorgaan maakt allereerst berekeningen voor handhaving van een stabiele situatie. Zij baseert zich daarbij op een aantal van 204 MDL-artsen in 2005, terwijl het werkelijke aantal werkzame MDL-artsen in 2005 225 bedroeg. Op basis van dit verkeerde aantal heeft het Capaciteitsorgaan geadviseerd om vanaf 1 januari 2007 19 MDL-artsen per jaar op te leiden. Als met de feitelijke basis van

225 MDL-artsen rekening wordt gehouden, zou de benodigde instroom op basis van deze parameter 22 à 23 MDL-artsen per jaar moeten zijn, enkel om het niveau 2005 te handhaven.

Parameter 2: Onvervulde vraag naar MDL-artsen

Voor eventuele uitbreiding van opleidingscapaciteit kijkt het Capaciteitsorgaan naar het aantal bestaande vacatures. Zij gaat daarbij uit van 10% onvervulde vraag voor de MDL-ziekten. Dat is gebeurd op basis van eerdere schattingen van het aantal uitbreidingsvacatures door telling van feitelijke advertenties. Het probleem is echter dat veel centra, met name basisziekenhuizen buiten de Randstad, de moeite niet meer nemen om te adverteren voor een MDL-vacature aangezien dit geen enkele respons oplevert door het grote tekort aan jonge klaren. Door ondergetekenden is hierop al gewezen middels een ingezonden brief in *Medisch Contact* 2006, pagina 1420–1421 (Mulder en Kuipers). In de kleine ziekenhuizen buiten de Randstad dreigt een toenemende afwezigheid van scopiërende specialisten, aangezien ook de uitstroom van scopiërende internisten 2005–2015 niet meer kan worden gecorrigeerd. Een tweedeling in zorg tussen de Randstad en de regio dreigt voor MDL-zorg. De situatie in Friesland, Drenthe, Flevoland, Achterhoek, Limburg en Zuidwest-Nederland is nu al zorgwekkend. Alleen al het aantal huidige uitbreidingsvacatures dat bekend is bij de MDL-artsen, wijst op een tekort van 40 à 45 MDL-artsen bij een huidig aantal van 270 MDL-artsen. Dit betekent een tekort van 15–20% in plaats van de berekende 10%. Indien wij dit invoeren in het rekenmodel, wordt de benodigde instroom opnieuw hoger en wel met vier à vijf MDL-artsen per jaar. Bij stapeling met de correctie op parameter 1 komt de benodigde instroom op 26 à 28 MDL-artsen.

Parameter 3: Groei in de zorg bij MDL-artsen

Het Capaciteitsorgaan gaat uit van een groei in de zorgvraag aan MDL-artsen van een kleine 1% per jaar. Dit is conform de algemene verwachting voor alle specialismen. Echter:

- (a) Een reële verwachting ten aanzien van het MDL-specialisme is een algemene introductie in de komende jaren van darmkanker-screening. Deze zorgtoename voor MDL-artsen is door het Capaciteitsorgaan niet meeberekend. Als de screening op een

termijn van tien jaar uiteindelijk 20 tot 25% endoscopieën méér betekent (*Neth J Med* 2006; 64:371-3), wat neerkomt op een groei van 100.000 coloscopieën, betekent dit een extra behoefte aan MDL-artsen van 2,2% per jaar. Als dat wordt ingevoerd in het rekenmodel, wordt de instroomgroei minimaal 8 MDL-artsen per jaar hoger. Stapeling met parameter 1 en 2 leidt dan tot een benodigde instroom van 34 à 38 MDL-artsen per jaar.

- (b) We dienen ons ook te realiseren dat instroom van aio's niet altijd leidt tot een automatische uitstroom na zes jaar van MDL-artsen naar de algemene ziekenhuizen. Het opleidingstraject voor met name vrouwen is vaak al 7,5 jaar (zwangerschap en parttime opleiding). Er is een algemene tendens dat specialisten vaker parttime (80-90% fte) willen werken. Bovendien is niet duidelijk of het Capaciteitsorgaan vrouwen na specialiseren als 100% fte aanduidt of rekent in parttime inzet. De praktijk wijst uit dat dit laatste relatief vaak het geval is.
- (c) De vergrote zorgbehoefte door de stijgende incidentie en verbetering in zorg van tal van MDL-aandoeningen zoals de ziekte van Crohn, gastrointestinale maligniteiten, en virale hepatitis. Verbetering in leverzorg, preventie van hepatitis B, therapie van hepatitis B en C, et cetera zijn door ons in de parameters niet meegenomen. Maar de veranderende samenstelling van de Nederlandse bevolking betekent automatisch een toename in de zorgvraag betreffende leverproblematiek. Deze zorgbehoefte van met name allochtone Nederlanders dient nader te worden geëvalueerd. De Nederlandse Vereniging voor Hepatologie zal separaat worden gevraagd om een beleid in deze.
- (d) De extreme groei van het specialisme MDL wordt mede veroorzaakt, doordat scopiërende internisten niet worden vervangen door internisten, maar door MDL-artsen. Dit wordt door het Capaciteitsorgaan niet als parameter ingevoerd.
- (e) Ook is adequate zorg rond voeding in het kader van de prestatie-indicator ondervoeding niet doorgerekend, alhoewel ondervoeding in ziekenhuissettingen een steeds meer onderkend probleem is. Daarnaast is obesitas ook in Nederland een groeiend probleem. Dit onderwerp zal meer aandacht (moeten) krijgen, waarbij een duidelijke rol voor de MDL-arts is weggelegd.
- (f) De oncologische zorg neemt een steeds belangrijkere plaats in het takenpakket van de MDL-arts in. Ten eerste is sprake van een stijging van de incidentie van meerdere gastro-intestinale tumoren. Ten tweede kunnen meer (pre)maligne afwijkingen door de MDL-arts endoscopisch worden behandeld, waar deze patiënten voorheen werden doorverwezen naar de chirurg. De oncologische zorg zal daarmee tot een duidelijke groei in specialistische MDL-zorg leiden.

Onze eigen berekening is niet slechts gebaseerd op bovengenoemde correctie van de door het Capaciteitsorgaan gehanteerde parameters, maar wordt zoals in de inleiding genoemd, gesteund door onderzoek van het Nivel. Het Nivel publiceerde in januari 2003 de behoefte raming MDL-artsen voor de periode 2003–2015. Het rapport hield rekening met verschillende varianten. De basisvariant ging uit van een beperkte behoefte aan 283 MDL-artsen in 2015. Om dit te bereiken was een jaarlijkse instroom van 19 aio's nodig.

Het Nivel gaf daarbij aan dat deze basisvariant onwaarschijnlijk was, gezien de toen ook al hoge onvervulde vraag en de zich aankondigende ontwikkelingen zoals hierboven genoemd. Deze inschatting van het Nivel werd inderdaad in de periode 2003–2007 gesteund door de praktijk, waarbij de basisvariant door de realiteit snel werd ingehaald. Het voor 2015 beoogde aantal MDL-artsen werd dit jaar (2007) reeds bereikt, terwijl op dit moment een ernstig tekort aan MDL-artsen bestaat. Gezien haar verwachting berekende het Nivel in 2003 ook aanvullende, meer waarschijnlijke varianten, waarbij een instroom tot 35–45 aio's per jaar nodig waren.

Helaas hebben deze heldere Nivel-adviezen en herhaald overleg alsmede vele brieven aan het Capaciteitsorgaan én het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg niet kunnen voorkomen, dat de instroom in de MDL-opleiding nog steeds zeer beperkt wordt gehouden. Voor 2007 is deze vastgesteld op hooguit 22 aio's. In 2008 wordt deze zelfs verlaagd tot 21 aio's.

Mede om die reden heeft de beroepsgroep in 2006 een landelijke enquête uitgevoerd en gepubliceerd (Terhaar sive Droste, *Neth J Med*. 2006 Nov;64(10):371-3). Deze gaf aan dat tot 2010 ten minste 126 vacatures voor MDL-artsen zullen ontstaan. Het Nivel is bovendien opnieuw om advies gevraagd. Dit instituut concludeerde dat in de periode sinds haar vorige rapportage het tekort aan MDL-artsen verder is gestegen ondanks haar eerdere heldere adviezen. Het Nivel komt nu (in hun notitie 'Benodigde instroom MDL-ziekten' d.d. 21 december 2006) voor de periode 2007–2015 op een benodigde instroom, afhankelijk van de gebruikte parameters, van 40 tot 48 aio's per jaar. Dit sterk verhoogde aantal ten opzichte van hun eerdere rapport houdt mede verband met de achterstand in het aantal MDL-artsen die inmiddels is ontstaan.

Voorstel MDL

U begrijpt dat op basis van de door het Capaciteitsorgaan ons inziens absoluut verkeerd gebruikte en geïnterpreteerde parameters bij hun berekening van de behoefte aan MDL-artsen, het reeds aanwezige tekort aan MDL-artsen in de komende jaren schrikbarend



▷ zal stijgen. Momenteel wordt door het Capaciteitsorgaan slechts een instroom van 22 assistenten in opleiding tot MDL-arts toegestaan. Op grond van onze correcties op de berekeningen door het Capaciteitsorgaan zal de instroom dienen te worden verhoogd tot ten minste 30 à 35 per jaar. Het is zelfs wenselijk om de eerstkomende drie jaar 15 tot 20 extra assistenten boven dit aantal van 30 à 35 in opleiding te nemen om het huidige tekort aan MDL-artsen in te lopen. Indien u op een langere termijn een nieuw evenwicht zou willen bereiken, is voor een periode van vijf jaar een instroom van minimaal 40 assistenten per jaar nodig.

'Salomons-oordeel'

Ons urgente verzoek middels deze brief betreft uitbreiding van de instroom van MDL-artsen. De kandidaten voor opleiding en de benodigde opleidingscapaciteit zijn beschikbaar. Een eerste besluit van u voor 2007 zou kunnen zijn om een extra instroom toe te staan van 'zij-instromers'. Dit kan geheel budgettair neutraal. Het betreft artsen die al de hoofdopleiding tot algemeen internist volgen. Ons voorstel is: één zij-instromer per academische regio om dit jaar op 30 MDL-artsen in het eerste jaar van de opleiding te komen. Vervol-

gens zouden we de situatie voor 2008 open kunnen bespreken. Ons streven is een instroom van minimaal 40 MDL-artsen in de opleiding toe te staan in 2008.

Wij wachten uw oordeel met belangstelling af. Uiteraard zijn wij te allen tijde bereid deze problematiek mondeling toe te lichten. Wij hopen samen met u tot een oplossing te komen.



Chris Mulder

Afdelingshoofd MDL VUmc
Lid Concilium MDL



Ernst Kuipers

Afdelingshoofd MDL Erasmus MC
Voorzitter Concilium MDL

Deze Open Brief is op 27 augustus verzonden aan minister Klink. Een digitale versie kunt u downloaden van www.mdl.nl.

OPROEP

Identificatie van coeliakiepatiënten met een hoog risico op enteropathie-geassocieerd T-cellymfoom

EATL-studie: resectiemateriaal gevraagd

Een klein deel van oudere patiënten met coeliakie die niet reageren op een glutenvrij dieet, ontwikkelt binnen vijf à tien jaar een enteropathie-geassocieerd T-cellymfoom (EATL).

Deze T-cellymfomen ontstaan uit geactiveerde intestinale T-lymfocyten die na enige dagen spontaan dood horen te gaan. Deze geprogrammeerde celdood (apoptose) zorgt ervoor dat een T-celrespons niet uit de hand kan lopen. Remming van apoptose is daarom een cruciaal mechanisme in het ontstaan van deze T-cellymfomen. De apoptoseroute wordt gereguleerd door een beperkt aantal genen. Expressie van deze genen bepaalt uiteindelijk de gevoeligheid van een cel voor apoptose. Patiënten met een EATL hebben een vijfjaarsoverleving van <15%. Behandeling met stamceltransplantatie lijkt hierin geen verbetering te brengen. Wanneer deze patiënten een stamceltransplantatie krijgen voordat ze een lymfoom ontwikkelen, blijkt dit wel succesvol en het geeft een sterke klinische verbetering. Daarom is het klinisch zeer relevant die patiënten te identificeren, die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een EATL.

Doel

Het doel van deze studie is uiteindelijk om op basis van apoptose expressieprofielen van intestinale T-lymfocyten coeliakiepatiënten te identificeren die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een T-cel-

lymfoom. Om 'maligne' expressieprofielen te herkennen, willen we deze vergelijken met expressieprofielen van T-cellen van EATL's. Dit willen we in eerste instantie doen met microarray-analyse, waarvoor vriesmateriaal noodzakelijk is.

Verwachte resultaten

Onze verwachting is dat alleen coeliakiepatiënten met apoptoseresistente intestinale T-lymfocyten een EATL zullen blijken te ontwikkelen. Ook verwachten we dat deze methode meer specifiek de ontwikkeling van EATL's kan voorspellen dan huidige methodes gebaseerd op FACS-fenotypering of clonaliteitsonderzoek van intestinale T-cellen.

Oproep

Voor deze studie zijn wij op zoek naar resectiemateriaal van enteropathie-geassocieerde T-cellymfomen.

Daarom zouden we heel graag worden geïnformeerd wanneer in uw ziekenhuis een dunnedarmresectie bij een (coeliakie)patiënt met mogelijk een EATL plaatsvindt, zodat we met de betreffende pathologieafdeling contact kunnen opnemen om materiaal dat niet nodig is voor diagnostiek, eventueel te kunnen ophalen. Daarnaast zijn we geïnteresseerd wie nog spijt(=vries)materiaal van deze patiënten heeft.

Wanneer u aan deze studie wilt meewerken of wanneer u meer informatie wilt, kunt u contact opnemen met *Jolanda van der Water* (AGIKO MDL, VUmc) en/of *Joost Oudejans* (patholoog).
Tel (020)4440613 – fax (020)4440554 – j.vanderwater@vumc.nl

DIKKEDARMKANKER

Screenen op darmkanker via geïntegreerde risicoprofilering

In de regio's Maastricht, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam lopen proefbevolkingsonderzoeken naar dikkedarmkanker met een selectie via de Faeces Occult Blood Test. Parallel daaraan loopt een proefbevolkingsonderzoek met selectieve screening op darmkanker via individuele risicoprofilering. Een vergelijking zal uitsluitend moeten geven over de optimale screeningsstrategie.

Colonoscopie wordt op dit moment beschouwd als de beste techniek om dikkedarmkanker of voorstadia op te sporen en deze techniek wordt dan ook erkend als de 'gouden standaard'. In het kader van screening is wetenschappelijk aangetoond dat colonoscopische evaluatie op populatieniveau medisch gezien zinvol is vanaf een leeftijd van 50 jaar. Het hanteren van deze leeftijdsgrens op grote schaal, in het kader van bevolkingsonderzoek, stuit echter op capaciteitsproblemen en bezwaren van financiële aard. Ook is colonoscopie een voor het individu belastend onderzoek, dat in 0,3% van de gevallen tot complicaties leidt. Daarnaast lijkt de vaak als belastend ervaren voorbereiding van de darm het bereiken van een hoge deelnamegraad in de weg te staan. De eerste resultaten van onderzoek naar colonoscopische screening tonen een deelnamegraad van 20–30%. Om deze reden is er brede consensus dat colonoscopie bij voorkeur dient te worden ingezet bij individuen met een verhoogd risico.

Leeftijd is zoals bekend de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van dikkedarmkanker. Daarnaast hebben individuen met een positieve FOBT (Faeces Occult Blood Test) een verhoogde kans op de aanwezigheid van dikkedarmkanker. Gerandomiseerde studies hebben laten zien dat vroegdiagnostiek met colonoscopie na een voorselectie op basis van leeftijd (personen ouder dan 45 jaar) en FOBT een mortaliteitsreductie geeft van 15–33% (bij een opkomst die hoger is dan 35%).

Met FOBT wordt wel een aanzienlijk percentage (ongeveer 50%) van de tumoren in de onderzochte groep gemist. Er bestaat dus grote behoefte aan een verdere verfijning van de voorselectie voor colonoscopie.

Bekend is tevens dat naast FOBT en leeftijd ook erfelijkheid en bepaalde leefstijlfactoren geassocieerd zijn met een verhoogde kans op het ontwikkelen van dikkedarmkanker. Het kan dan ook zijn dat een persoon die ouder is dan 50 jaar met een negatieve FOBT op basis van andere factoren toch een op zijn minst vergelijkbare kans op dikkedarmkanker heeft als een 50-jarige met een positieve FOBT. Hiermee zou hij/zij dus ook een verhoogde kans op ziekte hebben,

waarvan in consensus besloten is dat vroegdiagnostiek met colonoscopie zinvol en doelmatig is. In aanvulling op FOBT zal dit de sensitiviteit van de screening verhogen. Selectieve screening op basis van een multifactoriële benadering (risicoprofilering) zal daarmee, indien dit gepaard gaat met behoud van voldoende hoge specificiteit, effectiever zijn dan een geïsoleerde benadering met alleen FOBT.

Verder wordt de effectiviteit van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in belangrijke mate bepaald door de participatiegraad en compliance. Er zijn aanwijzingen dat deze door een geïntegreerde multifasische benadering, waarbij naar meerdere aandoeningen wordt gekeken, kan toenemen.

Risicoprofilering

In januari 2007 heeft het NIPED, samen met het VU medisch centrum, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Erasmus Medisch Centrum, een proefbevolkingsonderzoekvergunning gekregen voor selectieve screening op darmkanker via individuele risicoprofilering. NIPED staat voor NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics en is in 2003 opgericht vanuit de NDDO Research Foundation (bekend vanwege haar activiteiten op het gebied van ontwikkeling van oncologische geneesmiddelen). Het nieuwe kennisinstituut heeft sindsdien onderzoek gedaan naar een breed in te zetten gestructureerde aanpak voor medische preventie en leefstijlinterventie. Hieruit is het PreventieKompas voortgekomen, een periodiek wetenschappelijk onderbouwd gezondheidsonderzoek bedoeld om vanuit de bestaande gezondheidszorg een geïntegreerde aanpak voor preventie, vroegdiagnostiek en tijdige interventie van veel voorkomende aandoeningen te realiseren. Het PreventieKompas koppelt een geïntegreerde risico-inventarisatie aan een centraal (ICT) kennisstelsel waarin de actuele wetenschappelijke inzichten, (risico)algoritmen, test- en behandeldrempels en vigerende behandelingsrichtlijnen en *best practices* worden bijgehouden. Het gaat hierbij dus om een multifasische aanpak, waarbij de focus ligt op aandoeningen die een belangrijke mate van gezondheidsverlies met zich meebrengen en waarvoor betrouwbare vroegdiagnostische methoden en preventieve interventies voorhanden zijn, zoals: hart- en vaatziekten, diabetes, COPD, nierlijden, en psychische aandoeningen als depressie, angststoornissen en burn-out. De risicoprofilering is gebaseerd op een combinatie van anamnestiche gegevens, gestandaardiseerde biometrie en laboratoriumonder-

▷ zoek. Hiertoe is een geprotocolleerde operationele aanpak ontwikkeld waarbij anamnestiche gegevens verkregen worden met behulp van een *internetbased* vragenlijst, lichamelijk onderzoek verricht bij een landelijk netwerk van gelieerde checkpoints (gezondheidscentra of bedrijfsgeneeskundige diensten) en het onderzoek van bloed, urine en ontlasting in een centraal laboratorium. Met de laatste zijn ook afspraken gemaakt voor opslag van spijtmateriaal van bloed, urine, ontlasting en DNA. Alle gegevens komen digitaal samen in het geautomatiseerde kennissysteem dat, ook voor dikkedarmkanker, de relevante risicoalgoritmes en medische en maatschappelijke testdrempels bevat voor geïndividualiseerde vroegdiagnostiek en vroege interventie. De aanpak maakt het mogelijk om op betrouwbare en reproduceerbare wijze een persoonlijk risicoprofiel op te stellen en het individu de persoonlijke weg te wijzen richting gezondheidsbevorderende maatregelen, aanvullende vroegdiagnostiek en/of medische interventie op indicatie. Hierbij wordt aangesloten op de vigerende richtlijnen en best practices voor medische en leefstijlinterventies.

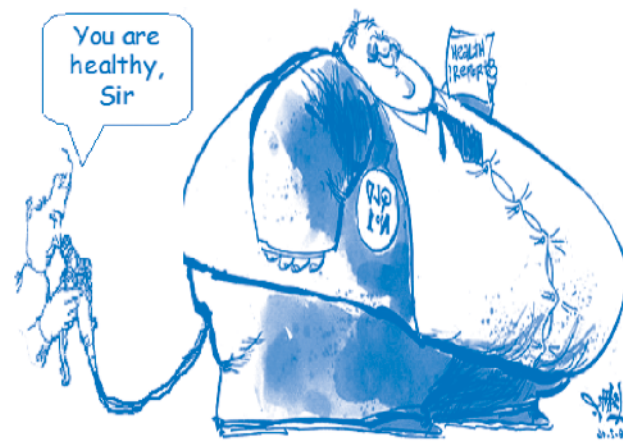
Het PreventieKompas geeft iedere deelnemer via een beveiligde en persoonsgebonden webportal de uitslag van zijn/haar gezondheidsprofiel en met daaraan gekoppeld een uitgebreid advies op maat voor leefstijl- en zo nodig medische maatregelen, hierbij aansluitend op de geldende richtlijnen en rekeninghoudend met motivatie en persoonskenmerken.

Deelnemers die in aanmerking komen voor colonoscopie (als de kans op darmkanker ten minste even groot is als voor iemand van 50 jaar met een positieve uitkomst van FOBT-screening), krijgen uitleg hierover van de huisarts of de arts van het gecertificeerde checkpoint. Als zij toestemmen in colonoscopie, worden zij verwezen naar een samenwerkend ziekenhuis in de regio. De uitkomst wordt geregistreerd in het kennissysteem.

Het proefbevolkingsonderzoek heeft tot doel de opbrengst en uitvoerbaarheid te evalueren van geïntegreerde risicoprofilering als basis voor getrapte screening op darmkanker bij mensen van 50–75 jaar. Het flankert de lopende proefbevolkingsonderzoeken in de regio's Maastricht, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam. De uitkomst moet de beleidskeuze helpen ondersteunen wat de ideale strategie voor bevolkingsonderzoek is naar darmkanker in Nederland.

De risicoprofilering wordt tweemaal aangeboden (conform het aanbod van FOBT in het lopende proefbevolkingsonderzoek in Amsterdam en Nijmegen). Geëvalueerd zal worden:

- 1) hoeveel mensen uit de doelpopulatie participeren na het aanbod van geïntegreerde risicoprofilering voor darmkanker als onderdeel van multifasische risicoprofilering met het PreventieKompas. *Wat is de participatiegraad?*
- 2) bij hoeveel participanten het geïntegreerde risicoprofiel uitwijst dat zij ten minste een even grote kans op darmkanker hebben als iemand van 50 jaar met een afwijkende FOBT. *Hoeveel % passeert de breed gedragen maatschappelijke testdrempel voor vroegdiagnostiek met colonoscopie?*



- 3) hoeveel van de onder 2 genoemde participanten gebruikmaken van het aanbod om colonoscopie te ondergaan.

Wat is de compliantie?

- 4) bij hoeveel van de onder 3 genoemde participanten colonoscopie een afwijkende uitkomst (hoogrisico-adenoom of kanker) toont en met welk oncologisch stadium. *Wat is de effectiviteit?*

Een vergelijking met de resultaten van het lopende proefbevolkingsonderzoek met FOBT in Amsterdam en Nijmegen zal het mogelijk maken om het nut van de geïntegreerde benadering goed te kunnen beoordelen.

Geïntegreerde aanpak

Door de risicoprofilering voor verschillende aandoeningen te integreren, zullen we steeds meer leren over competitieve morbiditeit en mortaliteit en de biologische leeftijd van een individu. Het hierboven beschreven onderzoeksproject kan met de geprotocolleerde operationele aanpak (inclusief de mogelijkheid voor opslag van spijtmateriaal) en het ICT-kennissysteem voor geïntegreerde risicoprofilering een belangrijke bijdrage leveren aan translationeel wetenschappelijk onderzoek. Door de opgeslagen data ook te verwerken middels medisch informatiekundige methoden, zoals *medical record linkage* en *datamining*, kan een aanzet worden gegeven richting dynamische richtlijnontwikkeling, waarbij de weg van kenniscreatie naar kennisimplementatie zo kort mogelijk is.

Momenteel is het NIPED onder andere samen met het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam bezig met de voorbereidingen voor een (kosten)effectiviteitssimulatiemodel voor geïntegreerde risicoprofilering met betrekking tot verschillende relevante aandoeningen, met inbegrip van dikkedarmkanker. Daarin wordt berekend wat de optimale preventieve en vroegdiagnostische aanpak voor een individu zal zijn, uitgaande van een geïntegreerd risicoprofiel en rekeninghoudend met op elkaar ingrijpende factoren en competitieve sterfte. Dit zal veel inzicht geven.

R.A. Kraaijenhagen en C.K. van Kalken
NIPED Amsterdam



ADVERTENTIE

Nederland worden waar EUS wordt verricht. Gouda streeft ernaar het 28^e EUS-centrum te worden. Vijay Jarbandhan (VUmc) start als 3^e MDL-arts in het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk. Alkmaar zoekt per 1 januari 2008 een 5^e MDL-arts, die in verband met de opleidingseisen gepromoveerd moet zijn. Hier is één MDL in opleiding.

Tim Schreuder (VUmc) blijft in het VUmc als 8^{ste} MDL-arts met specifieke belangstelling voor de lever (NASH, AIH et cetera). Hij is in zekere zin de opvolger van Salvador Peña, die 1 januari 2008 met pensioen gaat.

Naast de manpowerproblemen bij de MDL (zie de Open Brief aan minister Klink) blijft de kinder-MDL een punt van zorg. Voor het aandachtsgebied kinder-MDL is door het consilium van de kindergeneeskunde nu

een officieel opleidingstraject binnen de opleiding kindergeneeskunde goedgekeurd. De opleidingsplaatsen worden vooralsnog niet door de opleiders ingevuld, omdat men geen kinderartsen in opleiding wil inzetten. Men meent dat de zorg op polikliniek en afdeling algemene kindergeneeskunde prevaleren. Een doorbraakgedrag van de opleiders zal op prijs worden gesteld. Er is maar één kinder-MDL-arts, die als professor kinder-MDL werkt. Het zou wenselijk zijn indien bij het Emma Kinderziekenhuis/AMC een hoogleraar benoemd wordt voor de kinder-MDL als opvolger van Jan Taminou.

C.M.

HEPATITIS

SAMENWERKINGSPROJECT VOOR DOORVERWIJZING VAN PATIËNTEN MET CHRONISCHE HEPATITIS B

‘De korte keten’: landelijke implementatie van Rotterdams initiatief

Volgens internationale standaarden komen patiënten met een chronische hepatitis-B-virus-(HBV)-infectie met actieve leverziekte (HBeAg-pos of verhoogde ALAT, hoog HBV-DNA) in aanmerking voor behandeling.¹ Specialistische behandeling blijkt echter veel chronische HBV-patiënten met actieve leverziekte niet te bereiken. Dit bleek uit een doelmatigheidsonderzoek, waarin een richtlijn voor doorverwijzing van chronische HBV-patiënten werd geëvalueerd.² De redenen hiervoor zijn complex. Zo is hepatitis B voor veel zorgprofessionals een ingewikkelde materie. Maar ook zijn de zorgketens lang en versnipperd. Patiënten gaan niet naar de huisarts, of gaan wel naar de huisarts maar vervolgens niet naar de specialist. Om de zorg voor de hepatitis-B-patiënt te optimaliseren, is door de GGD Rotterdam Rijnmond en het Erasmus MC, afdeling MDL, een verwijsrichtlijn voor chronische HBV-patiënten ontwikkeld.

Verwijsrichtlijn

Met behulp van de verwijsrichtlijn kunnen chronische HBV-patiënten met actieve leverziekte al op de GGD worden geselecteerd voor specialistische evaluatie. Deze richtlijn selecteert op basis van HBeAg-positiviteit en verhoogde AlAT (figuur 1). Ongeveer 30–40% van de chronische patiënten valt binnen deze richtlijn en wordt door de GGD direct doorverwezen naar de specialist. Patiënten die buiten de richtlijn vallen, krijgen van de GGD het advies gedurende een periode van drie jaar hun leverfuncties eens per jaar te laten controleren bij de huisarts. Recent onderzoek toont aan, dat het toepassen van deze richtlijn op het niveau van de eerste lijn voldoende effectief is om HBV-patiënten die behandeling nodig hebben, te selecteren.³ De HBeAg-status en eenmalige ALAT-bepaling waarop de richtlijn is gebaseerd, bleken goede voorspellers van een hoog HBV-DNA-niveau in hepatitis-B-patiënten.

Project ‘De korte keten’

Sinds vorig jaar is vanuit het Nationaal Hepatitis Centrum het project ‘De korte keten’ gestart.⁴ Het project draagt bij aan verbetering van de zorg rondom chronische hepatitis-B-patiënten door vooral de implementatie van bovengenoemde richtlijn en bijbehorend beleid bij GGD'en te stimuleren. HBV is een meldingsplichtige ziekte. GGD'en roepen naar aanleiding van een melding de patiënt op voor voorlichting en bron- en contactonderzoek. Het ‘Korte keten’-project stelt voor dat GGD'en, naast de bestaande HBV-taken, in overleg met huisarts en specialist de contacten zelf serologisch onderzoekt, eventueel vaccineert en de chronische HBV-patiënten op basis van de verwijsrichtlijn direct doorverwijst naar de specialist.

Tot nu toe zijn achttien GGD'en bezocht, waarvan meer dan de helft bezig is actieve stappen te ondernemen in het ‘Korte keten’-proces.

Voordelen en voorwaarden succesvolle implementatie

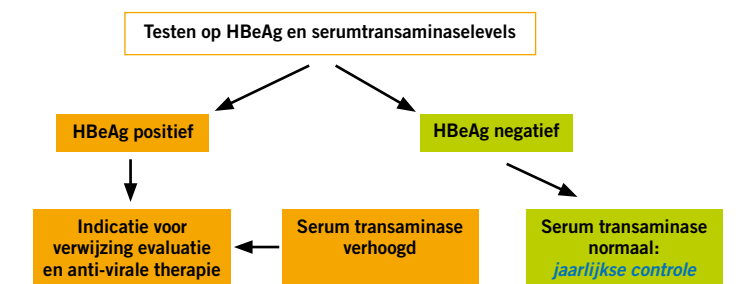
Door het toepassen van de richtlijn en verkorten van de keten door directe doorverwijzing vanuit de GGD komen bijna 80% meer actieve chronische HBV-patiënten bij de specialist terecht.² Deze voorselectie is tevens kostenbesparend, want 60% van de chronische patiënten hoeft niet *onnodig* naar de specialist. Bovendien is er meer overzicht over de vervolgzorg van de HBV-patiënt door de centrale rol van de GGD. Deze heeft expertise voor wat betreft counseling en hepatitis B-serologie.

Voor het succesvol implementeren van de richtlijn en bijbehorend beleid bij GGD'en is een goede samenwerking met huisartsen en specialisten noodzakelijk. In de praktijk juichen huisartsen extra ondersteuning voor wat betreft HBV vanuit de GGD toe. Huisartsen worden wel altijd op de hoogte gebracht van een HBV-doorverwijzing en meestal wordt de verwijsbrief alsnog geschreven door de huisarts. Voorselectie van chronische HBV-patiënten met actieve leverziekte in de eerste lijn kan alleen maar in goed overleg met de lokale specialisten. Een aantal GGD'en werkt al met succes met specialisten samen voor wat betreft de doorverwijzing van chronische HBV-patiënten.

dr. M.C. Mostert, projectleider (Nationaal Hepatitis Centrum NHC), Amersfoort, gedetacheerd bij GGD Rotterdam e.o.
ing. P. van Leeuwen, coördinator (NHC), Amersfoort
dr. R.A. de Man, MDL-arts, Erasmus MC, Rotterdam

De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl.

Figuur 1: De doorverwijsrichtlijn voor chronische hepatitis-B-patiënten



DDW

Verslag van de Digestive Disease Week 2007

‘Ook in VS kent men waarde van PPI’

In Washington dit jaar (19 t/m 24 mei) geen spectaculaire huwelijksaanzoeken tijdens de voordracht, zoals vorig jaar in Los Angeles. (Ik weet nog steeds niet of de reactie uit de zaal positief of negatief was). De AGA *postgraduate course* stipte in twee dagen ongeveer alle topics binnen de maag-, darm- en leverziekten aan. Consequentie hiervan was, dat het wel erg oppervlakkig bleef en zelden diepgang had. Zowel tijdens de cursus als gedurende het congres waren meerdere experts het erover eens dat alle combinaties met immunosuppressiva die voor IBD worden gebruikt, op de langere termijn toch wel eens problemen geven. Met name de gegevens over lymfomen bij gebruik van azathioprine in combinatie met anti-TNF was volgens verschillende studies reden te kiezen voor een *biological* zonder de combinatie met azathioprine. Er waren ook enkele abstracts waar de verschillende verwekkers gedurende de immunosuppressieve therapie werden geëvalueerd. Meerdere nieuwe veelbelovende *biologicals* zitten in de pijplijn.

Ook in de Verenigde Staten weet men dat de beste en goedkoopste preventie van maagschade door NSAID's een PPI is. Met name de diabetes lopen een groot risico maagschade te ontwikkelen. Hier is ook ruimte voor een PPI tussen alle andere preventieve medicatie. De *Helicobacter* bacterie blijft, naast de maagkankerreductie, nieuwe gezichtspunten geven. Dit keer de extra-gastrische problemen als bloed-, groei- en voedingsstoornissen.

De risico's van gastro-oesofageale reflux op lange termijn zijn significant. Ook het gebruik van tricyclische antidepressiva bevorderen dit. Tevens blijft Barrett een intrigerend fenomeen met een fraaie studie over de toegenomen kankerincidentie. De rol van galzuren (ook in relatie met een vet

dieet) blijft mijns inziens een moeizame. Meerdere visualisatietechnieken van de slokdarm worden geëvalueerd. Hoe beter je kijkt, des te meer je ziet, de bipten blijven voorlopig onmisbaar. Wist u trouwens dat er al een capsule is voor de diagnostiek van Barrett's slijmvlies? Helaas kan deze geen bipten nemen, maar deze kan wel een rol spelen bij de scopie in het kader van een chronische reflux; indien Barrett, dan bipten. Ook de evaluatie van slokdarmvarices kan met deze capsule betrouwbaar worden verricht.

Er was een fraai overzicht van de pro's en contra's van de videocapsule in tumoren, coeliakie, IBD en occult bloedverlies. NSAID's twee weken voor het slikken van de capsule staken. De coloncapsule is nog niet overtuigend, mede ook gezien de benodigde voorbereiding.

Er blijft gezocht worden naar preventieve agens tegen een post-ERCP pancreatitis. Bijvoorbeeld de MAP-kinaseremmer Semapimod lijkt effect te sorteren. De meeste preventieve maatregelen blijken echter duur of helpen onvoldoende. In het slechtste geval hebben ze beide eigenschappen in zich. Een pancreasstentje blijft (in ervaren handen) de beste oplossing bij hoogrisico-ingrepen.

Interessant is de studie die aantoont dat de *work-up* bij een bronchuscarcinoom gaat van X-thorax naar CT-thorax en EUS. De bronchoscopie draagt het minst bij aan de *work-up*. Dit zal voor veel collegae in de pulmonologie wel een schok zijn. Dit geeft in ieder geval de kwaliteit van de endoscopische stagering aan, die overigens niet lastig is te leren. Ook niet voor pulmonologen.

Helaas heb ik niet alle sessies kunnen volgen. Gelukkig heb ik vier kilo aan ondersteunend papierwerk meegekregen. Als ik hieraan niet toekom, kan ik altijd volgend jaar weer gaan, maar dan naar San Diego.

Pieter Honkoop, MDL-arts, Dordrecht

ENDOSCOPIE

GAAT NOTES HET MAKEN?

De endoscoop is de laatste jaren aan een ware opmars bezig. Nieuwe ontwikkelingen en inzichten liggen daaraan ten grondslag. Momenteel staat *natural orifice transluminal endoscopic surgery*, kortweg NOTES, in de startblokken. De verwachtingen zijn hooggespannen. Terecht?

De afgelopen jaren zijn in de medische zorg meer verfijnde methoden en technieken ontwikkeld om patiënten te onderzoeken en te behandelen. Arts-onderzoeker Rogier Voermans van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam: "NOTES kun je zien als een resultaat van de ontwikkelingen bij chirurgie en MDL. In de chirurgie heeft laparoscopie naam gemaakt. Vergelijkende studies tussen open chirurgie en laparoscopie geven de voordelen van de laatstgenoemde methode aan. Laparoscopische ingrepen zijn minder invasief, patiënten hebben minder pijn, herstellen sneller en, ook niet onbelangrijk, de kosten zijn lager. Moet een patiënt voor een galblaasverwijdering bij open chirurgie nog zo'n vijf dagen in het ziekenhuis verblijven, bij laparoscopie is dat teruggebracht tot ongeveer twee dagen. Op MDL-gebied is flexibele endoscopie een niet meer weg te denken methode. In de jaren vijftig werd endoscopie voor diagnostiek geïntroduceerd. In de jaren zeventig kwamen daar via ERCP therapeutische mogelijkheden bij. Een volgende therapeutische stap had betrekking op het weghalen van poliepen en het behandelen van bloedingen. Speelde dit alles zich nog af binnen het maagdarmkanaal, met de introductie van endo-echo in de jaren negentig was het mogelijk om ook buiten dit kanaal te 'kijken' en bijvoorbeeld de mate van doorgroei van een tumor door de darmwand heen te beoordelen. Ook kon de directe omgeving van de darm en nabijgelegen lymfeklieren worden bekeken. Uit de omgevende lymfeklieren kon met een dunne naald weefsel worden opgezogen voor onderzoek. Daarnaast waren beperkte behandelingen mogelijk, bijvoorbeeld endoscopische drainage van pancreas pseudocysten. De volgende stap werd in het jaar 2000 gezet met de endoscopische behandeling van necrotische collecties in de pancreas. Eigenlijk kunnen we dit de eerste stap van NOTES noemen. Weliswaar blij-

ven we in een gesloten ruimte, maar we verlaten toch het lumen van het maagdarmkanaal. Met NOTES gaan we een stap verder en bevinden we ons in de vrije buikholte."

En nu?

De vraag is of NOTES alle goede eigenschappen van laparoscopie en endoscopie kan verenigen. Voermans: "Laparoscopie is een bewezen methode. Willen we NOTES succesvol toepassen, dan moet deze methode significante voordelen opleveren ten opzichte van laparoscopie. Zover zijn we nog lang niet. NOTES moet het 'varkensstadium' nog verlaten. Maar de verwachtingen zijn hooggespannen. Om in de buikholte te komen, moet de chirurg bij laparoscopie door de buikwand heen. Dat mensen alsmaar dikker worden, is een complicerende factor. In het algemeen kun je zeggen: hoe dikker de patiënt, des te groter de kans op complicaties. Bij NOTES gaat de behandeling via een natuurlijke opening van binnenuit. Dat zou minder ingrijpend kunnen zijn. Tevens worden incisiegerelateerde complicaties als herniaformatie en wondinfecties vermeden en is er een beter cosmetisch resultaat."

Barrières

Volgens Voermans zullen eerst heel wat hindernissen moeten worden genomen. "Veel positieve verwachtingen zijn niet meer dan verwachtingen. De vraag is of we verbeteringen kunnen doorvoeren en hoe significant die zijn. Heeft de patiënt minder pijn? Gaat het herstel sneller? Worden de kosten lager? Is de kans op verklevingen geringer? In welke mate? Op tal van gebieden zijn nog barrières te vinden. Die moeten we onderkennen en zien op te lossen." Om welke barrières gaat het dan? Voermans: "Denk aan geavanceerd

◀ Het NOTES-team van het AMC in Amsterdam (v.l.n.r.): MDL-arts Paul Fockens, chirurg Mark van Berge Henegouwen en arts-onderzoeker Rogier Voermans. Op de foto ontbreekt chirurg Willem Bemelman.

endoscopisch materiaal, het creëren van een veilige toegang, goede sluitingstechnieken, infectiepreventie, betere manieren om complicaties te behandelen en een goede ruimtelijke oriëntatie van de omgeving waarin we met de endoscoop werken. Een vraag is ook wie dergelijke diagnostische en therapeutische ingrepen gaat uitvoeren. Om het zwart-wit te stellen: de MDL-arts die als geen ander met de endoscoop weet om te gaan, of de chirurg die meester is op anatomisch en operatief vlak? Het is in elk geval zaak die beide disciplines te combineren. Een mogelijkheid is dat chirurgen een aanvullende endoscopieopleiding volgen of MDL-artsen een aanvullende chirurgieopleiding. Dat kan bijvoorbeeld door voor een kleine groep deze extra opleidingen in de chirurgie- en MDL-opleidingen te integreren."

Veel onderzoek

Het is duidelijk dat nog veel onderzoek moet worden gedaan. Voermans: "We bevinden ons in een pril stadium van NOTES. Wat we willen en hopen te bereiken, is tot op heden vooral theoretisch gefundeerd. Resultaten die voorhanden zijn op basis van onderzoek met dieren, laten geen verstrekkende conclusies toe. Zoals gezegd zijn we het stadium van proeven met dieren eigenlijk nog niet gepasseerd en is het de vraag of NOTES de kinderschoenen wel haalt." Toch lonken de mogelijkheden en heeft deze nieuwe methode wereldwijd volop de aandacht, vooral in Amerika en Europa. De eerste studies voor toepassing van NOTES bij mensen beginnen al voorzichtig te lopen. In Amerika is bijvoorbeeld een studie gestart naar NOTES bij patiënten die in aanmerking komen voor een partiële maagverwijdering. Daarbij is NOTES tegelijkertijd met laparoscopie toegepast. Maar ook Nederland laat zich niet onbetuigd. In het Amsterdamse AMC doet een team, bestaande uit MDL-arts Paul Fockens, de chirurgen Mark van Berge Henegouwen en Willem Bemelman en arts-onderzoeker Rogier Voermans, onder andere onderzoek naar sluitingstechnieken. Daarvoor vindt samenwerking plaats met het bedrijfsleven en de Technische Universiteit in Delft.

Voermans: "Van belang is dat we ons in eerste instantie vooral op 'eenvoudige' procedures richten, dat wil zeggen: diagnostiek. Kunnen we daar substantiële vooruitgang boeken, dan is wellicht de volgende stap naar therapie mogelijk. Wanneer dat gebeurt, is moeilijk in te schatten. Ik verwacht dat we in de komende jaren behoorlijk wat nieuwe inzichten hebben verworven. Daarmee kunnen we hoe dan ook ons voordeel doen. Want, zelfs als NOTES geen significante verbeteringen laat zien ten opzichte van laparoscopie, zal de explosieve aandacht voor deze methode haar vruchten afwerpen, bijvoorbeeld op het gebied van een geavanceerder endoscopisch instrumentarium of betere sluitingstechnieken. Die nieuwe inzichten vergroten en verbeteren de mogelijkheden van diagnostiek en therapie van MDL-artsen."

COLUMN



BART ELSMAN

CONTROLE

Een inval van de Franse politie in de bus van de Raboploeg. Ploegarts Van Mantgem kijkt machteloos toe hoe zijn medicijnen in plastic zakken worden afgevoerd.

Ik herinner me hoe ik mij, jaren geleden, voelde: als zo'n gendarme.

Ik was arts-assistent op de afdeling nefrologie in het Wilhelmina Gasthuis. Op een maandagavond kregen we de labwaarden binnen van een oudere vrouw, die bekend was met een preterminale nierinsufficiëntie. Ureum en kreatinine waren opeens torenhoog. Ze moest worden opgenomen, maar had geen telefoon. Omdat ze om de hoek ergens vierhoog in de Helmersstraat woonde, liep ik naar haar huis en belde aan.

"Wie is daar?", riep ze van ergens hoog in het trappat. Ik maakte me luikeels bekend en liep de trap op. Boven zat haar echtgenoot aan tafel met een bord warm eten. Tegenover hem een lege stoel en een leeg bord. Zijn vrouw was met een karbonade naar de wc gevluht, omdat ze dacht dat ik kwam controleren of ze zich wel aan het voorgeschreven eiwitbeperkte dieet hield.

Jaren later had ik een dergelijke ervaring. Als we terugkwamen van een lange autorit uit het buitenland, reden we eerst nog even langs de Febo op het Stadionplein. Toen ik met mijn zootje kwam aanlopen, zag ik nog net hoe een oudere vrouw, die mij herkende, een broodje kroket in haar jaszak perste. Ik had haar nogal streng een glutenvrij dieet voorgeschreven, nadat we bij haar op zeventigjarige leeftijd coeliakie hadden vastgesteld. Vanaf haar kinderleeftijd had ze al bloedarmoede gehad, zelfs transfusies gekregen, maar dankte God op haar blote knieën dat de dokters niet zestig jaar eerder die diagnose met dat verschrikkelijke dieet hadden gesteld.

Nadat ze van de eerste schrik was gekomen, haalde ze het broodje kroket weer uit haar zak. Gezellig aten we daarna samen ons broodje. Extra lekker, zo'n verboden kroket.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND COMPUTER TOMOGRAPHY: APPLICATIONS IN COLORECTAL CANCER SURVEILLANCE AND EVALUATION OF CROHN'S DISEASE

Jasper Florie, Universiteit van Amsterdam,
16 mei 2007

Recente radiologische ontwikkelingen maken het mogelijk de darm op een 'patiëntvriendelijke' manier te beoordelen. Dit is met name interessant voor het detecteren van colorectale poliepen en kanker, en voor de ziekte van Crohn. De sensitiviteit met betrekking tot de detectie van grote poliepen lijkt voor CTC na uitgebreide darmvoorbereiding gelijk aan die van coloscopie. Wij zijn van mening dat het grootschalige gebruik van CTC of MRC met beperkte darmvoorbereiding afhankelijk is van nieuwe ontwikkelingen. Mogelijk kan een lage stralingsdosis CTC met beperkte darmvoorbereiding, na enkele kleine aanpassingen in deze darmvoorbereiding, op korte termijn een patiëntvriendelijk en accuraat alternatief zijn voor coloscopie. Met betrekking tot de ziekte van Crohn lijkt MRI een patiëntvriendelijk alternatief voor ileocoloscopie, en geeft MRI zelfs extra informatie over darmsegmenten die niet met ileocoloscopie kunnen worden beoordeeld. Alhoewel er op dit moment geen objectieve parameters zijn, is MRI wel in staat om de ernst van de ziekte van Crohn te bepalen.

Curriculum vitae

Jasper Florie (1971) volgde na afronding van zijn studie geneeskunde (Universiteit van Amsterdam) in 1998 de opleiding tot tropenarts in Medisch Centrum Molendael in Baarn, waarna hij voor een korte tijd naar Ghana vertrok. In september 2001 startte Jasper Florie met promotieonderzoek op de afdeling Radiologie in het AMC.

Gedurende deze periode heeft hij onder leiding van prof. dr. J. Stoker (radioloog) en prof. dr. P.M.M. Bossuyt (klinisch epidemioloog en methodoloog) onderzoek gedaan naar MR- en CT-colografie voor de detectie van poliepen, en MRI bij de ziekte van Crohn. Tijdens de Radiologendagen 2005 ontving Jasper Florie de prijs voor 'de beste wetenschappelijke bijdrage'. Sinds januari 2006 volgt Florie de opleiding tot radioloog in het AMC onder leiding van dr. O.M. van Delden en prof. dr. J.S. Laméris.

Voor meer informatie: j.florie@amc.uva.nl.

VIDEOCAPSULE ENDOSCOPY; FICTION BECOMING FACT

Bas (S.A.C.) van Tuyl, Universiteit van Utrecht,
1 juni 2007

Tot de ontwikkeling van de videocapsule-endoscopie (VCE) was de dunne darm weinig toegankelijk voor endoscopisch onderzoek. Dit proefschrift beschrijft de waarde van VCE in de dagelijkse praktijk, waarbij is gekeken naar voor-

bereiding, diagnostische opbrengst en klinische consequenties van VCE.

Een voorbereiding met één liter lavagevloeistof blijkt een optimale visualisatie van de mucosa te geven zonder noemenswaardige belasting voor de patiënt. De diagnostische opbrengst in een groep van 250 patiënten met onverklaarde ijzeranemie en/of verdenking op M. Crohn bleek 38% te zijn. In een groep van 150 patiënten bleek dat VCE leidde tot een wijziging van het beleid in bijna 40% van de patiënten. En dit percentage steeg tot 59% wanneer VCE relevante afwijkingen aantoonde.

Daarnaast werd de rol van VCE bij specifieke dunnedarm-aandoeningen bekeken. Zo bleek VCE duidelijk aanvullende waarde te hebben in de analyse van patiënten met gemetastaseerde carcinoïd tumoren met onbekende primaire lokalisatie. Daarnaast werd het frequente voorkomen van teleangiëctasieën in de dunne darm aangetoond bij patiënten met hereditaire hemorrhagische teleangiëctasieën (ook bekend als de aandoening ROW).

Curriculum vitae

Bas van Tuyl (1970) studeerde geneeskunde en medische biologie aan de Universiteit van Utrecht. Van 1999 tot 2005 werd hij opgeleid tot MDL-arts in het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. In deze periode werd ook het onderzoek zoals beschreven in dit proefschrift verricht onder leiding van dr. M.F.J. Stolk en prof. dr. E.J. Kuipers. Sinds 1 juni 2005 is Van Tuyl gevestigd als MDL-arts in het Diaconessenhuis Utrecht.

Voor meer informatie: bvtuyl@diakhuis.nl.

PSYCHONEUROENDOCRINOLOGICAL ASPECTS OF ANOREXIA NERVOSA: PREDICTORS OF RECOVERY

Annemarie A. van Elburg, Universiteit van Utrecht,
19 juni 2007

Een studie naar voorspellers van herstel bij anorexia nervosa (AN) in een unieke onderzoeksgroep: 61 jonge ($18,2 \pm 3,1$ (SD) jaar) vrouwelijke deelnemers afkomstig uit twee behandelcentra (Kinder- & Jeugdpsychiatrie van het UMCU en Rintveld, centrum Eetstoornissen) werden gevolgd gedurende het eerste jaar van behandeling. Gestreefd werd naar gewichtsherstel, normalisatie van eetpatroon, lichaamsbeeld, anorectische cognities en gezins- en sociaal functioneren. Veranderingen in lichaamsgewicht en -samenstelling, hormonen, activiteitsniveau en stemming werden bestudeerd. Na een jaar bleek 39% fysiek hersteld.

Hormonaal herstel met betrekking tot menstruatie blijkt te voorspellen, de gevonden resultaten behoeven verdere uitwerking voor klinisch gebruik.

Activiteitsniveaus zijn goed in te schatten door verpleegkundigen en in de acute fase gekoppeld aan leptine. Olanzapine kan dit symptoom beïnvloeden, clinical trials zijn echter nodig.

Zonder fysiek herstel geen psychologisch herstel, maar dit volgt niet altijd vanzelf en terugval treedt vaak op. Blijvend herstel is moeilijk te voorspellen. Vijf jaar later heeft een groot deel van de deelnemers nog altijd een vertekend lichaamsgevoel, gevoelens van somberheid en angstklachten. Aanvullende behandeling is voor hen een noodzaak.

Curriculum vitae

Annemarie van Elburg (1958) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Haar eerste werk- en onderzoekservaring deed zij op in 'The Hospitals for Sick Children, Great Ormond Street' in Londen. Daarna specialiseerde Van Elburg zich in de psychiatrie in Maastricht en vervolgens in de kinder- & jeugdpsychiatrie in het UMC Utrecht. Na haar oplei-

ding werd Annemarie van Elburg stafid bij de afdeling kinder- & jeugdpsychiatrie in het UMCU, waar zij in de jaren negentig het behandelprogramma 'Eetstoornissen voor kinderen en jeugdigen' begon. In 1999 startte het onderzoek dat in dit proefschrift uitmondde. Promotor is prof. dr. H. van Engeland, co-promotor dr. M.J.H. Kas. Van Elburg is medisch manager van Rintveld, centrum Eetstoornissen van ggz-instelling Altrecht te Zeist, adviseur van de patiëntenvereniging SABN (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa) en betrokken bij vele nationale en internationale samenwerkingsverbanden, zowel met betrekking tot research en onderwijs als de behandeling van patiënten met eetstoornissen.

Voor meer informatie: a.van.elburg@atrecht.nl.

COELIAKIE

Vlokatrofie of 'er is meer dan coeliakie'

Auto-immuun-enteropathie (AIE) is een zeldzame aandoening die primair bij kinderen voorkomt. Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door ernstige diarree, *protein-losing enteropathy*, die kan resulteren in levensbedreigende malabsorptie. Biopten van de dunnedarmmucosa laten veelal totale vlokatrofie zien en serologisch onderzoek toont circulerende auto-antistoffen tegen enterocyten aan. Het is een nog zeldzamer beeld bij volwassenen en deze patiënten worden derhalve vaak abusievelijk als refractaire coeliakie gediagnosticeerd, op basis van het histologische beeld en het uitblijven van een respons op een glutenvrij dieet.

Correcte identificatie van deze patiëntengroep is van groot belang gezien de noodzaak tot snelle behandeling met immuunsuppressiva, die mogelijk levenslange afhankelijkheid van totale parenterale nutritie kan voorkomen.

De diagnose AIE kan nu vrij eenvoudig door ons worden gesteld door een indirecte immunofluorescentietest met het serum van de patiënt op vriescoupes van normaal humaan duodenum. Gebruikmakend van fluorescerende conjugaten, gericht tegen humane immunoglobulines (IgA, IgG), kan het patroon zoals aangegeven in *figuur 1* worden gevonden. Het betreft specifieke aankleuring, zowel intracellulair als extracellulair (*brushborder*), van epitheliale enterocyten. Patiënten met persisterende vlokatrofie, waarbij de diagnose coeliakie niet duidelijk kan worden gesteld, zouden moeten worden beschouwd als kandidaten voor AIE en moeten worden gescreend op antistoffen tegen enterocyten. Dit is het geval bij afwezigheid van coeliakiegerelateerde antistoffen (transglutaminase en endomysium, vóór het starten met een glutenvrij dieet), afwezigheid van de genetische predisponerende factoren HLA-DQ2 en/of DQ8, en bovenal

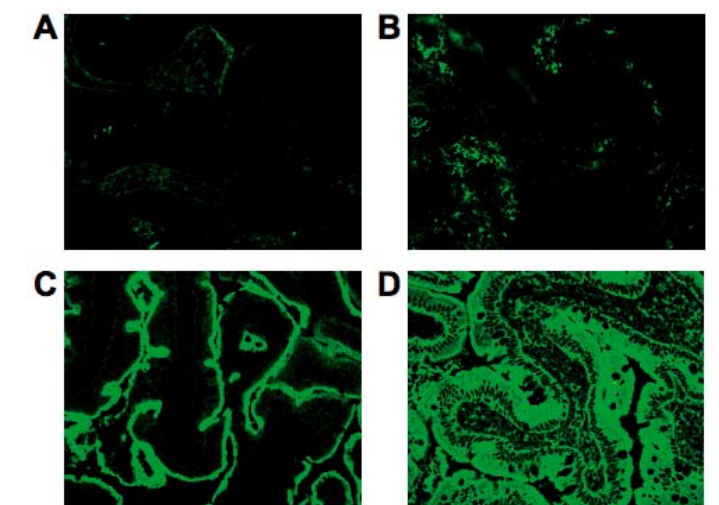
afwezigheid van respons op een glutenvrij dieet.

Materiaal hiervoor (5cc serum) kan naar ons worden gestuurd.

Wieke Verbeek, Marco Schreurs

Afdelingen MDL & Medische Immunologie, VUmc Amsterdam

De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl.



Figuur 1: Indirecte immunofluorescentie-analyse op ongefieerde vriescoupes van normaal duodenum, met serum van een gezonde controle (A,B) en van een AIE-patiënt (C,D). Conjugaat: FITC-geconjugateerd anti-humaan IgG1 (A,C) en anti-humaan IgA (B,D). Vergroting: 200x.

SPONTANE MARSUPIALISATIE VAN PANCREAS-PSEUDOCYSTE NAAR DE MAAG

1 Pseudocystevorming bij chronische pancreatitis treedt in ongeveer 25% van de patiënten op. Soms verdwijnt de pseudocyste spontaan (3–26%). Over de mechanismen van spontane resolutie is weinig bekend. Een mechanisme van resolutie is spontane ruptuur of fisteling in een nabijgelegen orgaan. Hoe vaak een spontane ruptuur of fisteling voorkomt, is evenwel niet bekend.^{1,2}

Wij beschrijven de ziektegeschiedenis van een vrouw van 46 jaar, bekend met een chronische alcoholische pancreatitis met een pseudocyste met een gecompliceerd beloop. De vrouw presenteerde zich op de SEH met acuut ontstane buikpijn linksboven met misselijkheid en braken. Zij was recent opgenomen met een gedecompenseerde alcoholische levercirrose met ascites. Een CT-scan, elders verricht, toonde een levercirrose en een chronische pancreatitis met een pseudocyste gelokaliseerd in de staart van 10 x 8 cm. Zij zou sinds de opname geen alcohol meer gebruiken.

Het lichamelijk onderzoek leverde behoudens drukpijn in epigastrio en leverstigmata geen afwijkingen op. Er was geen koorts, ascites of peritoneale prikkeling. Het laboratoriumonderzoek toonde alleen een verhoogd amylase (349 U/l) en lipase (618 U/l). De X-BOZ toonde verkalkingen bij een chronische pancreatitis. Patiënte werd opgenomen met de werkdiagnose exacerbatie chronische pancreatitis.

Kort na opname werd patiënte hypotensief en tachycard aangevallen. Zij had koorts. De buikpijn was nog onverminderd aanwezig, er was lokale drukpijn in epigastrio, maar de buik was niet peritoneaal geprikkeld. Aanvullend laboratoriumonderzoek liet een forse Hb-daling zien van 9,6 mmol/l naar 5,2 mmol/l. Er bleek geen sprake van gastro-intestinaal bloedverlies. Er was een leukocytose van $18 \times 10^9/l$ en het CRP was 73 mg/l. Patiënte werd behandeld met volumeresuscitatie en bloedtransfusies.

Onder de verdenking van een bloeding of ruptuur van de al dan niet geïnfecteerde pseudocyste werd een CT-angio verricht. Deze liet een bloeding zien uit de arteria gastrica sinistra, die uitgespannen was over de pseudocyste (11 x 15 cm). Vervolgens werd een succesvolle selectieve embolisatie verricht van de arteria gastrica sinistra. Patiënte bleef hierna hemodynamisch stabiel. Inmiddels ontwikkelde zij een gedecompenseerde levercirrose met ascites.

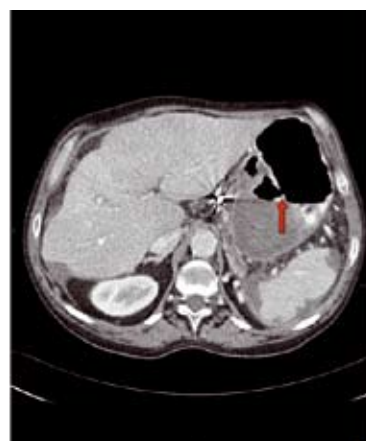
Patiënte knapte uiteindelijk op, echter buikpijnklachten persisteerden. Derhalve werd, vier weken na de *coiling*, een CT-scan herhaald, die naast de bekende afwijkingen multipole miltinfarcten toonde, ten gevolge van de *coiling*. Verder bleek er nu een open verbinding te bestaan tussen maag en pseudocyste (figuur 1). Deze verrassende bevinding werd bevestigd middels gastroscopie. Deze toonde een fors doorgebroken ulcus van 4 bij 5 cm hoog in de fundus met directe verbinding naar de holte van

de pseudocyste. De pseudocyste bleek spontaan te zijn gemarsupialiseerd naar de maagfundus. Behoudens protonpompremming werden geen verdere therapeutische stappen ondernomen. Na enkele dagen werd patiënte in goede conditie ontslagen. Poliklinisch werd een gastroscopie herhaald, deze toonde een genezen ulcus. De pseudocyste was echografisch niet meer aantoonbaar.

Concluderend was er sprake van een hypovolemische shock op basis van een bloeding uit de arteria gastrica sinistra in de pseudocyste, met daarvoor succesvolle embolisatie met een spontane marsupialisatie van de grote pseudocyste naar de fundus van de maag. Mogelijk is er een relatie met deze spontane doorbraak en de voorafgaande embolisatie.

Tessa Uiterwaal en René van der Hulst, MDL, KG Haarlem
m.uiterswaal@vumc.nl; hulst@kg.nl

De referenties bij dit artikel staan op de website www.mdl.nl.



Figuur 1:
CT-abdomen vier weken na *coiling*. Er is een open verbinding tussen maag en pseudocyste.

JEJUNO-ILEALE DIVERTICULITIS

2 De prevalentie van dunnedarm-(DD)diverticulose is hooguit 1%. Ruim 80% van de diverticulae zijn gelokaliseerd in het jejunum en de prevalentie neemt toe met de leeftijd. Ze kunnen chronische non-specifieke symptomen die op IBS lijken of acute symptomen die lijken op appendicitis, cholecystitis en/of colondiverticulitis geven. Dit maakt het stellen van de diagnose jejunale diverticulose moeilijk. De diagnose wordt meestal bij toeval gesteld of bij laparotomie vanwege complicaties. Bekende complicaties van DD-diverticulose zijn buikpijn, malabsorptie, anemie, diverticulitis, abscessen en perforatie.

Casus

Een 56-jarige vrouw bekend met een buikwandcorrectie en polyarthros, kwam op de SEH in verband met buikpijn en koorts.

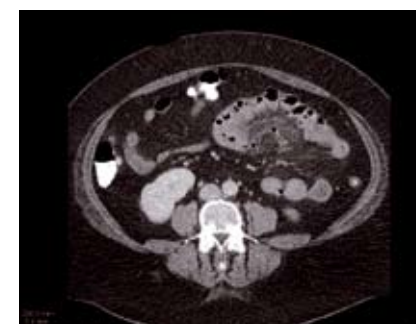
De pijn bestond sinds twee dagen en was gelokaliseerd in de linker onderbuik. Het was hevig, continu, krampend van aard, en nam toe bij bewegen. De ontlasting was normaal. Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een matig zieke vrouw met druk- en loslaatpijn links in de buik.

Bij opname had zij een leucocytose van $16 \times 10^9/L$, en een CRP van 248 mg/L. In verband met de verdenking diverticulitis van het colon werd een CT-abdomen verricht. In de bovenbuik werd ter plaatse van het proximale jejunum over een lengte van circa 20 cm een geringe dilatatie met wandverdickening en uitgebreide vetinfiltratie gezien. Ook waren er luchtbellens in het mesenterium. Een gedeelte lag direct tegen de darmwand, passend bij diverticulose uitgaande van het jejunum. De patiënt werd initieel op niets *per os* gehouden en behandeld met ceftriaxon en Flagyl. Ze knapte snel op en werd binnen een week ontslagen. Ze gebruikt een vezelrijk dieet en is nu zes maanden klachtenvrij. Poliklinisch werd een MRI verricht om de DD-diverticulose in beeld te brengen. Hierbij werd vanaf Treitz een zeer uitgebreide diverticulose zichtbaar van het meest proximale jejunum over een minimale lengte van 1 m. Er was een grote variatie in grootte tot 3 cm in doorsnede. Het ileum vertoonde geen divertikels.

Discussie

DD-diverticulose werd voor het eerst beschreven in 1794. De divertikels zijn gewoonlijk multipel, in tegenstelling tot de ware congenitale Meckel's divertikel. Dunnedarmdivertikels zijn in het proximale jejunum groter en nemen naar distaal af in aantal. Ze gaan vaak gepaard met colondivertikels (20%–70%). Ze zijn het resultaat van hernatie van mucosa en submucosa door de zwakste plek in de dunnedarmwand, de mesenteriale zijde, waar de wand wordt gepenetreerd door gepaarde vaten. DD diverticulitis met of zonder perforatie en abcedering treedt op in 2%–6% van de patiënten. De patiënten presenteren zich meestal met gelokaliseerde of diffuse peritonitis. Het klinisch beeld kan worden verward met appendicitis, cholecystitis, diverticulitis, etc. Beeldvorming, met name CT met oraal contrast, kan waardevol zijn bij het stellen van de correcte diagnose. Capsule-onderzoek en of dubbelballon-endoscopie kunnen hierbij behulpzaam zijn.

V. Jarbandhan, MDL-arts i.o. en M. Craanen, MDL-arts, VUmc



CT-opname met geringe dilatatie met wandverdickening en uitgebreide omgevende vetinfiltratie aan het proximale jejunum. Tevens luchtbellens in het mesenterium.

NIEUWS

Afscheid Jan Taminiau

Op 15 juni heeft Jan Taminiau afscheid genomen van het Emma Kinderziekenhuis/AMC. Dat gebeurde tijdens een symposium over voeding met een aansluitende receptie in het Amsterdamse Krasnapolsky. Jan was vele jaren het gezicht van de afdeling kinder-MDL. De oud hockey-international gaat met pensioen.



Jan met zijn vrouw Helma. Ook de Koningin had aan Jan gedacht.

RECTIFICATIE

Frits Nelis

In het bijschrift bij de foto van Frits Nelis in *MAGMA 2* van dit jaar is hij ten onrechte aangeduid als 'Prof. dr. G.F. Nelis'. Dr. Nelis is geen hoogleraar aan een Nederlandse universiteit. De redactie maakt excuus voor deze door ons gemaakte fout, waartoe dr. Nelis op geen enkele wijze aanleiding heeft gegeven en die we op zijn verzoek hierbij rechtzetten.

MDL IN HET UMCG

‘Er gaat niets boven Groningen’

De afgelopen jaren heeft de MDL in het Universitair Medisch Centrum Groningen onder leiding van Jan Kleibeuker belangrijke ontwikkelingen doorgemaakt. Dit jaar spant de kroon: de afdeling wordt zelfstandig en komt met Chirurgie en een aantal kleinere snijdende vakken in één divisie. Dat biedt de afdeling nieuwe mogelijkheden. Vakinhoudelijk heeft de afdeling vier *speerpunten*: hepatologie en levertransplantatie; IBD en dunnedarmtransplantatie; oncologie; en geavanceerde endoscopie in samenhang met de eerste drie. Deze speerpunten betreffen patiëntenzorg, onderzoek en opleiding.

Hepatologie en levertransplantatie

De hepatologie heeft sinds de fusie van Gastro-enterologie en Hepatologie in 1989 altijd een prominente plaats ingenomen binnen de afdeling, niet in het minst vanwege de levertransplantaties. De klinische hepatologie wordt op dit moment getrokken door Els Haagsma en Aad van den Berg. Versterking van het team is een topprioriteit van de afdeling. Het klinische hepatologische onderzoek is vooral gerelateerd aan de transplantaties. In het uitstekend geoutilleerde researchlab richt Han Moshage zich vooral op mechanismen van celdood bij leverziekten en de mogelijkheden hierop therapeutisch in te grijpen. Klaas Nico Faber onderzoekt met name de functie en regulatie van (trans)membraantransporters in lever en darm. Ook verricht hij samen met Gerard Dijkstra basaal IBD-onderzoek. Het lab heeft een nauwe relatie met het lab Kindergeneeskunde onder leiding van Folkert Kuipers.

IBD en dunnedarmtransplantatie

De IBD is de afgelopen jaren een belangrijk speerpunt van de afdeling geworden. Met Chirurgie en Kindergeneeskunde werken Hendrik van Dullemen, Gerard Dijkstra en Rinse Weersma aan de oprichting van een taakgroep IBD, die als schakel tussen de drie afdelingen de zorg voor IBD-patiënten moet optimaliseren en streamlijnen en als solide basis moet dienen voor het klinische IBD-onderzoek. Er is landelijke samenwerking in de ICC-groep (*Initiative on Crohn and Colitis*) en lokaal met Chirurgie, Celbiologie, Genetica, Medische microbiologie en Farmacie. Het UMCG is het enige actieve dunnedarmtransplantatiecentrum in Nederland. De ervaring is nog beperkt (n=3), maar naar verwachting zal het aantal geleidelijk toenemen.

Oncologie

Endoscopie heeft veel kennis gegenereerd over ontstaan en beloop van maagdarmtumoren. De MDL-arts heeft dan ook een vaste plaats



De staf van MDL-Groningen: in het centrum Els Haagsma, van links onder met de klok mee Gerard Dijkstra, Rinse Weersma, Jan Kleibeuker, Han Moshage, Hendrik van Dullemen, Jan Jacob Koornstra, Frans Albersnagel (klinisch psycholoog-psychotherapeut), Klaas-Nico Faber, Aad van den Berg, Bram Limburg en Frans Peters.

in het oncologisch team voor tractus-digestivustumoren. Belangrijke activiteiten zijn de endosonografie (Hendrik van Dullemen, Rinse Weersma) en de endoscopische mucosale resecties (Frans Peters, Jan Jacob Koornstra). De Groninger MDL profileert zich al jaren op het gebied van de pathogenese en preventie van het colorectaal carcinoom (Jan Kleibeuker, Jan Jacob Koornstra), waarbij er een nauwe samenwerking is met Genetica, Medische oncologie, Pathologie en met Roelof van der Meer in Ede/Wageningen en de STOET in Leiden.

Geavanceerde endoscopie

Groningen is wat betreft endosonografie (> 400/jaar) en ERCP's (> 400/jaar) (nestor Bram Limburg) één van de grote jongens onder de Nederlandse universitaire centra. Sinds kort hoort cholangioscopie ook tot de armatuur (Rinse Weersma, Hendrik van Dullemen). Capsule-endoscopie (Rinse Weersma, Jan Jacob Koornstra) en dubbelballonscopie (Frans Peters, Jan Jacob Koornstra) maken vanzelfsprekend deel uit van het arsenaal. Natuurlijk doet de afdeling ook geavanceerde patiëntenzorg die niet binnen deze speerpunten valt. Met Chirurgie bestaat een nauwe samenwerking met betrekking tot gecompliceerde acute en chronische pancreatitis. En nog dit jaar wordt gestart met slokdarmimpedantiemeting (Frans Peters). De opleiding MDL (Jan Kleibeuker, Hendrik van Dullemen) wordt samen met de collegae in het Medisch Spectrum Twente in Enschede en de Isala Klinieken in Zwolle verzorgd. Aio's kunnen zich in het bijzonder bekwamen in hepatologie, oncologie en geavanceerde endoscopie. Er is begonnen met het opleiden van verpleegkundig-endoscopisten.