

Tijdschrift van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen

MAGMA

Jaargang 11
Nummer 3
September 2005



Etniciteit en MDL-ziekten

Effecten van een veranderende
bevolkingssamenstelling





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 patiëntenorganisaties. De uitgave van MAGMA wordt mogelijk gemaakt door ALTANA Pharma bv. MAGMA verschijnt vier keer per jaar.

REDACTIE

Chris Mulder
Wim Hameeteman
Marleen Groeneveld
Joep Bartelsman
Harry Janssen
Ad Masclee
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 vragen:
ALTANA Pharma bv
Postbus 31
2130 AA HOOFFDORP
E-mail: info@altanapharma.nl

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 én voor de dynamiek van het vakgebied maag-darm-leverziekten.

COVERFOTO

Foto: Getty Images

MDL - TRANSFERS

Kristien Tytgat vertrekt uit Alkmaar en zet haar carrière als oncologisch MDL-arts voort in het UMCU. Frank Vlegaar blijft in het UMCU als stafid, ook voor de MDL-oncologie; hun taakverdeling volgt nog. Dimitri Heine (VUmc) start als Kristiens opvolger, als 4^e MDL-arts. De MDL gaat er ontvlechten. Sunje Schlotzhauer vertrekt uit het EMC te Rotterdam en gaat naar het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp als 3^e MDL-arts. Ingrid Gisbertz (Radboud) gaat als 2^e MDL-arts naar Oss/Veghel. Paul Boekema verlaat Venlo en start in MMC in Eindhoven als opvolger van Cees van Es, die noodgedwongen moet stoppen. Venlo zoekt nu met spoed een 3^e en in 2006 een 4^e MDL-er. Marijke Rasch (ex-UMCU) start als 3^e MDL-arts in Drachten; wij zijn blij dat ze terug is in de MDL. Interessant is het, dat het Academisch Ziekenhuis te Maastricht - vooruitlopend op de invulling van de vacature hoogleraar - drie MDL-artsen wil aannemen. De nieuwe hoogleraar zou zo geconfronteerd kunnen worden met een staf waaraan hij of zij weinig kan veranderen. In Rotterdam gaat het daarentegen *sky high*. Harry Janssen is inmiddels voorgedragen als hoogleraar leverziekten in het EMC om samen met Ernst Kuipers de MDL-afdeling verder te ontwikkelen. Annette Fritscher-Ravens komt over uit Londen voor endo-echo en interventiescopie; Pavel Taimr komt via de Mayo uit Praag voor de lever over om de MDL EMC nog verder te versterken. Enschede is aan het 'headhunting' en belt gedroomde kandidaten op. Apeldoorn praat met kandidaten. Almelo en Hengelo zijn er helaas niet in geslaagd een 3^e en 4^e MDL-arts aan te trekken. Men heeft nu contact met Duitse kandidaten. Het vervullen van vacatures, zelfs in grotere ziekenhuizen, verloopt moeizaam. Na het echec van Tilburg bestaat ook hier een probleem (n=2). De problemen in kleinere ziekenhuizen, waar men een MDL-arts binnen de interne geneeskunde zoekt, blijven groot.

Assen, Bergen op Zoom, Heerenveen, Roosendaal, Vlissingen en Winterswijk hebben ernstige problemen. BovenIJ in Amsterdam-Noord krijgt van de AGIS geen toestemming voor een MDL-arts: er zijn volgens de verzekeraar ('Zo is AGIS') te veel MDL-artsen in de regio. Collega Teunen, internist, leidt nu een hemato-oncoloog op tot scopist. Zaandam wil een 2^e MDL-arts aantrekken per 01-01-2006; van deze collega wordt verwacht dat hij of zij meedoet aan de interne achterwachtdiensten. CWZ Nijmegen zoekt een 4^e MDL-arts; achterwacht interne dienst hoeft niet. Leeuwarden is ook op zoek en de vraag wordt in dit *old boys*-netwerk of ze een vrouw aandurven, en of er een vrouw is die dit aan wil.

Voor de 29 vacatures die ik aankondigde in MAGMA 2004-2005, zijn nog 19 MDL-ers beschikbaar die tot 1-1-2007 afstuderen; de rest is al onderdak. Gunstig is het wel dat er steeds meer stemmen opgaan in de interne geneeskunde om de achterhoedegevechten met de MDL op te geven. Uit de enquête die is verricht naar de productie aan endoscopieën in 2004, komt naar voren dat het aantal endoscopieën de laatste vijf jaar is toegenomen van rond de 325.000 naar 410.000 scopieën per jaar, terwijl we het aantal potentiële vacatures voor de MDL de komende jaren (2005-2010) moeten inschatten op 100-120 fte's. De instroom MDL-artsen bedraagt ongeveer 100 (2006-2009; 24, 22, 17, 17plus, M/V 36/35). Eén fte is iets anders dan één kant-en-klare MDL-arts; hoeveel willen parttime gaan werken? Het NIVEL-rapport ging uit van 400 MDL-artsen in 2014. Het aantal praktiserende MDL-artsen bedraagt 240, waarvan 233 lid zijn van ons genootschap.

C.M.

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; St. Radboud Nijmegen, Fokko Nagengast; Erasmus MC Rotterdam, Harry Janssen; Academisch Ziekenhuis Groningen, Bram Limburg; Universitair Medisch Centrum Utrecht, Bas Oldenburg; Leids Universitair Medisch Centrum, Cock Lamers.

MAGMA beter benutten

In tien jaar tijd heeft MAGMA zich ontwikkeld tot een gewaardeerd officieel orgaan van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Lever-artsen. De appreciatie voor het blad is hoog, zowel bij MDL-artsen als bij internisten, andere medici en niet-medici. Met een gemiddeld rapportcijfer van 8- is het totaaloordeel gelijk aan dat van het lezersonderzoek uit 2000. Elders in dit nummer vindt u de resultaten van het lezersonderzoek dat in maart van dit jaar is uitgezet en dat een goede respons heeft opgeleverd.

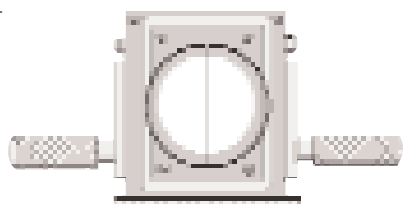
De redactie gaat – terecht – lastige onderwerpen niet uit de weg. De vorige editie met een tussenstand van de invoering van DBC's en een pittige discussie over het al dan niet werken in een zelfstandige MDL-maatschap, is daarvan een goed voorbeeld.

Het bestuur van het Genootschap is van plan nog beter gebruik te maken van de mogelijkheden die MAGMA biedt. Er is in dit boeiende vakgebied voortdurend van alles gaande. De discussies over kwaliteit verstommen geen moment. De grenzen tussen ons vak en dat van anderen staan voortdurend ter discussie. In mijn oratie – wat lijkt dat al weer lang geleden – introduceerde ik de digestivist, een geslaagde kruising van een MDL-arts met een GI-chirurg. Er is voortdurend behoefte aan allerlei feitelijke informatie, bijvoorbeeld over de ontwikkeling van het aantal endoscopieën in Nederland. En – menselijk als we zijn – maken we ons ook druk over de ontwikkeling van onze inkomens en de voortdurende toename van onze administratieve verplichtingen. Kort en goed: aan nieuws en discussie geen gebrek. Waar mogelijk zullen wij als bestuur dat nieuws en die discussie geleiden via MAGMA.

Het getuigt immers van kracht en zelfbewustzijn onderwerpen zo open mogelijk te bespreken. Ons tijdschrift is zo'n 'open forum'. Het ligt op de bureaus van collega Genootschapsleden, op dat van de internist, de ziekenhuisdirecteur, de beleidsambtenaar, de zorgverzekeraar en de medisch journalist. Iedereen mag zien waar we mee bezig zijn en daarop reageren. Het vak is in de afgelopen decennia volwassen geworden, het blad is daarin meegegroeid. Het kost tijd met een magazine de positie op te bouwen die MAGMA nu heeft bereikt. Dat gaat niet in een jaar en zelfs niet in vijf jaar. De investering in de opbouw van die positie kan nog beter gaan renderen. Wij zullen daar als bestuur onze bijdrage aan leveren.

Was getekend,

Melvin Samsom
– voorzitter –



Mozaïek: promotieplaatsen voor allochtoon toptalent

Voor het tweede achtereenvolgende jaar voert NWO het programma *Mozaïek* uit. NWO en het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen stellen samen 4 miljoen euro beschikbaar, goed voor de financiering van twintig promotieplaatsen. Ze worden beschikbaar gesteld aan allochtone onderzoekers die hun volledige universitaire opleiding in Nederland hebben gevolgd of – bij een gedeeltelijke opleiding – minimaal vijf jaar in Nederland wonen. Sarwa Darwish Murad is één van de zeven onderzoekers op het gebied van de levenswetenschappen die in 2004 een promotieplaats kreeg aangeboden. Zij werkt op de afdeling MDL-ziekten van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.

In de wetenschap zijn minderheden ondervertegenwoordigd. NWO is voorstander van diversiteit en maakt zich zorgen over het talent dat voor de wetenschap verloren gaat. Om een beeld te krijgen van de oorzaken van de gebrekkige doorstroming, heeft NWO in 2002 een onderzoek laten uitvoeren naar de vertegenwoordiging van en ervaringen bij allochtone onderzoekers aan de universiteiten. Een enquête toont dat met name de 'klassieke' minderheidsgroepen – Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen – in de wetenschappelijke staf nauwelijks vertegenwoordigd zijn. Daar staat tegenover dat de instroom van studenten uit deze groepen de laatste jaren gestaag is toegenomen en dat de uitval afneemt. De doorstroming van afgestudeerden naar een promotieplaats blijkt echter moeilijk te zijn. Enerzijds weten academische instellingen kandidaten uit minderheidsgroeperingen nog niet goed op te sporen en aan zich te binden; anderzijds blijken deze kandidaten zelf vaak onvoldoende geïnformeerd.

Belangstellenden melden zich bij NWO aan met een kort beschreven onderzoeksidee. Elke kandidaat moet ook een aanbevelingsbrief meesturen van een beoogd promotor bij een van de dertien Nederlandse universiteiten. Er worden maximaal 40 kandidaten uitgenodigd voor een aantal workshopdagen waarin ze advies krijgen over het uitwerken van het globale idee tot een uitgewerkt onderzoeksvoorstel. De uitgewerkte onderzoeksvoorstellen worden daarna – net zoals bij de andere subsidieprogramma's van NWO – extern beoordeeld. Voor 2005 zijn 142 onderzoeksprojecten ingediend. Het programma zal ook in 2006 worden uitgevoerd.

Veel allochtone patiënten met buikklachten

De meeste internisten en MDL-artsen, zeker in de Randstad, zien steeds vaker allochtone patiënten op hun spreekuur, en veel van deze allochtone patiënten komen met buikklachten. Waarom komen er zoveel allochtone patiënten met buikklachten op het spreekuur? Dit hangt in de eerste plaats samen met de demografische veranderingen die zich in de afgelopen decennia in Nederland hebben voorgedaan. Woonden er in 1972 in Nederland nog maar 160.000 niet-westerse allochtonen op een bevolking van ruim 13 miljoen, momenteel wonen er circa 1,7 miljoen niet-westerse allochtonen in Nederland op een bevolking van ruim 16 miljoen. Kon dus in 1972 worden verwacht dat 1 op de 100 patiënten van allochtone afkomst was, nu kan worden verwacht dat 10 op de 100 patiënten van allochtone afkomst zullen zijn. Hierin bestaan overigens grote regionale verschillen. Ervan uitgaande dat allochtone en autochtone patiënten even vaak de polikliniek bezoeken, zullen in ziekenhuizen in Friesland en Drenthe 3 à 4 op 100 patiënten van allochtone afkomst zijn, terwijl dit in ziekenhuizen in Rotterdam en Amsterdam er 35 op de 100 zijn. In een ziekenhuis in Rotterdam of Amsterdam met vooral patiënten uit de achterstandswijken, zou zelfs meer dan de helft van de patiënten van allochtone afkomst kunnen zijn.

In de tweede plaats zou het kunnen dat allochtone patiënten vaker de arts bezoeken dan autochtonen. Dit lijkt zich bij de huisarts inderdaad voor te doen. Turkse en Marokkaanse ziekenfondspatiënten in Amsterdam gaan 3 keer zo vaak naar de huisarts als autochtone ziekenfondspatiënten. Maar dit verschijnsel lijkt zich niet voor te doen bij polikliniekbezoek of bij ziekenhuisopnames.

KLACHTEN

Hebben allochtone patiënten vaker buikklachten dan autochtone patiënten? Uit huisartsenregistraties blijkt dat Turken, Marokkanen en Surinamers 1,5-2 keer zo vaak met klachten over het maagdarmkanaal bij de huisarts komen dan autochtonen. Huisartsen stellen vervolgens 2 keer zo vaak een diagnose op het gebied van het maagdarmkanaal bij deze etnische groepen. Maar dit leidt er ook toe, dat huisartsen allochtone patiënten vaker doorverwijzen naar de tweede lijn in verband met onbegrepen buikklachten. Van de patiënten die in 1997 nieuw werden verwezen naar de polikliniek Inwendige Geneeskunde van het Erasmus MC, was 7% van de autochtonen verwezen voor nadere diagnostiek in verband met buikpijn. Van de Turkse en Marokkaanse patiënten was dit 21 en 22%.

PRESENTATIE

Waarom noemen allochtone patiënten op het spreekuur vaker buikklachten? Dit zou kunnen samenhangen met een andere, cultureel bepaalde, manier van het presenteren van klachten door de patiënt. Veel allochtone groepen uiten stress ten gevolge van onder andere problemen met aanpassing aan de Nederlandse samenleving, heimwee, financiële problemen, enzovoort,

als lichamelijke klachten. Daarnaast wordt door bijvoorbeeld Turkse en Marokkaanse patiënten de term van 'buikklachten' ook gebruikt om op een indirecte manier aan te geven dat ze fertiliteits- of seksualiteitsproblemen hebben, bijvoorbeeld een Turkse vrouw die denkt dat ze zwanger is, kan dit bij de arts proberen aan te geven door te zeggen dat ze buikpijn heeft. Er bestaan geen harde cijfers over hoe vaak buikklachten bij allochtonen berusten op een andere culturele presentatie van klachten. Door de poortwachterfunctie van de huisarts zal dit minder vaak een verklaring zijn voor de buikklachten waarvoor patiënten de medisch specialist raadplegen.

PREVALENTIE

Wat is er bekend over etnische verschillen in de prevalentie van MDL-aandoeningen? Alhoewel er in Nederland in toenemende mate onderzoek wordt gedaan naar de gezondheidsproblemen van allochtone groepen in Nederland, heeft dit onderzoek zich nog nauwelijks op MDL-aandoeningen gericht. Van een aantal genetisch bepaalde aandoeningen die gepaard gaan met buikklachten, is bekend dat ze vaker bij allochtonen dan autochtonen voorkomen. Dit betreft onder andere familiale mediterrane zeekoorts, dat vooral voorkomt bij patiënten van Joodse, Armeense, Turkse en Arabische afkomst. Meer dan 95% van de patiënten met familiale mediterrane zeekoorts heeft naast koorts ook buikpijn als symptoom. Maar ook binnen deze etnische groepen betreft dit een relatief zeldzame aandoening. Een meer frequent voorkomende genetische aandoening die vaker bij allochtonen voorkomt, is lactasedeficiëntie; de prevalentie bij autochtonen is 5-15% tegen meer dan 80% bij personen met een Afrikaanse of Aziatische herkomst. Daarnaast is de prevalentie van bepaalde infectieziekten op het gebied van MDL veel hoger in niet-westerse landen. De prevalentie van *H. pylori*-infectie is in westerse landen minder dan 50%, terwijl de prevalentie in niet-westerse landen tussen de 70-90% is. De prevalentie van hepatitis B is in bijvoorbeeld Turkije en China 10 keer hoger dan in Nederland. Patiënten die buiten Nederland zijn opgegroeid of die regelmatig contact hebben met (personen uit) hun herkomstland, lopen dus een verhoogd risico op deze infectieziekten. Daar staat tegenover dat bepaalde MDL-aandoeningen waarschijnlijk vaker bij autochtonen voorkomen dan bij allochtonen. Colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn komen vaker voor onder autochtonen dan onder personen met een Afrikaanse of Aziatische herkomst. Recent zijn er ook wat hardere gegevens beschikbaar gekomen over etnische verschillen in MDL-aandoeningen in Nederland. In een onderzoek naar etnische verschillen in vermijdbare doodsoorzaken in Nederland in de periode 1995-2000 zijn ook gegevens over een aantal MDL-aandoeningen gepresenteerd. De vier grote etnische minderheidsgroepen (Turken, Surinamers, Marokkanen, Antillianen/Arubanen) hadden na correctie voor leeftijd, een 2,4 keer zo hoog risico op sterfte ten gevolge van leverkanker, een 8 keer zo hoog risico op sterfte ten gevolge van hepatitis A-E, en bij mannen een 3 keer zo hoog risico op sterfte ten gevolge van galblaasontsteking/galstenen dan autochtonen. Autochtonen

daarentegen hadden in vergelijking met allochtonen een 2 keer zo hoge sterfte ten gevolge van colorectalkanker. Er waren geen verschillen in sterfte tussen allochtonen en autochtonen ten gevolge van blindedarmonsteking of maagzweren.

CONCLUSIE

Er komen steeds vaker allochtone patiënten op het spreekuur, waarvan een aanzienlijk deel met buikklachten. Dit komt deels door de demografische veranderingen in Nederland, deels door een andere culturele presentatie van klachten door allochtonen, en deels ook door een hogere prevalentie van MDL aandoeningen onder allochtonen. Uit sterftcijfers blijkt dat allochto-

nen een aanzienlijk hogere sterfte hebben ten gevolge van een aantal vermijdbare doodsoorzaken op het gebied van MDL, doodsoorzaken waarvoor er binnen de tweede- en derdelijns curatieve geneeskunde effectieve behandelingen zijn. Dit betekent dat internisten en MDL-artsen de mogelijkheid hebben om een bijdrage te leveren aan het verkleinen van deze etnische verschillen in sterfte.

Dr. Inez Joung
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg
Erasmus MC, Rotterdam
E-mail: i.joung@planet.nl

MIRJAM VISSERS



NEDERLAND TELT IN TOTAAL BIJNA 240 MDL-ARTSEN. ONDER HEN BEVINDEN ZICH OOK SPECIALISTEN MET EEN ALLOCHTONE ACHTERGROND. WAT TREKT HEN NAAR NEDERLAND? HOE KIJKEN ZE TEGEN DE OPLEIDING EN HET VAK AAN? EEN GESPREK MET VIER MDL-ARTSEN IN OPLEIDING: DE IRAKEZEN MUHAMMED HADITHI EN ABDULBAQI AL-TOMA, DE SURINAMER VIJAY JARBANDHAN EN HALIL AKOL, VAN TURKSE KOMAF.

Andere achtergrond, hetzelfde vak

Hadithi (38) studeerde twee keer af voor zijn basisartsdiploma: één keer in Irak (1990) en één keer in Nederland (1996). Daarna begon hij aan de Vrije Universiteit van Amsterdam zijn opleiding interne geneeskunde en MDL. Op 1 juni is hij als MDL-arts begonnen in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Kiest hij daarmee voor een loopbaan in Nederland? “Ja, ik heb op dit moment geen enkele illusie dat de situatie in Irak op korte termijn verandert. Het zal zeker nog twintig of dertig jaar duren voordat er weer een gezond medisch peil is bereikt.” Dat peil kenmerkte zich destijds vooral door veel theorie. “Onze opleiding was meer theoretisch dan praktisch gericht. Gevolg was dat je briljante studenten tegenkwam met een schat aan kennis, maar die moeite hadden om hun kennis naar de praktijk te vertalen. De opleidingen in Nederland verschillen in dat opzicht. Studenten en artsen in Nederland bouwen hun kennis en ervaring eerder in de praktijk op.” Volgens Hadithi hadden in die tijd militaire ziekenhuizen in Irak meer faciliteiten dan algemene ziekenhuizen. “In een ziekenhuis in Bagdad dat tot de regering en elite van Saddam behoorde, waren bijvoorbeeld ook Ierse specialisten werkzaam. Door de oorlogen en de politieke onrust is enorm veel vernietigd.”

Al-toma (42) beaamt dat. “Tot begin jaren negentig was Irak nog redelijk stabiel. Daarna is het land in alle opzichten zinderen afgebrokkeld. Dat geldt ook voor het gezondheidszorgsysteem, dat steeds meer als een politiek wapen werd ingezet. Vanaf dat moment kreeg Irak te maken met een geweldige uitstroom van hoogopgeleiden, inclusief medici. Veel kennis is uit het land verdwenen. Die vluchtelingen gaan, zeker gezien de nog voortdurende politieke onrust, niet snel terug. Sterker nog, sinds kort is er een tweede golf van vluchtende artsen op gang gekomen. Van de tien artsen in een ziekenhuis worden er acht bedreigd. Dat is geen goede basis om aan de toekomst van je land te werken. Voordat Irak die kennis terugheeft en een goed lopend gezondheidszorgsysteem heeft opgebouwd, ben je tientallen jaren verder.”

MRSC

Al-toma heeft evenals Hadithi het nodige dubbele studiewerk moeten verrichten. “In Irak had ik na mijn vierjarige opleiding interne geneeskunde reeds drie jaar werkervaring als internist. Samen met de diploma’s die ik tussentijds in Engeland heb behaald, het ‘Membership of the Royal College of Physicians’, biedt mij dat één jaar compensatie bij de MDL-oplei-

ding in Nederland. Dat is bijzonder weinig. De wegen van de Medisch Specialist Registratie Commissie zijn soms ondoorgankelijk. Zeker als ook nog eens blijkt dat bij de beoordeling van twee gelijke gevallen twee verschillende uitkomsten mogelijk zijn. Dat is, zacht uitgedrukt, vreemd. De registratie van buitenlandse artsen lijkt daarmee een subjectieve aangelegenheid en afhankelijk van de visie van de betreffende ambtenaar of voorzitter.”

Volgens Hadithi is Nederland bijzonder moeilijk toegankelijk op het gebied van geneeskunde: “Niet alleen loop je tegen een administratieve reus aan, ook lijkt de politiek door haar beleid kunstmatig een tekort aan specialisten te creëren. Een merkwaardige situatie, want er is voldoende aanbod en de vraag naar specialisten is groot. Voor artsen buiten de Europese Unie wordt het bovendien nog eens extra moeilijk om te worden toegelaten, omdat hun diploma’s niet zo snel worden erkend.”

TECHNISCH TURKIJE

Akol (34) woont vanaf zijn zesde jaar in Nederland. Op het gebied van onderwijs heeft hij het reguliere traject gevolgd. “Tijdens mijn opleiding geneeskunde aan de VU heb ik een tweejarig uitstapje gemaakt naar voeding en gezondheid aan

de Wageningse universiteit. Daar is mijn belangstelling voor maag-, darm- en leverziekten gewekt. Die belangstelling is verder aangewakkerd door mijn wetenschappelijke stage bij de promotie van Leo Dieleman.” Zelf is hij een voorstander van de combinatie drie jaar interne en drie jaar MDL boven twee jaar interne en vier jaar MDL: “Met de drie-drie combinatie heb je meer kennis van interne geneeskunde. Dat heeft mijn voorkeur. In Turkije staat voor interne geneeskunde vier jaar en MDL-specialisatie drie jaar. Vaak zie je dat artsen in Turkije ook nog enkele jaren in Amerika gaan studeren om kennis en ervaring op te doen. Overigens kruipen de opleidingen in Turkije en de landen in de Europese Unie steeds dichterbij elkaar toe. Het opleidingsniveau in Turkije is behoorlijk hoog, terwijl ook de nieuwste technieken in een vroeg stadium worden geïntroduceerd, met name in grote steden als Istanbul, Ankara, Izmir en Kayseri. Zo beschikken MDL-artsen in Istanbul over de dubbelballon-endoscopie voor de dunne darm. In Nederland is deze techniek in twee ziekenhuizen aanwezig: het VUmc in Amsterdam en het Erasmus MC in Rotterdam. Maar ook met andere specialismen is Turkije technisch aardig bij de tijd of loopt het voorop. Zo heb ik zelf in Istanbul mijn ogen laten laseren met een techniek die in Nederland nog niet voorhanden is. En tegen een tarief dat ver beneden de Nederlandse prijzen ligt. Het zijn vrijwel uitsluitend privé-klinieken die deze moderne technieken in huis hebben. Turkije lijkt in dat opzicht meer op Amerika dan op Nederland. Het merendeel van de ziekenhuizen bestaat uit privé-klinieken die commercieel zijn ingesteld. Een beetje oogkliniek is al gauw zo groot als het VUmc in Amsterdam.” Zou Akol een MDL-praktijk in Turkije willen starten? “Nee, mijn werkterrein ligt in Nederland, maar Turkije heeft toch een speciale plek in mijn leven. Niet alleen ga ik er regelmatig op vakantie en heb ik contacten met collega's in het vak, ook bij mijn werk in Nederland speelt het mee. Zo ben ik bezig met een patiënten-voorlichtingssite op het gebied van maag-, darm- en leverziekten. Deze site, www.darmvoorbereiding.nl, wil ik te zijner tijd ook in het Turks laten verschij-



nen. Het bloed kruipt toch waar het niet gaan kan.”

EIGEN INITIATIEF

De uit Suriname afkomstige Vijay Jarbandhan (36) ziet zijn toekomst als MDL-arts in zijn geboorteland. Dat hij Nederland koos voor zijn opleiding, ligt volgens hem voor de hand. “Op de eerste plaats speelt natuurlijk de Nederlandse taal een rol. In tal van medische opleidingen worden dezelfde boeken gebruikt. Dat vergemakkelijkt veel. Daar komt nog bij dat Suriname een traditie heeft met Nederland: veel contacten zijn al gelegd en paden gebaad. Zo werd vroeger al veel samengewerkt met het ziekenhuis in Leiden, nu gebeurt dat vooral met het ziekenhuis in Maastricht. In tal van opzichten is Suriname daardoor organisatorisch een kopie van Nederland. Een verschil is dat de diagnostische en therapeutische mogelijkheden beperkt zijn. Evenals in Nederland duurt de opleiding voor huisarts in Suriname zes jaar, met dit verschil dat de opleiding gratis is. Deze zes jaar worden in Suriname verplicht aangevuld met een extra jaar, waarin tandheelkunde, poortartswork, public health en vleeskeuringen op het programma staan. Dat programma kan verbazing wekken, maar je moet bedenken dat Suriname vier tot vijf keer

groter is dan Nederland en de bewoning erg is versnipperd. Nadat je de opleiding succesvol hebt afgerond, word je naar een district gestuurd. In zo'n district ben je dan de enige arts.”

Voor specialistenopleidingen gaan Surinaamse artsen vrijwel allemaal naar Nederland. Jarbandhan: “Een enkeling wil nog wel eens uitwijken naar een land als Amerika, maar dat is eerder uitzondering dan regel.”

Bij een bevolking van een half miljoen mensen gaat het niet om grote aantallen specialisten. Er zijn bijvoorbeeld dertien internisten, acht chirurgen en er is één longarts. Jarbandhan: “Vooral als je de enige specialist bent in jouw vakgebied, is dat moeilijk. Je moet alles alleen doen en kunt bijvoorbeeld ook niet even advies inwinnen bij een collega. Het MDL-vak als zelfstandige discipline bestaat in Suriname niet. Ik zou de eerste zijn die zich uitsluitend met MDL zou gaan bezighouden. Daarbij stelt de staat zich welwillend op om steun te verlenen, maar het slagen van zo'n onderneming hangt voor een groot deel af van je eigen initiatieven. Een mooie uitdaging, die ik graag wil aangaan.”

De MDL-artsen in opleiding: de Iraakees Muhammed Hadithi, inmiddels MDL-arts in Gouda, de Surinamer Vijay Jarbandhan, de Iraakees Abdulbaqi Al-toma en Halil Akol, van Turkse afkomst.

Kleurrijke MDL-praktijk bij Haagse schilderswijk

AAN DE RAND VAN DE HAAGSE SCHILDERSWIJK STAAT HET WESTEINDE ZIEKENHUIS, DEEL VAN HET MEDISCH CENTRUM HAAGLANDEN, DAT OOK IN LEIDSCHENDAM EEN LOCATIE HEEFT. DE VERSCHILLEN KUNNEN NAUWELIJKS GROTER ZIJN: IN DEN HAAG EEN BONTE VERZAMELING VAN NATIONALITEITEN EN BEROEPEN, IN LEIDSCHENDAM VRIJWEL UITSLUITEND AUTOCHTONEN MET EEN AMBTELIJKE BETREKKING.

DR. SJOERD VAN DER WERF IS ÉÉN VAN DE TWEE MDL-ARTSEN IN HET WESTEINDE. HIJ ZIET DAN OOK VEEL ALLOCHTONE PATIENTEN. "ALS JE PATIENTEN UIT AFRIKA KUNT AANSPREKEN IN HET SWAHILI, GEEFT DAT METEEN EEN BAND."

Na zijn studie werkte Van der Werf een aantal jaren in Kenia. Hij leerde de taal en raakte vertrouwd met de grote culturele verschillen. "Die ervaring komt me hier nu zeer van pas."

In zijn praktijk ziet Van der Werf jaarlijks zo'n 400 patiënten. Ongeveer 30% is van buitenlandse afkomst. Bij spoedeisende hulp is dat percentage nog veel hoger. "Er wonen hier veel Hindoestanen uit Suriname, Antillianen, Turken, Marokkanen, Egyptenaren, Irakezen en Iraniërs, Pakistanen en tal van andere nationaliteiten, waaronder illegale Polen en Roemenen die in het Westland werken. Onlangs had ik zelfs een patiënt uit Mongolië, die in Den Haag studeert aan een van de vele internationale opleidingsinstituten." Eén van de verklaringen voor de relatief grote toestroom van allochtonen naar de spoedeisende hulp is de beperkte rol die de huisarts speelt in bin-

nensteden. "Veel mensen hebben geen huisarts en komen meteen hierheen."

VERSCHILLEN

Ten opzichte van de Nederlandse populatie is het aantal mannen relatief hoog, behalve bij de Hindoestanen. De gemiddelde leeftijd is lager dan die van de autochtone populatie. Van der Werf ziet ook duidelijke verschillen in ziektebeelden. "Heel algemeen geldt dat dyspeptische klachten aanzienlijk vaker voorkomen. Dat heeft zeker te maken met het feit dat allochtonen, en in het bijzonder mensen uit het mediterrane gebied, vaker roken dan Nederlanders. Ook *Helicobacter pylori*-besmetting komt veel voor.

SPECIFIEK

Bij Egyptenaren vallen ziekten op als bilharzia, virale hepatitis en andere tropische infecties. Bij mensen uit Ethiopië, Soedan en Somalië moet je alert zijn op HIV-besmetting en op tuberculose van

maag en buiklymfeklieren. Malaria zien we hier al gauw tien tot vijftien keer per jaar. En ook amoebiasis, soms met leverabscessen, komt twee tot drie keer per jaar voor. Turken en Marokkanen van het platteland hebben veelvuldig last van infectieziekten als schistosomiasis. Daar zie je ook relatief vaak de ziekte van Behçet en familiale mediterrane koorts (FMF), een aandoening die verband houdt met het feit dat er in kleine kring getrouwd wordt. Bij Surinamers zie je de meeste tropische importziekten. Het is in ieder geval van belang altijd goed door te vragen naar de plaats van herkomst. Bij mensen van het platteland moet je alert zijn op andere zaken dan bij stedelingen."

SCHOLING

Volgens Van der Werf heeft de kennis binnen het ziekenhuis over aandoeningen die in de Nederlandse populatie niet zo vaak vóórkomen, zich geleidelijk ontwikkeld met het veelkleuriger worden van de

Gesol met ernstig zieke Kameroenese

Tot de minder vrolijke kanten van het werken in een binnenstadziekenhuis behoort de zorg voor illegalen. Recent kreeg Van der Werf een 32-jarige vrouw uit Kameroen op zijn spreekuur. Illegaal, zonder vaste woon- of verblijfplaats en onverzekerd. De mobiele telefoon was het enige middel om met haar in contact te komen. Ze was gevlucht omdat haar hele familie op één na was vermoord. De vrouw had last van rectaal bloedverlies. Bij onderzoek stelde Van der Werf een rectumtumor vast ten gevolge van schistosomiasis. Met de chirurg werd overlegd over de noodzakelijke operatie. En toen was de vrouw plotseling verdwenen. Enige tijd later kwam de melding dat ze in de gevangenis van Scheveningen was opgesloten. Overleg baatte niet. Korte tijd later meldde de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) vanaf Schiphol dat de vrouw was uitgewezen naar Frankrijk, het land waar ze Europa was binnengekomen. Argument: in Europa is afgesproken dat een noodzakelijke medische behandeling plaatsvindt in het land van binnenkomst. Van der Werf: "Ze had weliswaar een brief van mij bij zich, maar ze zal in Frankrijk toch de hele lijdensweg weer moeten doormaken. Treurig."



Sjoerd van der Werf: "Ook de opleiding tot MDL-arts vraagt alertheid op uitheemse aandoeningen."

bevolking. "Toch zou het goed zijn als er in de opleiding tot MDL-arts aan dit onderwerp voldoende aandacht wordt besteed. De wereld wordt steeds internationaler en we reizen steeds meer. Dat vraagt alertheid op uitheemse aandoeningen. Ik neem aan dat men in het Havenziekenhuis in Rotterdam nog veel meer bijzondere ziekten tegenkomt dan ik hier."

BEJEGENING EN COMMUNICATIE

Dat allochtone patiënten soms een andere bejegening vragen dan autochtone – het bekende 'handje schudden' van minister Verdonck komt hier ook regelmatig voor – is een kwestie van wennen. Van der Werf: "Doorgaans geeft het weinig problemen. Je moet de mensen wel goed op hun gemak stellen, dat heb ik in Kenia wel geleerd waar ik de enige allochtoon was. Ook islamitische vrouwen accepteren doorgaans een mannelijke dokter en de hier geldende onderzoeksprocedures. Maar ik heb wel een keer een ERCP moeten uitvoeren waarbij de *burqa* (lang gewaad met volledige gezichtsbedekking – red.) niet uit mocht. Dat is een uitzondering die je toch bijblijft." Ook de communicatie geeft zelden onoverkome-

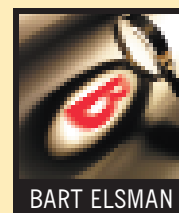
lijke problemen. Veel hulp wordt geboden door kinderen of familieleden die goed Nederlands spreken. In het ziekenhuis werken op alle niveaus mensen die van allochtone afkomst zijn of getrouwd met een buitenlander. Zo spreekt één van de Nederlandse verpleegkundigen vloeiend Turks. Ook met Engels en Frans is vaak heel wat te bereiken. En in noodgevallen is er de tolkentelefoon, waar Van der Werf niet zo dol op is: "Dan zit ik vaak naar buiten te kijken, terwijl de patiënt maar blijft praten met de tolk."

PERSENEEL

Van der Werf: "Het is goed dat ook het personeelsbestand internationaler wordt. We hebben voortreffelijke verpleegkundigen uit Suriname, Duitsland en Polen, een endoscopieassistent van de Antillen en een van de assistenten is van Surinaams-Chinese afkomst. Meestal gaat het prima, maar bij verpleegkundigen uit Afrikaanse landen kom je toch vaak een opleidingsprobleem tegen en een Iraanse arts heeft het hier niet gered omdat hij te zeer vasthield aan de hiërarchie waaraan hij gewend was. Die was nu niet bepaald flexibel in zijn culturele adaptatie."

FRIEDA

Een grotere kamer!
En daarom eerst: het ontruimen van C2-326, mijn kamer gedurende meer dan twintig jaar.
Weggegooid: tientallen videobanden, ordners met brieven uit de tijd van het WG en al die ingelijste



groepsfoto's met collega's, die recht in de camera kijken. De laatste groepsfoto uit Pafos is door de firma Altana zo wazig gemaakt, dat geen enkele collega nog te onderscheiden is. Waarschijnlijk is dat met opzet gedaan om de Inspectie te misleiden.

Het programmaboekje van het recente InSiGHT congres in Newcastle toont een betere groepsfoto uit 1990, Amsterdam: de vergadering van de Amsterdam-criteria, met helemaal links: Frieda den Hartog Jager. De foto moet na de chemotherapie zijn gemaakt.

Frieda. De meeste mensen van de afdeling kennen haar al niet meer. Ik zie haar nog zo door onze gangen lopen: kordate pas, ritmisch op en neer gaande lokken. Dokters als Frieda worden bijna niet meer gemaakt: lief, gezellig, gedreven, met onbeperkte toewijding voor de patiënt. Ook als ze geen dienst had, kwam ze in het weekend in huis en nam ze een patiënt in bed mee naar de endoscopiekamer, alleen om hem daar een sigaretje te laten roken.

Ze was de koningin van de plastic endoprothese in de slokdarm met publicaties in *Endoscopy* (1976) en *Gastroenterology* (1979) en vele presentaties. De dia's lagen meestal verspreid in haar bagage of handtasje en werden tevoren nog even met een zakdoek gepoetst.

Toen een Griekse grenscontroleur het ooit waagde haar koffer te openen, sprongen de dia's tussen kleren en toiletartikelen onder druk naar buiten. Toch was ze telkens weer oprecht verbaasd, zelfs verontwaardigd, als er tijdens een voordracht een dia ontbrak.

Honderden plastic buisjes heeft ze ingebracht. Vaak werd ik er even bijgeroepen voor het laatste zetje, want "jij kunt zo ontzettend goed duwen".

Bij het opruimen van mijn kamer vond ik ook weer een grote doos, die jarenlang onder mijn bureau had gestaan, met spullen uit de kamer van Frieda: veel papier, dia's, en vele bruin of zwart verkleurde buisjes, die ze uit de slokdarm had verwijderd.

Frieda overleed in januari 1991 na een beenmergtransplantatie in Leiden. Ik was die dag net gebeld door haar zus, die zei dat ik langs kon komen, omdat het weer wat beter ging. Toen het misging, zat ik voor de deur op de gang met een bosje bloemen.

Ze zou deze maand 65 jaar zijn geworden. We zouden zeker een groot afscheidsfeest voor haar hebben georganiseerd.

Handboek voor stomadragers

De praktische handleiding voor stomadragers 'Duik in het diepe' is geschreven vanuit het perspectief van de gebruiker. Auteur Lou Sohier, heeft aan de hand van zijn ervaringen een toegankelijke publicatie geschreven voor andere stomadragers. Alle facetten die bij het dragen van een stoma horen komen in dit boek aan de orde.

Uit het voorwoord van Chris Mulder: "Als uiteindelijk tot een stoma besloten is en de voorbereiding hierop start met hulp van de stomaverpleegkundigen, blijkt dat er veel gewone vragen zijn waarop de meeste artsen geen goed antwoord hebben. Het werk van Lou Sohier voorziet dan ook in grote behoefte. Het is praktisch en laat met foto's en goed begrijpelijke, duidelijke tekst zien wat het hebben van een stoma betekent." Het boek kost € 9,90 en is te bestellen via www.rozenbergps.com

"Papa, ik hoop dat je gauw weer beter wordt!"

Dit autobiografische verhaal beschrijft de ervaringen van een colitis ulcerosa-patiënt. Het boek bevat verhalen, anekdotes, gedichten, tekeningen én medische informatie. De auteur gaat vooral in op de sociale en emotionele aspecten die een rol spelen, wanneer je als individu en/of gezin geconfronteerd wordt met een chronische darmziekte. Het boek is bedoeld als informatiebron voor de chronische darmpatiënt. Voor artsen biedt het een mogelijkheid om een kijkje te nemen in de huiskamer van de patiënt.

Papa, ik hoop dat je gauw weer beter wordt! is geschreven door Gerard Klaasse, die in 1994 ziek werd en nu een pouch heeft. Klaasse geeft het boek in eigen beheer uit. Het is te bestellen door € 21,00 (inclusief € 4,00 verpakings- en verzendkosten) over te maken op bankrekeningnummer 56.59.68.882 t.n.v. G.A. Klaasse, Waddinxveen onder vermelding van uw volledige adresgegevens.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Gerard en Jacqueline Klaasse, telefoon: 0182-611383, e-mail: ga.klaasse@hetnet.nl.

Afscheid van Charles Bijleveld

Charles Bijleveld heeft na ruim 25 jaar het Universitair Medisch Centrum Groningen verlaten. Hij is een tweede loopbaan als bosbouwer begonnen. Op dinsdag 28 juni heeft in het UMCG een afscheidssymposium voor Charles plaatsgevonden. Vanwege zijn verdiensten als arts en kinderarts in het UMCG is Charles die dag benoemd tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau.

Charles' inspanningen als kinderarts-gastro-enteroloog in het UMCG hebben geleid tot de grote ontwikkeling van het vakgebied kinder-MDL. Zo heeft hij met gedrevenheid, doorzettingsvermogen en visie het kinderlevertransplantatieprogramma in Nederland mede opgezet en uitgebouwd. Daarnaast heeft Charles ook de breedte van de kinder-MDL intensieve aandacht gegeven, wat heeft geleid tot up-to-date zorg voor kinderen met aandoeningen van het spijsverteringskanaal. Zo hebben endoscopische onderzoeken bij kinderen een vlucht genomen en heeft hij met het opzetten van een voedselprovocatie-unit de standaard gezet in het diagnostisch traject van voedselovergevoeligheid bij kinderen.

Zijn verdiensten voor de kinder-MDL zijn tijdens het symposium uitgebreid aan de orde gekomen. Charles blikte ook zelf tijdens het symposium terug op zijn tijd in het UMCG. Charles heeft aangegeven dat hij vanaf heden fulltime 18 hectare bos in Twente gaat onderhouden. Hij kreeg daarvoor al in de jaren zeventig van de vorige eeuw de zorg toevertrouwd van zijn schoonvader. Charles heeft zich in de afgelopen jaren bekwaamd in de vele aspecten van het bosbouwen. De afdeling kinder-MDL zal na het vertrek ongewijzigd blijven. Frank Bodewes, René Scheenstra, Ekkehard Sturm en Henkjan Verkade zijn als stafid verbonden aan de afdeling en Patrick van Rheenen wordt fellow. Edmond Rings volgt Charles Bijleveld op.



Charles Bijleveld temidden van de vele kinderen die in de afgelopen jaren een levertransplantatie in Groningen hebben ondergaan en die op 25 juni afscheid van hem kwamen nemen in het UMCG.

Lezersonderzoek geeft positief beeld

MAGMA goed visitekaartje



MAGMA IS EEN GOED VISITEKAARTJE VOOR HET SPECIALISME MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN. DE WAARDERING VOOR HET BLAD IS HOOG, ZOWEL BIJ DE LEDEN VAN HET GENOOTSCHAP

VAN MDL-ARTSEN ALS BIJ INTERNISTEN, ANDERE MEDICI EN NIET-MEDICI. MET EEN GEMIDDELD RAPPORTCIJFER VAN 8- IS HET TOTAALOORDEEL GELIJK AAN DAT VAN HET LEZERSONDERZOEK UIT 2000. DE BELANGRIJKSTE KRITISCHE KANTTEKENING IS DAT ER MEER AANDACHT MOET WORDEN BESTEED AAN MDL IN PERIFERE ZIEKENHUIZEN EN AAN PRAKTISCHE PROBLEMEN, ZOALS DE INVOERING VAN DBC'S. OOK KINDER-MDL ZOU MEER AANDACHT MOETEN KRIJGEN.

Ruim 10% van de lezers heeft deelgenomen aan de enquête. Van de 238 ingezonden formulieren kwam de helft van MDL-artsen. Internisten en andere medici waren met elk ruim 50 respondenten even sterk vertegenwoordigd. Onder de 'andere medici' waren relatief veel GI-chirurgen, maar ook oncologen, radiologen, kinderartsen en apothekers. De groep niet-medici was met 13 inzendingen duidelijk kleiner.

Van de laatste vier nummers van MAGMA heeft 91% van de respondenten alle exemplaren gelezen. De rest drie of minder. Het merendeel van de respondenten, 71%, besteedt tussen de 15 en 30 minuten aan het lezen van MAGMA. 13% neemt minder dan een kwartier de tijd om MAGMA te lezen, terwijl 16% er meer dan een half uur voor uittrekt.

De meerderheid van de respondenten (53%) zegt MAGMA grotendeels te lezen.

Ongeveer 15% leest MAGMA helemaal, de rest leest de helft van de artikelen of minder. Van de MDL-artsen leest 23% het blad helemaal, van de internisten is dat 6%, van de overige medici 8% en van de niet-medici 7%.

Over de verschijningsfrequentie van MAGMA, vier keer per jaar, is een overtuigende meerderheid tevreden. 93% vindt de verschijningsfrequentie goed, ten opzichte van 6% die graag vaker het blad zou ontvangen. Deze groep is volledig te vinden bij de MDL-artsen. De waardering voor de vormgeving is unaniem.

BEREIK VASTE RUBRIEKEN

In de enquête is gevraagd welk rubrieken men altijd, meestal, soms of nooit leest. Bij elkaar opgeteld leveren de antwoorden 'altijd' en 'meestal' het bereik op dat in de tabel staat.

	Bereik
Nieuws	87%
Interview	78%
MDL-transfers	76%
Periscoop	63%
De afdeling	63%
Trials	61%
Casuïstiek	61%
Proefschriften	49%

Wanneer wordt gekeken naar de leesintensiteit van de verschillende rubrieken

per lezerscategorie, is een gedifferentieerd beeld te zien. *Nieuws* en *interview* scoren bij alle groepen het hoogst. MDL-artsen lezen allemaal de rubriek *MDL-transfers*. Internisten hebben relatief veel belangstelling voor *casuïstiek*, terwijl de overige medici veel belangstelling hebben voor de *proefschriften*. Bij de niet-medici scoren de berichten over *trials* relatief goed.

BEOORDELING STIJL EN INHOUD

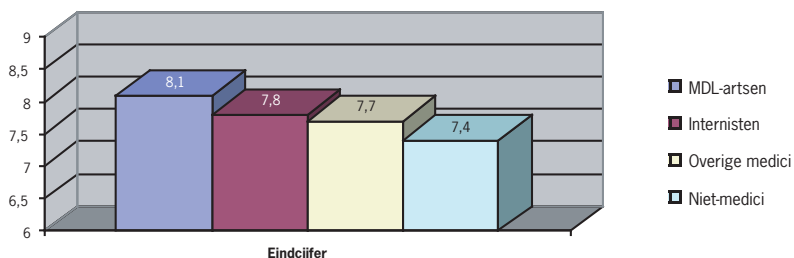
Om de beoordeling van de stijl en de inhoud van MAGMA te toetsen, is de respondenten gevraagd hun oordeel te geven over de leesbaarheid, de onderwerpkeuze, de lengte van de artikelen, de kwaliteit en de illustraties. Men kon antwoorden aan de hand van de categorieën zeer goed, goed, matig, slecht en zeer slecht. Slechts één respondent heeft de kwalificatie slecht gebruikt voor de inhoudelijke kwaliteit. Van alle respondenten geeft 95% het oordeel goed of zeer goed en 5% matig.

RAPPORTCIJFER

Het gemiddelde rapportcijfer voor MAGMA is een 8-, evenals in 2000. In 1997 was het gemiddelde rapportcijfer een 7+. In 1997 gaf 79% van de respondenten een 7 of een 8. In 2000 was dat percentage gegroeid tot 85%. Dit jaar is het 86%. Hoger dan 8 gaven 27 respondenten (12%). Voor het eerst viel hierbij drie keer een 10. De waardering lag het hoogst bij de MDL-artsen (8,1). Bij de internisten was het gemiddelde 7,8. Bij de overige medici was dit 7,7 en bij de niet-medici 7,4.

MAGMA NA TIEN JAAR

Volgens 73% is MAGMA in de afgelopen tien jaar een nuttige informatiebron



gebleken binnen het beschikbare aanbod. De rest antwoordt 'neutraal' of weet het niet. Op de vraag of MAGMA sinds 1995 interessanter is geworden, antwoordt 34% 'ja'. Een meerderheid (55%) antwoordt 'neutraal'. De resterende 16% weet het niet. Vooral bij de overige medici antwoordt een hoog percentage (36%) met 'ik weet het niet'. Een verklaring hiervoor is dat er in deze groep nogal wat artsen in opleiding zitten, die MAGMA nog maar kort ontvangen.

ZWAARTEPUNTEN

Een meerderheid (57%) staat positief tegenover het werken met redactionele zwaartepunten. Ruim 40% staat er neutraal tegenover. De MDL-artsen zijn het meest positief (58%) over een thematische aanpak, de groep niet-medici het minst (50%). De andere groepen zitten hier tussenin: internisten en overige medici beide 53%. Een kleine groep (3%) vindt een thematische aanpak niet wenselijk of heeft geen oordeel.

MAGMA EN DE KRACHT VAN HET NETWERK

Gebrek aan kennis is geen handicap als je een tijdschrift gaat maken over maag-, darm- en leverziekten. Gebrek aan nieuwsgierigheid is dat wel. En aan nieuwsgierigheid heeft het me nooit ontbroken. Even enthousiast als onbevangen ben ik tien jaar geleden begonnen met MAGMA. Uiteraard wel met toepassing van een klassieke truc om het blad meteen neer te zetten: interviews met *hot shots* Guido Tytgat en Kees Huibregtse in het eerste nummer. Zo. Die staat!

Het interview met Tytgat was een onvergetelijke ervaring. Tussen de meters dossiers in zijn werkkamer nam hij me

drie kwartier lang onder vuur. Slokdarm, maag, dunne darm, lever, pancreas, dikke darm, miniscopen, ultrasonore scans, autofluorescentie. Alles passeerde in razend tempo de revue. En toen al, in 1995: *"Colonscreening is een absolute must. In de toekomst door markers op te sporen in de ontlasting."* Soms duurt het even, maar als je de boodschap maar blijft herhalen...

Het gesprek met Huibregtse bood een leerzaam kijkje in de complexe wereld van de medisch wetenschappelijke verenigingen, de verhouding tot de internisten en het kwaliteitsbeleid dat de beroepsgroep wenste te voeren. Een betere manier om een beetje thuis te raken in het onderwerp dan deze twee interviews was nauwelijks denkbaar.

REDACTIERAAD

De sleutel tot het succes van MAGMA ligt echter niet in de spetterende start, maar in een andere klassieke truc: het vormen van een zware redactieraad die respect geniet onder vakgenoten. De eerste redactieraad bestond uit Kees Huibregtse, Chris Mulder, Wim Hameeteman, Jan Drapers, Fokko Nagengast, Joep Bartelsman, Frits Nelis en Carin van den Broek. Nu, tien jaar later, zijn Chris - de motor achter het blad - Wim en Joep nog steeds lid van de raad. De redactieraad vormt een ijzersterk netwerk met contacten over de hele wereld. Er is geen onderwerp of er wordt probleemloos een goede auteur of deskundig woordvoerder voor gevonden.

Wat het ook heel prettig werken maakt, is de professionele manier waarop ALTANA Pharma vanaf het eerste nummer met het blad is omgegaan. Volledig respect voor de onafhankelijkheid van de

redactieraad en een al even volledig vertrouwen in mij en collega Mieke Witteveen. Nooit commerciële druk en altijd bereidheid om iets extra's te doen, zoals uitbreiding van 16 naar 20 en soms zelfs 24 pagina's of verspreiding onder huisartsen. Het redactiestatuut waarmee we werken en dat conflicten tussen redactie en uitgever regelt, is nooit uit de kast gekomen.

VERANDERINGEN

Is MAGMA in tien jaar veranderd? Ja en nee. Natuurlijk zijn er veranderingen doorgevoerd. Het eerste nummer was te glossy, dus de glanzende cover werd een matte. De foto's werden kleiner en rubrieken kwamen of gingen. Wat bleef, was de duidelijk journalistieke bladformule en de journalistieke vormgeving. MAGMA is geen wetenschappelijk tijdschrift en pretendeert dat ook niet te zijn. Het is een journalistiek gemaakt blad, dat als belangrijkste doel heeft het vakgebied te positioneren en profileren. Dat is aardig gelukt als je kijkt naar de resultaten van het recente lezersonderzoek.

RAFELS

Zitten er dan helemaal geen rafels aan het kleding? Jawel. De 'academische broodnijd' is soms wat lastig. Krijgt Amsterdam niet te veel? Doen we Nijmegen niet tekort? Komt Groningen wel voldoende aan bod? En de periferie dan? Interessante vragen, maar journalistiek irrelevant. Wie het beste verhaal te vertellen heeft, hoort aan het woord te komen. Nog zo'n voorbeeld van klein leed: MDL-artsen denken kennelijk dat alles rekbaar is. Vraag je om 750 woorden, krijg je er 2000 en 'er kan geen regel uit hoor, echt niet...'. Dat blijkt dus erg mee te vallen.

VERDER

Ik ben als eindredacteur in tien jaar iets meer gaan begrijpen van de complexiteit van dit vakgebied. Heb ik iets geleerd? Ja, heel veel. Wil ik verder? Maar wat graag!

Frans van den Mosselaar, eindredacteur



Frans van den Mosselaar

Aanbevelingen voor transitie van IBD-patiënten

DE MEESTE KINDEREN MET EEN CHRONISCH-INFLAMMATOIRE DARM-ZIEKTE (IBD) ZIJN ADOLESCENTEN (LEEFTIJD 12-18 JAAR). UIT RECENT ONDERZOEK BLIJKT DAT JONGEREN MET IBD VAKER SCHOOL VERZUIMEN DOOR ZIEKTE, MINDER VAAK UITGAAN EN MINDER KANSEN OP DE ARBEIDSMARKT HEBBEN DAN GEZONDE LEEFTIJDGENOTEN.¹ ZIEKTEFACTOREN ALS MEDICATIEGEBRUIK EN ZIEKTEACTIVITEIT (MET VERHOOGDE DEFECATIEFREQUENTIE, MOEHEID, MALAISE) HEBBEN VANZELFSPREKEND INVLOED OP HET FUNCTIONEREN VAN DE KINDEREN EN JONGVOLWASSENEN. ECHTER, OOK ANDERSOM ZAL HET PSYCHOLOGISCHE, SOCIALE EN MAATSCHAPPELIJKE FUNCTIONEREN VAN EEN PATIENT EFFECT HEBBEN OP HET ZIEKTEBELOOP. HIERBIJ IS HET VAN GROOT BELANG OM JONGE PATIENTEN EN HUN OUDERS TE BEGELEIDEN IN DE ACCEPTATIE VAN EN HET OMGAAN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING.

Minstens zo belangrijk is het om de adolescent voor te bereiden op een leven als volwassen patiënt met IBD. De overdracht van kinderarts naar de MDL-arts voor volwassenen verloopt helaas maar al te vaak als een simpele verwijzing en daardoor zeer abrupt. Dit kan voor het kind en zijn/haar ouders traumatisch zijn en voor de behandelaars frustrerend en weinig efficiënt.

Met transitie wordt bedoeld het geleidelijke proces waarbij een chronisch ziek kind met aandacht voor de medische zorg, de psychosociale en maatschappelijke aspecten en behoeften van de adolescent, wordt voorbereid op een situatie waarbij hij/zij als zelfstandige volwassene met een chronische ziekte leert omgaan.² Tijdens dit proces zal de ouder aanvankelijk geheel betrokken zijn bij de behandeling van zijn/haar kind en langzaam deze verantwoordelijkheid moeten loslaten. De zorg gaat van de kinderarts – met bijbehorend team en locatie – over naar het spreekuur van de internist of MDL-arts.³ Transfer is het feitelijke moment van de overdracht, in de praktijk meestal op de leeftijd van 18 jaar.⁴

AANBEVELINGEN VOOR EEN VERANTWOORDE OVERDRACHT

De overdracht dient een aantal vaste punten te bevatten. Voor uitvoering hiervan wordt in het ideale geval een vaste persoon aangewezen, die verantwoordelijk wordt gemaakt voor de transitie van alle chronisch-zieke patiënten in hetzelfde ziekenhuis. Een goede samenwerking tussen kinderarts en MDL-arts is essentieel; tijdige en volledige informatieoverdracht een voorwaarde. Deze samenwerking heeft betrekking op de individuele adolescente patiënt, maar dient ook gestalte te krijgen in regelmatige gezamenlijke patiëntenbesprekingen en refereeravonden.

Het is onvoldoende onderzocht welke transitiewijze het meest effectief is. Een vastgelegd protocol dat per patiënt individueel kan worden aangepast, lijkt in ieder geval een voorwaarde. In *Tabel 1* worden de hoofdpunten van een transitieplan genoemd, zoals deze recent werden beschreven door Donckerwolcke et al.⁵

Het is belangrijk vroeg te beginnen met het transitieproces, door bijvoorbeeld de patiënt vanaf de leeftijd van 12-14 jaar een aantal malen poliklinisch te zien zonder begeleiding van de ouders.

Beide disciplines moeten zich verdiepen in de verschillen in elkaars werkwijze en anticiperend optreden naar de patiënt. Het na te streven einddoel is dat de patiënt na een succesvolle transitie een zinvol en productief leven bereikt, ondanks zijn/haar chronische aandoening.

Janneke van der Woude, MDL-arts, Erasmus MC Rotterdam

Hankje Escher, kinderarts/kindergastro-enteroloog, Erasmus MC/Sophia-kinderziekenhuis

Tabel 1. Hoofdpunten van een transitieplan

1. Kinderarts of verpleegkundige inventariseert specifieke medische en psychosociale problemen die van belang zijn voor het transitieproces
2. Noodzaak van andere hulp (school, carrièrekeuze, verzekering, revalidatie, RIAGG) wordt geïnventariseerd
3. Patiënt wordt stapsgewijs vaardigheden aangeleerd om zelfstandig met de ziekte en medicatie om te gaan
4. Ouders worden begeleid in het loslaten van verantwoordelijkheden
5. Plan voor medische zorg wordt opgesteld en taken toebedeeld aan huisarts, MDL-arts en andere betrokken hulpverleners
6. Patiënt wordt volledige informatie gegeven over de ziekte, de langetermijncomplicaties, en de werkwijze op de MDL-poli. Kankersurveillance wordt besproken. Lotgenotencontact wordt gestimuleerd (internet, patiëntenvereniging)
7. Gecombineerd polikliniekbezoek (kinderarts en MDL-arts) wordt gepland
8. Naar aanleiding van de opgedane ervaring bij de individuele patiënt wordt het algemene transitieprotocol zonodig bijgesteld
9. Na de overdracht vindt terugrapportage plaats door de MDL-arts

De referenties bij dit artikel kunt u vinden op www.mdl.nl.

SNAQ's zijn kosteneffectief bij ondervoeding

Een groot deel van de ziekenhuispopulatie (25-40%) verkeert in een slechte voedings-toestand. Slechts de helft van deze groep wordt als ondervoed herkend en hiervoor behandeld.¹

In een ideale situatie berekent een arts of een verpleegkundige bij opname in het ziekenhuis de Body Mass Index (BMI) en het percentage onbedoeld gewichtsverlies van een patiënt. Aan de hand van deze informatie kan de arts of de verpleegkundige bepalen of de patiënt ondervoed is. In de praktijk blijkt dat het verpleegkundig en medisch personeel geen tijd heeft en evenmin prioriteit geeft aan het berekenen van de BMI en het percentage gewichtsverlies.

Om dit probleem te ondervangen, heeft de afdeling Diëtetiek en Voedingswetenschappen van het VU medisch centrum in Amsterdam de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) ontwikkeld, waaraan een geprotocolleerd voedingsbehandelplan vastzit.²



ONDERZOEK

Aan het onderzoek namen 600 patiënten deel. Bij de ene groep nam de verpleegkundige bij opname de SNAQ af. Patiënten met een score van ≥ 2 punten kregen dagelijks twee tussenmaaltijden aangeboden, waardoor de voedselinname met gemiddeld 600 kcal en 12 gram eiwit toenam. Patiënten met een SNAQ-score van 3 of meer punten kregen bovendien

behandeling van een diëtist. De resultaten van deze screening en behandeling werden vergeleken met een controlegroep van 300 patiënten die niet bij opname op voedingstoestand werden gescreend en geen geprotocolleerde voedingsbehandeling kregen.

Screening met de SNAQ-lijst bij opname leidt tot herkenning van meer ondervoede patiënten (80% versus 50%). Bovendien ging de behandeling eerder van start. Het gemiddelde aantal consulten door diëtisten was in de interventiegroep niet hoger dan in de controlegroep. Het gebruik van de tussenmaaltijden leidde tot minder voorschrijven van drinkvoeding. Patiënten met een lage handknijpkracht – een maat voor de ziekte- en voedingstoestand – bleken het meeste baat te hebben bij de SNAQ-behandeling. De opnameduur van deze subgroep was significant korter door de verbeterde herkenning en behandeling van ondervoeding.³

TOEPASBAARHEID

Met de SNAQ-screeningsmethode worden ondervoede patiënten in een vroeg stadium herkend. Voor verkorting van de opnameduur met gemiddeld één dag, is een investering van 76 euro per patiënt nodig voor screening, behandeling door de diëtist, twee extra tussenmaaltijden en personeelskosten van een voedingsassistent. De kostprijs van een gemiddelde opnamedag is 450 euro voor academische ziekenhuizen en 350 euro voor algemene ziekenhuizen. Toepassing van SNAQ kan landelijk dus leiden tot substantiële kostenbesparing door verkorting van de opnameduur van slecht gevoede patiënten. Zoals altijd: de kosten gaan voor de baat uit.

Hinke Kruizenga,
afdeling diëtetiek VUMC,
e-mail: H.Kruizenga@vumc.nl

De referenties bij dit artikel kunt u vinden op www.mdl.nl.

De MDL-arts die zichzelf niet behandelde (maar er wel voor betaalde)

Het nieuwe declaratiesysteem in de zorg, de Diagnose Behandeling Combinatie, veroorzaakt veel commotie. Patiënten krijgen torenhoge ziekenhuisrekeningen voor behandelingen die ze niet hebben ontvangen. MDL-arts Dik Westerveld maakte het tegelijkertijd als arts en patiënt mee.

De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een medische procesbeschrijving en omvat het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist. Hieraan wordt vervolgens een prijskaartje gehangen. Met dit systeem wil minister Hoogervorst van Volksgezondheid de kosten van de ziekenhuiszorg transparanter en doelmatiger maken. Daar is op zich niets tegen, maar het systeem is niet perfect. En dat beginnen steeds meer mensen door te krijgen. Dat geldt niet alleen voor patiënten, maar ook voor artsen, die soms zelf patiënten zijn.

In een DBC zit een aantal verschillende medische behandelingen, gebaseerd op een landelijk gemiddelde. Het ziekenhuis rekent één prijs voor de diagnose door de specialist en de verdere behandeling in het ziekenhuis, ongeacht of de betreffende patiënt die behandeling heeft gekregen of niet. Dat is financieel gunstig voor patiënten met een meerdaagse ziekenhuisopname. Hun nota's zijn gedaald. Maar wat gebeurt er met patiënten die er niet zo lang over doen? Het laat zich raden. Zij krijgen een rekening voor behandelingen en een ziekenhuiszorg die ze niet hebben ontvangen. En dat doet pijn. Hun nota's zijn gezien de geleverde service torenhoog. De voorbeelden van dergelijke absurde gevallen beginnen zich op te stapelen. Sommige kranten roepen zelfs op die gevallen te melden.

Neem de vader die een pleister op een hoofdwond van zijn zoon plakt en voor de zekerheid nog even naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaat. De dienstdoende assistent-arts kijkt een paar seconden en zegt: "Het is goed zo." Kosten: 800 euro. Wie begrijpt dat nog? Routineonderzoekjes en kleine ingrepen leiden al snel tot nota's van vele honderden euro's. Op die nota's staan dan ook nog eens kosten voor medisch specialisten die de patiënt helemaal niet heeft gezien. Patiënten begrijpen daar niets van, maar hebben wel in de gaten dat zij op die manier in no time door hun eigen risico zijn.

Toch kan het nog gekker. Dik Westerveld, MDL-arts in Zwolle, kan erover meepraten. Hij liet zich in zijn eigen ziekenhuis opereren door chirurgen aan een middenhandsbreuk. Op de nota stonden ook de kosten voor medici die hem niet hadden behandeld, inclusief een bedrag voor de MDL-arts, die hijzelf is, terwijl hij zeker wist dat hij zichzelf niet had behandeld. Nu was Westerveld hier nog zelf als arts bij betrokken, maar wat als hij een nota had moeten betalen voor een behandeling die hij niet had ontvangen, aan een collega die niet bestaat, aan een ziekenhuis waar in geen velden of wegen een MDL-discipline valt te bekennen?

1 ENDO-ECHOGELEIDE RENDEZ-VOUSPROCEDURE

IERCP is een techniek die zeer succesvol is in het verwijderen van choledochusstenen. Onder sommige omstandigheden, bijvoorbeeld na chirurgische interventies of door anatomische variatie, kan het technisch onmogelijk zijn toegang te krijgen tot de galwegen middels ERCP. Alternatieven onder die omstandigheden zijn percutane of chirurgische technieken. Deze kennen echter ook complicaties en kunnen technisch lastig zijn, met name bij niet-gedilateerde galwegen. Een alternatief onder die omstandigheden is mogelijk een endo-echogeleide rendez-vous-procedure zoals hieronder beschreven.

Al eerder zijn enkele patiënten met maligniteiten van pancreas of galwegen beschreven waarbij vanuit de bulbus of transgastrisch respectievelijk de extra- of intrahepatische galwegen worden aangeprikt met behulp van een lineaire echo-endoscoop. Na het verkrijgen van een cholangiogram kan dan transbulbair, transgastrisch of transpapillair middels een rendez-vousprocedure drainage plaatsvinden. Een compleet endoscopische procedure na niet-gelukte ERCP bij choledocholithiasis is nog niet eerder beschreven.

Nadat herhaalde pogingen tot ERCP waren mislukt als gevolg van duodenum divertikels en een percutane rendez-vous niet mogelijk bleek als gevolg van niet-gedilateerde galwegen, werd bij de twee gepresenteerde patiënten met een therapeutische lineaire echoendoscoop vanuit de bulbus duodeni de ductus choledochus geïdentificeerd en aangeprikt met een 19G of 22G naald. Na verkrijgen van een cholangiogram konden respectievelijk een 0.035" of 0.018" voerdraad worden opgevoerd door de papil. Hierna werd de draad achtergelaten en de echo-endoscoop vervangen door een duodenoscoop. Bij één patiënt bleek het hierna mogelijk om langs de voerdraad te canuleren en vervolgens steenextractie te verrichten. Bij de andere patiënt moest de voerdraad worden opgepikt en uiteindelijk buiten de patiënt door de duodenoscoop worden geleid. Hierna kon de duodenoscoop over de voerdraad weer voor de papil worden gelegd, waarna over de voerdraad papillotomie en steenextractie konden worden uitgevoerd. Beide patiënten herstelden zonder complicaties.

Conclusie: deze techniek is technisch lastig maar een mogelijk alternatief in geselecteerde patiënten bij wie een regulier ERCP niet mogelijk is; met name indien er sprake is van niet-gedilateerde galwegen.

Jan-Werner Poley, afdeling MDL
Erasmus MC, Rotterdam

GROTE POLYPEUZE JEJUNUMANGIODYSPLASIE GEDIAGNOSTISEERD MET BEHULP VAN DUBBELBALLON-ENTEROSCOPIE

*55-jarige, werd verwezen in verband met chronische
ijzergebreksanemie voor dubbelballon-
enteroscopie*

VOORGESCHIEDENIS

Aangeboren aortaklepstenose

α 1-antitrypsinedeficiëntie

- 1958 Aortaplastiek
- 1982 Implantatie Bjork Shiley kunstklep
- 1988 Breuk van kunstklep waarvoor spoedimplantatie Sorin kunstklep
- 2001 Chronische ijzergebreksanemie bij orale antistolling

ANALYSE NAAR IJZERGEBREKSANEMIE

- 2001 Gastroduodenoscopie geen afwijkingen
- 2001 Colonoscopie geen afwijkingen
- 2002 Push enteroscopie geen afwijkingen
- 2003 Videocapsuleonderzoek geen afwijkingen
- 2003 Colonoscopie: kleine verhevenheid in coecum, na biopteren hevige bloeden
- 2003 Behandeling in trialverband met Sandostatine LAR
- 2004 Herhaling videocapsuleonderzoek;
Ongeveer halverwege de dunne darm een solitair ulcus, welke niet geheel à vu komt. Er lijkt sprake van een verhevenheid met centraal een donkerrode delle.

Dubbelballon-enteroscopie op ongeveer 230 cm voorbij Treitz een polypeuze afwijking van ongeveer 1,5 cm met een vaatrijke steel en op de top van de afwijking een helderrode vasculaire structuur. De afwijking werd met behulp van inkt gemarkeerd en vervolgens door de chirurg met een kleine laparotomie verwijderd. Er waren geen andere afwijkingen in de dunne darm.

Histologie toonde een angiodysplastische vaatanomalie aan. De ijzersuppletie is gestaakt en het Hb is inmiddels gestegen en stabiel.

Marcel Groenen, afdeling MDL
Erasmus MC, Rotterdam

**De referenties bij beide casussen kunt u vinden op
www.mdl.nl.**

Ziekenhuizen in actie tegen *Clostridium difficile*-infecties

Ziekenhuizen hebben maatregelen getroffen om de risico's van *Clostridium difficile*-infecties te beperken. De bacterie is eerder gesignaleerd in Canada, de Verenigde Staten en Engeland en nu ook in Nederland. De maatregelen van de ziekenhuizen liggen zowel op het gebied van hygiëne als behandeling.

Clostridium difficile toxinotype III, ribotype 027 is een hypervirulente *Clostridium*-stam met een zeer hoge toxineproductie. Sinds april 2005 zijn infecties met dit type *Clostridium* in het Sint Jansdalziekenhuis in Harderwijk en in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort vastgesteld en recent ook in het AMC en andere ziekenhuizen. Er zijn inmiddels enkele patiënten aan de gevolgen van de infectie overleden. Ook hebben enige patiënten een colectomie ondergaan wegens een zeer ernstig verlopende colitis.

Infecties met dit type *Clostridium difficile* (CDAD) lijken niet alleen ernstiger te verlopen, maar ook vaker te recidiveren en slecht of helemaal niet te reageren op behandeling met metronidazol. Behandeling met vancomycine leidt wel tot een verbetering van het klinische beloop, wat ook is waargenomen bij de eerder beschreven epidemie in Canada.

Recente Canadese studies wijzen uit, dat het gebruik van fluorochinolonen (ciprofloxacine en andere) een belangrijke risicofactor is voor het krijgen van CDAD tijdens een epidemie met deze stam. Geadviseerd is daarom het gebruik van deze antibiotica zoveel mogelijk te beperken.

De aanwezigheid van de bacterie noopt tot tal van maatregelen. Patiënten met diarree dienen te worden geïsoleerd en de test op aanwezigheid van toxine moet minimaal tweemaal negatief te zijn alvorens patiënten als negatief mogen worden beschouwd. Voor het schoonmaken van de ruimtes gelden speciale richtlijnen (zie www.wip.nl).

Het AMC heeft zijn artsen geadviseerd CDAD als volgt te behandelen: vancomycine 4 dd 250-500 mg p.o. gedurende 14 dagen. Bij patiënten met een ileus moet worden overwogen naast vancomycine per sonde ook vancomycineclisma's te geven om te zorgen dat voldoende hoge concentraties in het colon worden bereikt. Eventueel kan metronidazol i.v. worden toegevoegd.

Indien het een *Clostridium difficile* ribotype 027 betreft, kan worden overwogen hierna een behandeling met mucomelk 3 dd WPC 40% gedurende 14 dagen te geven, gezien het hoge percentage recidieven. Mucomelk is een concentraat van wei met een hoge concentratie immuuglobulinen tegen *Clostridium difficile* en de toxines. Deze behandeling is nog experimenteel; inlichtingen hierover kunnen worden verkregen bij de afdeling Infectieziekten van het LUMC. Alternatief voor de nabehandeling met mucomelk is een vancomycine afbouwschema: na een 10-14daagse behandeling over een periode van 3-4 weken afbouwen naar 4 dd 125, 2 dd 125, 1 dd 125, 125 om de dag en om de 3 dagen 125 mg in overleg met de consulent infectieziekten/medisch microbioloog.

Informatie: prof. dr. Peter Speelman, AMC Amsterdam
p.speelman@amc.uva.nl

Digestive Disease Week 2005: NSAID-gastropathie

Zestienduizend MDL-artsen bezochten de Digestive Disease Week in Chicago van 14 tot 19 mei 2005. Het McCormick congrescentrum was zelfs met deze grote toeloop nog niet half in gebruik. Prima organisatie, maar van de ene naar de andere zaal was het tien minuten wandelen.

Er waren presentaties op alle onderdelen van de MDL-ziekten. De bijwerkingen van Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) en het management daarvan kwamen daarbij vaak aan de orde. In dit stukje worden de belangrijkste presentaties op dit gebied besproken.

Angel Lanas presenteerde getallen uit een grote Spaanse studie, waarin 2777 patiënten met een maagbloeding werden vergeleken met gematchte controles. De patiënten gebruikten vijf keer vaker NSAID's vlak voor opname voor de maagbloeding. Dit effect was het duidelijkst bij naproxen en meloxicam. Ook aspirine gaf hetzelfde effect, al was daar wel duidelijk een dosis-responsrelatie te zien (lage dosis gaf tweemaal zoveel risico, terwijl dit bij de hoge dosis gelijk was aan de NSAID's). Selectieve COX-2-remmers gaven niet meer bijwerkingen en het gelijktijdig gebruik van maagzuurremmers gaf duidelijk risicoreductie.

Ook Byron Cryer kwam met indrukwekkende patiëntenaantallen: in de Verenigde Staten blijken jaarlijks 107.000 ziekenhuis-

opnames plaats te vinden die gerelateerd zijn aan NSAID-gastropathie. 16.500 patiënten overlijden jaarlijks aan complicaties hiervan.

Vanwege deze complicaties werd op het gebied van management van deze bijwerkingen van NSAID's in diverse presentaties veel nadruk gelegd op de beste behandelingen en beleidsmogelijkheden. Francis Chan gaf een mooi overzicht naar aanleiding van de belangrijkste studies. Door de kans op hartziekten bij langdurig gebruik van COX-2-remmers en de kans op gastro-intestinale aandoeningen bij niet-selectieve NSAID's moet men tegenwoordig een inschatting maken van zowel cardiovasculaire risico's als het risico van een maagzweer/bloeding op het moment van NSAID-prescriptie. De beschermende rol van aspirine op cardiovasculair gebied en van protonpompremmers op de maag nemen een belangrijke plaats in het door hem gepresenteerde behandelingsschema (zie tabel).

Van de meeste deelnemers aan het congres begreep ik dat er veel geleerd was. Combineer dat met de uitstraling van Chicago en de mooie ligging aan Lake Michigan en je hebt een geslaagd congres!

Martijn van Oijen,
UMC St Radboud, Nijmegen

Tabel naar aanleiding van presentatie Francis Chan

		Risico op maagzweer/bloeding		
		Laag	Hoog	Zeer hoog*
Cardio-vasculair risico	Laag	NSAID	NSAID + PPI COX-2-remmer	COX-2-remmer + PPI
	Hoog	Aspirine + NSAID + PPI		Vermijd NSAID of COX-2-remmer

* Patiënten met zeer hoog risico zijn: >70 jaar, gelijktijdig gebruik andere schadelijke medicatie voor de maag, infectie met *Helicobacter pylori*.

OESOPHAGEAL ATRESIA. HISTORY, TREATMENT, AND LONG-TERM RESULTS

Jacqueline A. Deurloo, Universiteit van Amsterdam,

20 april 2005

Oesofagusatresie (OA) is een aangeboren afsluiting van de slokdarm, die in de meeste gevallen samengaat met een tracheo-oesofageale fistel (TOF). Sinds meer dan 50 jaar kan deze aandoening operatief worden behandeld. Tijdens deze operatie wordt de TOF gesloten en het proximale en distale deel van de oesofagus worden aan elkaar verbonden.

Het doel van het proefschrift was het onderzoeken van de geschiedenis, de behandeling en de langetermijnresultaten van de operatieve behandeling van oesofagusatresie. Aan de hand van een unieke database met gegevens van alle Amsterdamse OA-patiënten (vanaf 1947) is gekeken naar de historische veranderingen in de behandeling van OA en de behandelingsresultaten. Tussen 1947 en 2000 blijken het geboortegewicht en de zwangerschapsduur van de patiënten met OA te zijn afgenomen. Daarnaast is het aantal overlevende patiënten dat tevens andere aangeboren afwijkingen heeft, toegenomen. Ondanks deze veranderingen is de mortaliteit in de loop der jaren fors gedaald, waarschijnlijk dankzij de verbeterde kwaliteit van pre- en postoperatieve zorg.

Met de forse afname van de mortaliteit nam de interesse voor de langetermijnresultaten na correctie van OA toe. In de internationale literatuur verschenen berichten over een verhoogd risico op Barrett oesofagus na correctie van OA, als gevolg van de vaak bestaande (chronische) gastro-oesofageale reflux. Om deze reden werden 132 (jong)volwassen patiënten benaderd met een vragenlijst en het aanbod om oesofagogastroscoopie te ondergaan. Bij 72 (55%) kon endoscopie worden verricht. Een groot aantal patiënten (zo'n 40%) bleek refluxoesofagitis te hebben. Bij één patiënt werd een Barrett oesofagus gediagnosticeerd. Deze patiënt werd met PPI's behandeld. In de internationale literatuur wordt gesproken over eventuele routinematige screening van OA-patiënten op refluxoesofagitis. Op basis van onze bevindingen - en om epidemiologische redenen - kunnen wij een dergelijke strategie op dit ogenblik niet aanbevelen. Eén patiënt die in eerste instantie niet mee wilde doen aan het onderzoek, meldde zich na verloop van enige tijd met passageklachten. Hierop werd alsnog oesofagogastroscoopie verricht, waarbij een plaveiselcelcarcinoom werd gediagnosticeerd. In de literatuur is nooit eerder melding gemaakt van een plaveiselcelcarcinoom na correctie van OA. De vraag of OA een risicofactor is voor het ontstaan van oesofaguscarcinoom, kan nog niet worden beantwoord, omdat nog niet voldoende (ex)patiënten oud genoeg zijn. Maar het is belangrijk dat chirurgen die volwassenen met oesofaguscarcinoom behandelen, op de hoogte zijn van deze casus.

Mede naar aanleiding van het hoge aantal patiënten met refluxoesofagitis is de vraag ontstaan wat de invloed van onze bevindingen is op de kwaliteit van leven van de patiënten. Er is weinig bekend over invloed van OA op de kwaliteit van leven. Om deze reden is de kwaliteit van leven onderzocht bij 119 patiënten ouder dan 16 jaar. Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënten een goede kwaliteit van leven ervaren. Toch geeft eenderde van de onderzochte patiënten aan, negatieve gevolgen van de oesofagusatresie te ondervinden. Maagdarmklachten, zoals passageklachten, worden hierbij het meest gemeld.

In een ander deel van het onderzoek is gekeken of er een relatie bestaat tussen klachten en de functie van de slokdarm en/of de kwaliteit van leven. De oesofagusfunctie werd bepaald met pH-metrie en manometrie. Vervol-

gens werden reflux en motiliteit gerelateerd aan de uitkomsten van het kwaliteit-van-levenonderzoek. Klachten van gastro-oesofageale reflux bleken geen relatie met de functie van de slokdarm of de kwaliteit van leven te hebben. Alleen patiënten met passageklachten, die vaker een gestoorde motiliteit van de slokdarm hebben, blijken een verminderde kwaliteit van leven te ervaren.

Samenvattend blijkt dat de kenmerken van de overlevende patiënten met OA in de loop van de jaren duidelijk zijn veranderd. De langetermijnresultaten zijn goed. Ondanks de verhoogde kans op motiliteitsproblemen en gastro-oesofageale reflux hebben patiënten na correctie van OA een normale levensloop en ervaren zij een goede kwaliteit van leven.

CURRICULUM VITAE

Jacqueline Deurloo werd op 3 februari 1972 geboren te Alkmaar. In 1997 behaalde zij het artsexamen aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Vanaf oktober 1998 was zij werkzaam als AGNIO kinderchirurgie in het Kinderchirurgisch Centrum Amsterdam/Emma Kinderziekenhuis AMC. Naast het klinische werk verrichtte zij sinds 1999 ook onderzoek in het kader van haar promotie. Dit onderzoek resulteerde in het proefschrift: Oesophageal atresia. History, treatment, and long-term results (promotor: prof. dr. H.A. Heij, co-promotor: dr. D.C. Aronson).

In februari 2002 is zij als arts jeugdgezondheidszorg bij de GGD Kop van Noord-Holland gaan werken. Sinds januari 2005 is zij in opleiding tot arts jeugdgezondheidszorg.

Een exemplaar van dit proefschrift is op te vragen via:
j.a.deurloo@amc.uva.nl.

MECHANISMS OF BACTERIAL- INDUCED EXPERIMENTAL COLITIS

Frank Hoentjen, VU medisch centrum, 29 april 2005

Chronisch-inflammatoire darmziekten (IBD) omvatten colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn. Ze hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven van patiënten. Onze kennis van deze chronische ziekten is beperkt en hetzelfde geldt voor de huidige behandelingsstrategieën. Bekend is wel dat genetische aanleg een vereiste is voor het ontwikkelen van IBD. Onderzoek van experimentele colitis in diermodellen heeft echter ook aangetoond dat darmbacteriën vereist zijn voor het ontwikkelen van colitis. Deze gegevens hebben geleid tot de huidige hypothese dat IBD het gevolg is van een overagressieve immuunreactie gericht tegen de darmflora van een genetisch gepredisponerde gastheer. Om de oorzaken en mechanismen van IBD tot in meer detail te kunnen begrijpen, besteedt dit proefschrift aandacht aan (1) het behandelen van colitis door manipulatie van de darmflora en (2) de regulatie van immuunreacties die experimentele colitis kunnen veroorzaken.

Het onderzoek in dit proefschrift is verricht in twee diermodellen, waarin zich spontaan experimentele colitis ontwikkelt in de aanwezigheid van darmbacteriën. In HLA-B27-transgene ratten vindt dit plaats als gevolg van de overexpressie van het humane HLA-B27-gen, in IL-10-deficiënte (IL-10^{-/-}) muizen ontwikkelt colitis zich door de afwezigheid van het protectieve cytokine interleukine-10.

Allereerst werden in bovenstaande diermodellen verschillende behandelingsstrategieën onderzocht voor de preventie en behandeling van experimentele colitis. Deze methoden werden gekozen omdat ze bij bewezen effect goed toepasbaar kunnen zijn in IBD-patiënten. Zo bleek dat in IL-10^{-/-} muizen met colitis verschillende antibiotica (ciprofloxacine, metronidazole,

vancomycine/imipenem) inflammatie konden voorkomen, maar ook in staat bleken fulminante colitis te behandelen.

Een tweede manier om de intestinale microflora te manipuleren, zijn probiotica. Probiotische bacteriën zijn endogene stammen die een beschermende werking op de gastheer uitoefenen. Wij toonden in HLA-B27-transgene ratten aan, dat het probioticum *Lactobacillus GG* colitis niet kon voorkomen, maar na antibiotische voorbehandeling kon wel een recidief colitis worden voorkomen.

Ten derde hebben wij gekeken naar prebiotica. Dit zijn voedingsbestanddelen die de groei en functie van beschermende, probiotische, bacteriën kunnen stimuleren. De prebiotische combinatie inuline/oligofructose voorkwam gedeeltelijk colitis in HLA-B27-transgene ratten. Concluderend hebben antibiotica, probiotica en prebiotica via verschillende specifieke werkingsmechanismen de potentie tot het voorkomen en behandelen van experimentele colitis. Verder onderzoek dient uit te wijzen of deze therapieën, zo mogelijk in combinatie, werkzaam zijn in groepen van IBD-patiënten.

Het tweede deel van dit promotieonderzoek omvat immuunreacties in HLA-B27-transgene ratten. Deze immuunreacties komen met name tot uiting door de secretie van cytokinen. Deze cytokinen kunnen zowel ontsteking veroorzaken (pro-inflammatoir) als ook een beschermende, regulerende werking (anti-inflammatoir) uitoefenen.

Zo bleek dat wanneer cellen van mesenteriale lymfeklieren uit HLA-B27-transgene ratten gestimuleerd worden met hun eigen darmflora, een grote toename van inflammatoire cytokinen werd gezien in vergelijking met normale, non-transgene cellen. Ook toonden wij aan dat regulerende cytokinen zoals IL-10 en TGF- β door B-cellen geproduceerd worden, in tegenstelling tot de algemeen heersende opvatting dat T-cellen hiervoor verantwoordelijk zijn.

Deze resultaten suggereren dat colitis in HLA-B27-transgene ratten samenhangt met de activatie van IFN- γ -producerende T-cellen die reageren op de darmflora. Regulatie van deze ontstekingsreactie middels B-cellen die anti-inflammatoire cytokinen secreteren, lijkt gestoord in dit model.

Vervolgens toonden wij aan dat kiemvrije HLA-B27-transgene ratten geen colitis ontwikkelen in de afwezigheid van bacteriën, in tegenstelling tot ratten gehuisvest onder normale omstandigheden met hun eigen darmflora. Introductie van een non-pathogene bacterie, *Bacteroides vulgatus*, indu-

ceerde colitis in deze voorheen kiemvrije ratten, terwijl non-transgene 'gewone' ratten ziektevrij bleven. Zodoende konden wij de effecten en mechanismen van één specifieke bacteriestam in een model van colitis onderzoeken, iets wat in de humane situatie onmogelijk is, gezien de complexe darmflora die iedereen bezit.

Dit proefschrift biedt een aantal veelbelovende opties om door manipulatie van de darmflora colitis te beïnvloeden. Met name probiotica en prebiotica zijn goedkope middelen met relatief weinig bijwerkingen, waardoor dit voor bepaalde groepen IBD-patiënten een mogelijkheid kan vormen voor het continueren van remissie. Toekomstig humaan onderzoek dient deze mogelijkheden te exploreren. Ten tweede biedt dit proefschrift enige immunologische verklaringen voor het ontstaan en de behandeling van experimentele colitis. Het begrijpen van deze immunologische mechanismen, hoewel niet direct klinisch toepasbaar, is vereist voor het ontwikkelen van nieuwe behandelingsstrategieën. Concluderend is toekomstig onderzoek vereist om de onderliggende mechanismen te verklaren, die de pathogene maar ook beschermende werking van darmbacteriën in experimentele colitis en IBD mediëren. Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van het ZonMW en Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Ziekenhuis Rijnstate.

CURRICULUM VITAE

Frank Hoentjen (1975) behaalde zijn artsexamen aan de Katholieke Universiteit Nijmegen in 2002. Sinds 1998 deed hij aldaar onderzoek naar regulatie van humane GE-secretie en motoriek. In september 2002 startte Hoentjen zijn promotieonderzoek naar de mechanismen van experimentele colitis in diermodellen in het kader van zijn aanstelling tot assistent-geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker (AGIKO). Dit onderzoek duurde twee jaar en vond plaats aan de University of North Carolina in Chapel Hill, USA, onder supervisie van prof. Balfour Sartor en dr. L. Dieleman. In april 2005 promoveerde hij aan de Vrije Universiteit Amsterdam, mede namens promotoren prof. dr. Chris Mulder en prof. dr. Balfour Sartor. Sinds augustus 2004 werkt Frank Hoentjen in het St. Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam in het kader van zijn opleiding tot MDL-arts.

Informatie of een exemplaar van het proefschrift zijn te verkrijgen via: frank_hoentjen@med.unc.edu.

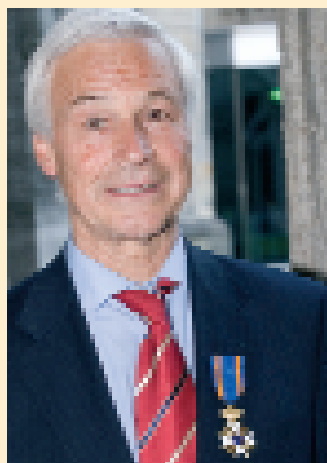
NIEUWS

GEZOCHT: AIO voor promotieonderzoek voor twee jaar met uitzicht op een opleidingsplaats voor MDL-arts

Omschrijving

Onderzoek bij patiënten met bekkenbodempromptie, waarbij wordt gekeken naar diagnostiek en therapie. In de eerste twee jaar kunnen kortere studies worden afgerond en tijdens de vierjarige MDL-opleiding, na de interne vooropleiding, kan langlopend onderzoek verder worden geëvalueerd.

Meer informatie: secretariaat MDL VUmc: 020-4440613 en/of dr. R.J.F. Felt-Bersma, rjf.felt@vumc.nl.



Prof. dr. Gerard van Berge Henegouwen en prof. dr. Solko Schalm werden onlangs benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw.

Medisch Centrum Leeuwarden

Zoals zoveel grotere ziekenhuizen in Nederland is ook het Medisch Centrum Leeuwarden gevormd uit drie zuilen. Een gemeenteziekenhuis, een rooms-katholiek hospitaal en een diacenessenhuis. In 2004 werd de nieuwbouw op één locatie afgerond, het thoraxcentrum werd geopend en het MCL trad toe tot de STZ: de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen. Het ziekenhuis in Leeuwarden maakt samen met de buitenpoli in Harlingen deel uit van het zorgconcern Zorggroep Noorderbreedte.

VAKGROEP

In dit MCL vindt men een volwassen vakgroep MDL, bestaande uit vier MDL-artsen en een team van assistenten en verpleegkundigen voor onder meer voeding, IBD en hepatitis, stoma, fecale incontinentie, endoscopie en administratie.

De basis voor de vakgroep werd gelegd door Piet Spoelstra. In 1989 stichtte hij in zijn eentje de vakgroep gastroenterologie binnen de Maatschap Interne Geneeskunde en Gastroenterologie Leeuwarden. Naast zijn talenten in financiën en onderhandelen heeft hij een uitgebreide IBD-praktijk opgebouwd en niet te vergeten de endoscopieafdeling ontwikkeld tot een florerende afdeling, die in 2004 als nieuw endoscopiecentrum in de nieuwbouw werd opgeleverd. In 1993

trok hij de tweede MDL-arts aan. Dit was Rik Jebbink uit de Utrechtse motiliteitskliniek en expert op het gebied van maagdarmmotoriek en functionele stoornissen.

Jebbink verzorgt de contacten met de huisartsen en hun deskundigheidsbevordering. Hij is ook de initiator van zelfstandige teams en multidisciplinaire werkgroepen. Voorbeelden zijn het buikpijnteam, het slikteam, het bekkenbodemteam en het (professionaliseren van het) voedingsteam. Ook op het gebied van functieonderzoek zat hij niet stil: sinds zijn komst is het endoscopiecentrum verrijkt met slokdarmmanometrie en ambulante 24-uurs pH-meting. Buiten het ziekenhuis ontstonden op zijn initiatief meerdere fysiotherapiepraktijken met bekkenbodemspecialisatie.

In 1998 deed Leo Meerman zijn intrede vanuit de levertransplantatiekliniek in Groningen. Met zijn komst kon meer aandacht worden besteed aan hepatobiliaire pathologie, behandeling van slokdarmvarices, endoscopische vernieuwing en kon de productie flink worden uitgebreid. Hij heeft nu ook de behandeling van de virale hepatitisen onder zijn hoede. Hoewel de meeste endoscopische technieken en interventies nu in huis waren, bleef de vraag naar de expertise van de MDL-artsen toenemen, mede door het geleidelijk aan uitsterven van de endoscopiërende internist. Om aan de groeiende behoeften te kunnen voldoen, werd in 2003 uit Rotterdam de

vierde man binnengehaald: Klaas van der Linde. Hij bracht de endo-echografie mee en verdiepte zich in dit nieuwe vakgebied. Ook de pancreaspseudocysten kunnen nu endoscopisch worden gedraineerd. Samen met Rik Jebbink verzorgt hij de rectale functiepoli, een combinatie van anale endo-echografie en manometrie, gevolgd door een behandeladvies.

CHIRURGIE

Intussen heeft de chirurgie ook niet stil gezeten. Met het binnenhalen van Jeroen Meyerink (gastrointestinale en colorectale chirurgie) werd een impuls gegeven aan de abdominale chirurgie in het algemeen en de minimaal-invasieve chirurgie in het bijzonder. Zijn expertise en inzet hebben uiteindelijk geleid tot vier hypermoderne endosuites in het nieuwe operatiecomplex. Dit was natuurlijk niet mogelijk zonder versterking van de troepen met Christiaan Hoff (oncologische chirurgie en transanale endoscopische microchirurgie), Jean Pierre (Pier) Pierie (gastrointestinale en hepatopancreaticobiliaire chirurgie), Eric Manusama (oncologische en hepatopancreaticobiliaire chirurgie) en recent Erik Totté (gastrointestinale en endoscopische bariatrische chirurgie). Het toppunt van onderlinge samenwerking tussen MDL en chirurgie wordt bereikt tijdens de gezamenlijke ingrepen: de laparoscopisch geassisteerde endoscopieën en de endoscopisch geassisteerde laparoscopieën, meestal voor lastige poliepen. De radiologie weet tegenwoordig ook van wanten met rendez-vous, MRCP, transhepatische stents, PET, coiling et cetera.

INTERNISTEN

Het contact met het moederspecialisme inwendige geneeskunde is nog steeds uitstekend te noemen. Men vormt nog altijd tot ieders tevredenheid een onderlinge maatschap met intussen veertien internisten en vier MDL-artsen, die een maatschapmanager deelt met chirurgie. De vakgroep MDL neemt met verve deel aan de opleidingen van co-assistenten en arts-assistenten; er is een MDL-stage. Vanwege capaciteitsgebrek in het UMCG is het nog niet gelukt actief te participeren in de MDL-opleiding.

TOEKOMST

De vakgroep MDL verzorgt de noordelijke helft van Friesland en de meeste Waddeneilanden, inclusief zeehondjes. Er is inmiddels voldoende werk voor een vijfde MDL-arts.



Boven (v.l.n.r.): Klaas van der Linde, Piet Spoelstra, Rik Jebbink, Leo Meerman. Onder: Christiaan Hoff, Jean Pierre Pierie, Erik Totté, Eric Manusama, Jeroen Meyerink.