

Tijdschrift van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen

MAGMA

Jaargang 11
Nummer 4
December 2005

Opleiden moet, ook in de periferie

Behoefte aan MDL-artsen
overtreft aanbod





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
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 HOOFDORP
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

Inwendige van de darm met thiopurines
Gijs de Zwart

MDL - TRANSFERS

Rüdiger Hopert uit Remscheid (BRD) komt per 1 januari als MDL-arts naar Winterswijk. In Keulen bij de Duitse GE-dagen (14-17 september) bleek mij, dat meer Duitsers geïnteresseerd zijn om de grens over te steken, weg van het verstikkende hiërarchische systeem (zie ook www.viamedica.nl). De Denen en Noren halen steeds meer MDL-artsen uit Duitsland en organiseren dit via informatiebijeenkomsten in Duitsland.

Flordeliz Lindenburg, geboren in de Filipijnen, is na een verblijf in Australië en de VS, een studie geneeskunde in Utrecht en MDL-opleiding bij de VU te Brussel, 'geland' in Roosendaal als 2^e MDL-arts. Bergen op Zoom hoopt, mijns inziens tegen beter weten in, voor de tweede maal een MDL-arts aan te trekken. Een MDL-maatschap Bergen-Rosendaal lijkt de oplossing.

In Zeeland, toch al onderbedeeld met 3 MDL-plaatsen voor heel de provincie, is het Vlissingen nog niet gelukt om de vacature ontstaan na het vertrek van Jan Drapers op te vullen. Zowel vanuit de patiëntenverenigingen als vanuit de zorgverzekeraars komen signalen om voor de Zeeuwse MDL-functies internisten te rekruteren. Dat komt ervan als (aankomende) MDL-artsen de uitdaging laten liggen om het MDL-vak in de kleinere perifere ziekenhuizen uit te bouwen.

Jonathan Lai uit het LUMC versterkt Gouda per 1 april 2006 als 3^e MDL-arts. Jose Concillio uit het UMCU start 1 januari 2006 in het Erasmus MC, om zich verder te bekwamen in de lever. Pieter Friederich uit Nijmegen start in Venlo, maar ze zoeken nog een 4^e MDL-arts. Zwolle, Enschede, Apeldoorn en OLVG Amsterdam hebben dit jaar niemand uit de markt kunnen trekken. Wel hebben ze in principe afspraken met vier kandidaten gemaakt (medio/eind 2006). De nood wordt nu ook voelbaar in de grote ziekenhuizen.

Maastricht praat met één kandidaat over de opvolging van Reinhold Stockbrügger en heeft een contract kunnen afsluiten met Johanna Kruimel, opgeleid in het Radboud. Via Lommel in België maakt ze een doorstart in Maas-

tricht. Uit Leiden vertrekken Gerrit Griffioen en Ruud van Hoogezand in 2006; een afscheid wordt georganiseerd. Mogelijk verliezen ze een derde stafid aan de concurrentie, wat betekent dat Leiden dringend verlegen zit om nieuwe stafleden. Wie durft de IBD in Leiden door te starten?

Toch nog onverwacht vraagt Delft een 5^e MDL-arts met endo/echo-ervaring. De drie MDL-artsen uit Breda willen graag een 4^e MDL-arts. De interne meerderheid moet aan het idee wennen. Nijmegen CWZ heeft een vacature voor een 4^e MDL-arts, hier scopiëren nog 5 internisten. Het Atrium Ziekenhuis te Heerlen vraagt begin 2006 een 6^e MDL-arts. Zij hopen snel gevisiteerd te worden voor een MDL-opleiding. De MDL in het Kennemer Gasthuis in Haarlem zoekt een 4^e collega, startdatum zo mogelijk voorjaar 2006. In Deventer, waar MDL en interne al meer dan een jaar ontvlecht zijn, zoeken ze in 2006 2 nieuwe MDL-artsen. Amersfoort zoekt per 1 september 2006 een opvolger voor Onno Cluysenaar en wil nu alvast gaan adverteren.

Het lijkt erop dat de grote ziekenhuizen op voorhand de markt afgrazen op zoek naar jonge collegae en al mensen proberen vast te leggen voor eind 2006 en begin 2007. Diensten voor de interne doen, zal nu wel een gelopen race zijn. De problemen zullen met de uitstroom van scopiërende internisten waarschijnlijk groter worden, sommige klinieken leunen hier nog te sterk op. Aan de Zeeuwse kust, waar in het voorjaar het gras groener wordt en de nummerborden witter, zou een Duitser bijvoorbeeld goed kunnen passen, maar misschien dat ook anderen, na het lezen van het afdelingsprofiel op de achterpagina, wakker worden en er willen beginnen. Het aantal praktiserende MDL-artsen bedraagt 239, waarvan 233 lid zijn van ons genootschap. Eind dit jaar passeren we de 250 en waarschijnlijk in 2009 de 300 MDL-artsen.

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.

Ruilverkaveling

In de jaren '60 en '70 was het woord dagelijks in de kranten te vinden: *ruilverkaveling*. Grootscheepse herinrichtingsprojecten van vaak complete polders. Als een meerderheid van de *ingelanden* (zo heet dat) vóór stemde, brachten boeren hun grond in een pool in.

Kleine, verspreid liggende akkers of weilanden werden geruild voor één grote kavel, meteen bij de – vaak nieuwe – boerderij. Dat ging niet altijd van harte, want agrariërs zijn gehecht aan de grond die zij soms al generaties bezitten en bewerken. Maar omwille van het grote goed van een efficiënte bedrijfsvoering werden sloten rechtgetrokken, nieuwe polderwegen aangelegd en gronden herverdeeld.

Om goede redenen (landschapsbehoud, milieu) zijn grote ruilverkavelingen uit de mode geraakt, maar geen agrariër zou nog terugwillen naar hoe het vroeger was. Mijns inziens is ook het MDL-landschap toe aan een ruilverkaveling. Een klein onderzoek bij collega-bestuursleden en commissievoorzitters leert, dat wij vaak zelf niet eens precies weten waar onze akker eindigt en die van de buurman begint. Laat staan dat de buitenwereld een helder beeld heeft van hoe de MDL-wereld in elkaar zit. Dat is nadelig voor de positie van het vakgebied en zijn beoefenaars in bijvoorbeeld de politieke besluitvorming of de fondsenwerving.

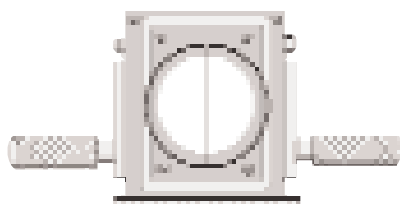
Telt u even mee: we kennen het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen, de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie met negen secties, de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie, de Maag Lever Darm Stichting, het MDL Kenniscentrum, en de Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie. Om het nog wat verwarrender te maken, zijn bijvoorbeeld het NGMDL en de NVH ook weer een sectie van de NVGE. Bovendien zie je dezelfde mensen (bestuurs)lid zijn van diverse organisaties. Geen wonder dat de binnen- en buitenwacht het soms niet helemaal meer overzien.

Het initiatief van de NVGE te komen tot vorming van een federatie, zou uitkomst kunnen bieden. Maar alleen als we de operatie uitvoeren als een echte 'ruilverkaveling'. Dat wil zeggen: bereid zijn akkers die we jarenlang hebben geploegd en ingezaaid, te ruilen met de buurman. Kronkelsloten moeten worden rechtgetrokken en nieuwe verbindingswegen aangelegd. Dat zal hier en daar pijn doen en verzet oproepen, want we zijn zo gewend aan hoe het altijd lijkt te zijn geweest. Omwille van het grotere goed: een krachtige en heldere positionering van het vakgebied en zijn beoefenaars ten gunste van de patiënten, zullen we echter bereid moeten zijn over onze eigen schaduw heen te springen.

Was getekend,

Melvin Samsom

- voorzitter -



Met een federatie zijn we beter voorbereid op nieuwe ontwikkelingen

Een stuurgroep van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE) is druk doende het idee van een federatie uit te werken. Die moet de paraplu vormen voor de NVGE, het Nederlands Genootschap van MDL-artsen, de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en de Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie. De eerste reacties van deze organisaties op het initiatief zijn positief, zegt prof. dr. Jan Jansen, voorzitter van de NVGE. Hij verwacht dat de betrokkenen in het voorjaar een principebesluit nemen over de vorming van een federatie.

De huidige organisatie stamt uit de tijd dat het specialisme MDL-arts zich nog moest ontwikkelen. In 1974, toen de NVGE werd opgericht, telde het Genootschap van MDL-artsen dertig leden. Nu zijn dat er bijna 250. De verenigingen voor Hepatologie en Gastro-intestinale Chirurgie hebben een vergelijkbare ontwikkeling doorgemaakt. "Ons vak is nog steeds razendsnel in beweging", zegt Jansen. "We moeten rekening houden met de ontwikkeling van nieuwe specialismen die in onze huidige organisatie een volwaardige plaats moeten kunnen krijgen. Vertegenwoordigers van het Genootschap van MDL-artsen, de NVH en NVGIC zijn nu toegevoegd aan ons bestuur, maar kunnen volgens de statuten geen voorzitter worden. Dat moeten we veranderen. De structuur die wij hebben, past niet meer bij wat de beroepsgroep nu is."

Jansen constateert verder dat de organisaties ieder op hun eigen terrein bijdragen aan de wetenschappelijke ontwikkelingen van het vak. Dat is in overeenstemming met hun doelstellingen, maar het ware beter de wetenschappelijke activiteiten te concentreren, waardoor de beschikbare fondsen effectiever besteed kunnen worden. De behoefte aan kennis is groot. De middelen en de bereidheid van sponsor om onderzoek te financieren zijn evenwel beperkt. "Het is zonde," zegt Jansen, "om die beperkte middelen dan ook nog eens te versnipperen over verschillende organisaties."

In het plaatje dat de NVGE voor ogen heeft staan, houdt de federatie zich bezig met de gemeenschappelijke activiteiten op wetenschappelijk gebied. De rol van het Genootschap van MDL-artsen is het behartigen van de beroepsbelangen van de MDL-artsen en het regelen van de opleidingen. Binnen een federatie is het heel goed mogelijk de curricula af te stemmen op laatste wetenschappelijke ontwikkelingen. De stuurgroep moet zijn ideeën nog bespreken met het bestuur van het Genootschap.



Opvolging MDL-artsen groot probleem in veel ziekenhuizen

Talent onderkennen en jongeren stimuleren voor MDL-specialisatie

Ook in 2005 is het aantal leden van het Genootschap MDL gegroeid. Het totale aantal komt net wel of net niet uit op 250. Ondanks de groei is er reden om met zorg naar de toekomst te kijken. Een aantal ziekenhuizen – waaronder ook academische – heeft op korte en langere termijn problemen met de opvolging op de afdeling MDL-ziekten. Veel perifere en kleinere ziekenhuizen krijgen geen of weinig sollicitanten op de vacatures voor MDL-specialisten. “Het risico dat de zorg in ziekenhuizen op termijn stagneert, moet niet worden onderschat”, zegt prof. dr. Chris Mulder. Hij kent uit zijn hoofd de ziekenhuizen met de vijftigers en de zestigers die over vijf of tien jaar moeten plaatsmaken voor nieuwe talenten. De behoefte is veel groter dan het aanbod. Een belangrijke verantwoordelijkheid van de huidige generatie is dan ook het onderkennen van talenten en het vooral persoonlijk stimuleren van deze jongeren om zich als MDL-arts te specialiseren.

“Echt, we moeten jongeren enthousiast zien te maken. Ons vak verdient dat”, zegt Mulder. “Praktisch gezien moeten we naar de situatie dat we structureel net iets meer mensen opleiden dan we denken nodig te hebben. Het is vervelend als je mensen opleidt die niet in ons vak aan de slag komen, afzwaaien naar het buitenland of naar de farmacie. We moeten ook rekening houden met zorgverzekeraars die piepen, omdat zij meebetalen aan extra opleidingen. Maar we moeten alleen al extra opleiden, omdat niet iedereen meer fulltime wil werken. Ik vind dat te verkiezen boven het vooruitzicht dat de zorg in gevaar komt.”

MEER PARTTIME WERKEN

Nederland doet het steeds beter als het om het opleiden van MDL-artsen gaat. Alleen moet je bij de uitstroom constateren dat het niet meer zo vanzelfsprekend is om te kiezen voor een fulltime baan. Mulder: “Ook bij mannen zie je de trend om meer parttime te gaan werken. Ik merk dat verhuizen evenmin zo vanzelfsprekend is als vroeger, omdat men steeds meer rekening houdt met de carrière van de partner. Met dat probleem hebben vooral de ziekenhuizen buiten de randstad te



MDL-artsen in opleiding tijdens de onderwijsdagen in Lunteren.

maken.”

Een oplossing op de korte termijn is buitenlanders te interesseren voor de Nederlandse ziekenhuizen. België valt af, omdat het inkomen daar hoger ligt. Duitsers doen het niet slecht in Nederland. “Duitsland biedt ons bovendien een toegevoegde waarde op het gebied van echotechnieken. Hun kennis en ervaring op dat gebied is veel groter.”

Mulder constateert dat de continuïteitsproblemen met name in academische ziekenhuizen grote gevolgen kunnen hebben voor leverpatiënten en voor mensen met virale hepatitis. “Accepteren we, dat we tachtig tot negentig procent van de hepatitispatiënten onvoldoende behandelen? Accepteren wij in deze situatie, dat mensen sterven die op de wachtlijst voor een donorlever staan? Lossen we het hepatitisprobleem op zoals in Italië, waar de behandeling van deze patiënten naar infectiologie gaat? De weerstand daartegen is groot. We kunnen echter wel roepen dat dit niet kan of mag, maar kom dan met suggesties voor hoe het wél moet. Hepatologen moeten zorgen dat er voldoende instromers voor de lever komen en niet vlak voor hun pensioen wakker worden.”

Het profileringsprobleem binnen de opleiding speelt natuurlijk op meer terreinen. Hier ligt een taak voor de opleiders om voldoende gelegenheid tot differentiatie te geven. Mulder is van mening dat ook gekeken moet worden naar de praktijk, waarin grote perifere ziekenhuizen voor hun opleiding een cluster vormen met academische ziekenhuizen. Verhuizen in/naar de oostelijke regio blijft noodzakelijk en dat is nu een belemmering voor de doorstroom. “Waarom kijken we in grensregio’s niet over de grenzen? In Oost-Neder-

land zou je in de toekomst een cluster kunnen vormen van Enschede–Munster en andere noordelijke ziekenhuizen bij de opleiding kunnen betrekken. Voor de leverontwikkeling zou je stages in Duitsland (Hannover/Essen) kunnen stimuleren. Onze assistenten kijken naar de VS, maar daar mogen ze helemaal geen klinisch werk doen.”

OPLEIDING INTERESSANTER MAKEN

In het Consilium maken assistenten deel uit van de opleidingscommissie. Zij kunnen met hun inbreng de opleiding interessanter maken. “We zijn gewend opleidingen en kennisoverdracht *top-down* te benaderen. De meeste kennis en ervaring zit ook bij de senioren. Maar laat assistenten aangeven waaraan zij behoefte hebben en doe meer met hun ideeën. Die benadering heeft al resultaten opgeleverd. Er zijn nu speciale opleidingsdagen voor jongeren. Het cursorisch onderwijs op de MDL-dagen wordt ook door veel ‘ouderen’ gevolgd. Dat is heel goed, maar zij hebben een dominante invloed bij discussies. Veel jongeren durven geen vragen te stellen in aanwezigheid van oudere collega’s. Vandaar die aparte bijeenkomsten. Wij moeten de assistenten aanjagen om zich te positioneren: zij zijn de komende dertig jaar aan zet. Er wordt op verzoek van assistenten in opleiding in het jaar van afstuderen inmiddels speciaal aandacht besteed aan kennis op het gebied van management, waaronder conflictbeheersing. Hoe moet je omgaan met zwijgende meerderheden in maatschappen, hoe zet je jouw piketpaaltjes, hoe onderhandel je over je eigen jaarproductie en budget? Ook dat hoort bij de opleiding.”

Al 50% van de MDL-ers in opleiding in buitenkliniek

Opleiding in perifere klinieken op stoom

Steeds meer aanstaande MDL-artsen volgen een deel van hun opleiding in een perifere ziekenhuis. Van de 112 MDL-ers die tot 2011 uitstromen, zijn dat er al 56. Ze werken in een kleine 20 perifere ziekenhuizen die allemaal samenwerken met academische centra. De buitenopleiding begint dus goed op stoom te komen.

De instelling van de 2+4-opleiding in 2004 heeft geleid tot nieuwe opleidingseisen, die ook de samenwerking tussen de perifere en academische opleidingen reguleren. Een assistent in opleiding mag 2 jaar van de vervolgopleiding doorbrengen in een niet-academische opleiding. Ook de opleiders moeten aan aanvullende eisen voldoen. Zij dienen lid te zijn van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie én gepromoveerd. In de opleidings-ziekenhuizen moeten, behalve de opleider, ten minste twee andere MDL-artsen werkzaam zijn én betrokken bij de opleiding.

Consiliumvoorzitter prof. dr. Ernst Kuipers zegt op de MDL-website: "De invoering van deze nieuwe eisen vormt een belangrijke stap in de modernisering van onze opleiding, waar al een aantal jaren naar uitgekeken werd. De aanpassingen vergen een uitbreiding van opleidingscapaciteit. Deze uitbreiding is slechts ten dele mogelijk in de academische centra, om die reden zijn perifere opleidingen van start gegaan." De 2+4-opleiding vergt sowieso al

33% meer opleidingscapaciteit. Daarnaast zouden jaarlijks zo'n 30 artsen aan hun MDL-opleiding moeten beginnen om op termijn te kunnen voldoen aan de behoefte. Het feitelijke aantal starters ligt nu op 22 per jaar.

ERKENNING

De opleiding in perifere ziekenhuizen is gekoppeld aan academische opleidingen. Zo ontstaan er dus opleidingsclusters rond de academische centra. In verband met de continuïteit kan een perifere kliniek ervoor kiezen om met meer dan één academisch centrum in zee te gaan. Om een erkenning te kunnen krijgen, moet het perifere ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst hebben met een of meer academische centra plus een aansluitend opleidingsschema. Uiteraard moet ook voldaan zijn aan de voorwaarden die gelden voor de opleider en voor de omvang van de MDL-praktijk.

TWENTE

Bij Medisch Spectrum Twente werken vijf MDL-artsen en staat een vacature open. Twee aanstaande MDL-artsen, Ivar Harkema en Renzo Veenstra, doen hier hun vervolgopleiding. Twente werkte samen met Rotterdam en maakt nu deel uit van het cluster rond Groningen evenals de Isala Kliniek in Zwolle. Opleider dr. Jeroen Kolkman: "We zijn nu bijna drie jaar erkend. Ons grote voordeel was, dat

dit ziekenhuis bekend is met het fenomeen opleiden. We hebben van bijna alle specialismen de opleidingen in huis. Het ziekenhuis hecht daaraan grote waarde en is bereid erin te investeren. Men weet ook heel goed dat opleiden tijd kost. De nadruk ligt op het leren, minder op productie draaien."

VERANDERINGEN

Gaan opleiden betekent forse veranderingen voor de werkorganisatie. Kolkman: "Ik besteed nu een dagdeel aan gesprekken met de mensen in opleiding. Dan bespreken we wat we op de poli zijn tegengekomen en wat er in de scopiekamer gebeurt. Maar ook zaken als houding en gedrag komen aan de orde. Hoe ga je om met een ernstig ongeruste of agressieve patiënt? Ook dat moet je leren."

In de twee aaneengesloten opleidingsjaren lopen MDL-ers in spé hun zaalstage en verwerven ze hun vaardigheid in het scopiëren. De eerste 200 gastro's gaan onder volledige begeleiding evenals de eerste 120 colonoscopieën. Daarna mogen de MDL-artsen in opleiding zelfstandig werken, waarbij altijd een stafid in de buurt is. Kolkman: "Zelfstandig werken mag, mits aan drie voorwaarden is voldaan. Ze moeten de techniek beheersen, tijdig aan de bel trekken als ze iets niet weten en ze moeten de problematiek kunnen herkennen."

ONMISBAAR

Kolkman vindt een aantal jaren perifere opleiding eigenlijk onmisbaar. "In de academische centra komen scopiëren en verwijzingen op verzoek van de huisarts bijna niet meer voor, terwijl dat voor de meeste MDL-artsen straks een van de belangrijkste taken is. Bovendien zien ze hier ook de mensen met een prikkelbaar-darmsyndroom, veel IBD en in principe alle aandoeningen van lever, galwegen en alvleesklier. Het is essentieel die ervaring op te doen. Zaken als levertransplantaties, ingewikkelde motiliteitsproblemen en dergelijke komen ze wel tegen in hun academische jaren." Kolkman is zeer te spreken over de samenwerking met de academische ziekenhuizen. "We doen de sollicitaties samen en maken samen de planning. Dat werkt allemaal zeer plezierig."



Opleider Jeroen Kolkman (links) samen met aio's Renzo Veenstra (midden) en Ivar Harkema (rechts) in het Medisch Spectrum Twente te Enschede.

Genootschap stelt zes richtlijnen vast

Nieuwe stappen in kwaliteitsbeleid

Kwaliteit is een twaalfkoppig monster en de vraag is dan ook bij welke kop je moet beginnen om het monster gevloerd te krijgen. Het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen geeft op dit moment prioriteit aan het uitwerken en vaststellen van richtlijnen. Tijdens de ledenvergadering in oktober zijn er zes vastgesteld.

Een aantal richtlijnen was al eerder gereed en besproken in NVGE-verband, maar tot een formele aanvaarding in de ledenvergadering was het nog niet gekomen. Vastgesteld zijn nu:

- Diagnostiek en behandeling oesophagus-carcinoom
- Acute pancreatitis
- Acuut leverfalen
- Bloedingen tractus digestivus
- Endoscopische ingrepen bij patiënten met antistolling en plaatjesaggregatieremming
- Diagnostiek en behandeling colorectale levermetastasen.

Momenteel wordt gewerkt aan de volgende richtlijnen:

- Diagnostiek en behandeling van coeliakie (EBRO-richtlijn i.s.m. CBO)
- Diagnostiek en behandeling van primaire hemochromatose (i.s.m. NIV)
- Perioperatieve voeding (i.s.m. CBO)
- Inflammatoire darmziekten (i.s.m. CBO)
- Cystic fibrosis (i.s.m. CBO).

Volgens bestuurslid Willemien Erkelens, MDL-arts te Delft, moest het Genootschap hier een inhaalslag maken. "Andere specialisten zijn duidelijk verder gevorderd bij het opstellen en vaststellen van richtlijnen. Het bestuur wil nu een Subcommissie Richtlijnen toevoegen aan de Commissie Kwaliteit om tot een tempoversneling te komen."

CONCEPTNOTA

Sinds maart beschikt het Genootschap over de conceptnota 'Tijd voor Kwaliteit' die is opgesteld door een viertal leden van de Commissie Kwaliteit. Het is een boekwerk van 39 pagina's plus een aantal bijlagen, waarin alle aspecten van kwaliteits-



FOTO: RUUD VAN DE VOORDE

Willemien Erkelens:

"We moeten daar beginnen waar de meeste kwaliteitswinst valt te boeken."

beleid aan de orde komen. Zo gaat de nota in op 'algemene kwaliteitsnormen' die uiteenlopen van de registratie van de MDL-arts tot de regeling van de waarneming, de patiënteninformatie en de opstelling van een jaarverslag en een beleidsplan. Dan zijn er de kwaliteitsnormen die betrekking hebben op kennis en vaardigheden; de kwaliteitsnormen voor de organisatie; de normen voor de faciliteiten en de dienstverlening; de visitaties van opleidings- en niet-opleidingsklinieken; de accreditatie van bijscholing; de certificering; de herregistratie en de wet- en regelgeving. Bij elkaar 45 (deel)onderwerpen die aandacht en eventueel actie vragen.

ACTIEPLAN

Willemien Erkelens: "De nota is een goed basisdocument voor het bestuur en een goed naslagwerk voor de leden. Wat we nu echter nodig hebben, is een duidelijk actieplan met scherpe prioriteiten. Waaraan moeten we de meeste aandacht besteden? Aan onderwerpen op het gebied van patiëntveiligheid; aan richtlijnen of aan iets anders? Daarbij zullen we ook moeten kijken naar wat er buiten ons eigen werkveld gaande is, bijvoorbeeld bij de Orde van Medisch Specialisten en bij de Inspectie. Om ons heen zie je dat gewerkt wordt aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren, die verzekeraars dan weer gebruiken voor het beoordelen van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Op dat punt mogen we niet gaan achterlopen. Als bestuur willen we dat de Commissie Kwaliteit ons helpt bij het opzetten van een stevig en concreet werkplan voor de komende paar jaar. Niet alles kan tegelijk worden aangepakt, dus we moeten dáár beginnen waar de meeste kwaliteitswinst valt te boeken."

POG-cursus anatomie voor de MDL-arts

Problem Oriented Gastroenterology is een serie cursussen voor MDL-artsen in opleiding en juist afgestudeerden. Als tweede onderdeel in de serie, waarin Utrecht (motiliteit) het spits had afgebeten en waarin Nijmegen (interventies) nog gaat volgen, stond in september in Groningen de anatomie voor de maag-darm-leverarts op het programma.

De cursus begon met een interactieve avond over de embryologie van de tractus digestivus. De volgende dag werden de zestien cursisten door vier chirurgen, een radioloog en twee MDL-artsen op snijzaal onderhouden over de anatomie van de gehele tractus. Hier waren vier stations ingericht, waarbij een anatomisch preparaat centraal stond. Bij elk preparaat was een computer met een speciaal voor de gelegenheid samengestelde cd-rom beschikbaar met beeldmateriaal (CT's, endo-echoplaatjes) van de meest voorkomende afwijkingen. Naar aanleiding van dit beeldmateriaal en vragen uit de groep werden de preparaten bekeken en zonodig verder geprepareerd.

Aan de hand van het preparaat werden door de chirurgen diverse ingrepen gedemonstreerd. Zo passeerden bijvoorbeeld de leversegmenten, de verschillende anatomische varianten van de truncus coeliacus en het TME-vlak de revue. De radioloog en de MDL-artsen droegen bij door de link te leggen naar respectievelijk CT- en EUS-beelden. Met name het station waarbij radioloog en chirurg aan de hand van CT-beelden de anatomie van buikholte en retroperitoneum behandelden, was erg leerzaam.

Uit de evaluatie bij de deelnemers bleek een hoge waardering voor de cursus. De inspanningen van het Groningse team zijn zeer op prijs gesteld. Wat ons betreft gaat er in elk geval qua anatomieonderwijs niets boven Groningen.

Namens de onderwijscommissie van arts-assistenten MDL,
Rutger Quispel, MDL-arts io, UMC Utrecht



Capaciteitsgebrek bedreigt screening op colorectaal carcinoom

Scopieën in vijf jaar met 25% toegenomen

DEMOGRAFISCHE VERSCHUIVINGEN EN VERANDERDE MORBIDITEITSPATRONEN ZETTEN DE ENDOSCOPISCHE PRAKTIJK IN NEDERLAND ONDER DRUK. DE VRAAG NAAR ENDOSCOPIE WORDT GROTER, TERWIJL HET AANTAL GEKWALIFICEERDE ENDOSCOPISTEN DE KOMENDE JAREN ACHTERBLIJFT. ONDANKS DEZE DISBALANS TUSSEN VRAAG EN AANBOD WORDT DE ROEP NAAR EEN LANDELIJK SCREENINGSPROGRAMMA VOOR COLORECTAAL CARCINOOM (CRC) ALSMAAR LUIDER.

Alvorens er besloten wordt tot de implementatie van een nationaal CRC-screeningsprogramma, is het noodzakelijk de huidige endoscopische productie en het aantal verwachte vacatures voor de komende vijf jaren goed in kaart te brengen.

In 1999 is Jeroen Kolkman (MDL-arts, Medisch Spectrum Twente) samen met Chris Mulder en Joep Bartelsman begonnen met de inventarisatie van de aantallen scopieën en de wachtlijstproblematiek in Nederland. In totaal werden in dat jaar 325.000 scopieën verricht door 480 endoscopisten.

ENQUETE

In een enquête is gevraagd naar het totale aantal scopieën verricht in 2004 alsmede om een specificatie van de verschillende soorten scopieën. Ook is gevraagd naar het aantal endoscopisten en endoscopieverpleegkundigen; de mogelijkheid tot scopiëren buiten kantooruren en het aantal verwachte

MDL-vacatures in 2005–2010. In het kader van de bepleite CRC-screening is specifiek gevraagd of men denkt in staat te zijn de komende jaren de (endoscopische) productie met nog eens 30% te verhogen.

Op de enquête heeft 98% van de endoscopie-units gereageerd.

RESULTATEN

In 2004 zijn 408.982 scopieën verricht door 598 endoscopisten (uitgaande van de verkregen 98% respons). Dit betekent een toename in scopieën van 25% in vijf jaar bij een toename van endoscopisten van 20% (specificaties tabel 1 & 2). Het aantal coloscopieën per 100.000 inwoners afgezet tegen andere westerse landen lijkt nog enige speelruimte te bieden (tabel 3). Als echter wordt overgegaan tot coloscopisch screenen, dan verdubbelt het aantal

Tabel 2. Vergelijking 1999 vs 2004

	1999	2004
Wachtlister gastroscopie		3,1 week
Wachtlister coloscopie		5,1 week
Aantal scopieën	325.000	408.982
Aantal ERCP's	12.000	14.596

Tabel 1. Aantal endoscopieën verricht in Nederland in 2004*

	Totaal aantal endoscopieën	Aantal endoscopieën** per 100.000 inwoners
Gastroscopieën	184.915	1.137
Coloscopieën	116.815	719
Sigmoïdoscopieën	70.049	431
ERCP's	14.596	90
Totaal	408.982	2.514

* Gebaseerd op een respons van 98% van de ziekenhuizen

** Nederlandse bevolking in 2004: 16.258.032 (www.cbs.nl).

Tabel 3. Aantal coloscopieën per 100.000 inwoners in verschillende landen

Land	Aantal coloscopieën per 100.000 inwoners	Ratio coloscopie: sigmoïdoscopie
V.S.	4.950	4,1 : 1
Frankrijk	1.500	9 : 1
V.K.	800 – 1.000	onbekend
Roemenië	106	1,8 : 1
Zuid-Afrika	70	onbekend
Nederland	719	1,7 : 1

- ▷ coloscopieën per 100.000 inwoners, uitgaande van een jaarlijks screeningscohort van 100.000–150.000 mensen tussen 50 en 55 jaar.

VACATURES

Het aantal verwachte vacatures voor de komende vijf jaar is 126 fte, waarvan 11,6 fte reeds zijn ingevuld. Omdat deze vrijkomende vacatures berusten op een combinatie van maatschapuitbreiding en het afvloeien van MDL-artsen als gevolg van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, is het maar de vraag of de endoscopische capaciteit per saldo toeneemt. Tot 2010 zullen slechts 70 nieuwe MDL-artsen de endoscopische markt betreden, terwijl in dezelfde periode 40 MDL-ers en 200 internisten met pensioen zullen gaan. Over het aantal scopiërende internisten weten we niets; hetzelfde geldt voor het aantal afvloeiende scopiërende chirurgen.

Het moge duidelijk zijn dat er de komende jaren een groot gat ontstaat tussen vraag en aanbod, temeer omdat de parttime carrière steeds meer in trek raakt.

Illustratief voor de veranderende endoscopische praktijk is mogelijk de toename van ERCP's. In 1999 werden er 12.000 ERCP's verricht, in 2004 waren dit er 14.596. Deze toename van 18% in ERCP's toont een meer complexe en tijdrovende praktijkvoering. Verdere ontwikkelingen in beeldvormende technieken, zoals *high resolution* endo-echoscopie, *magnifying endoscopy* en fluorescentie-endoscopie, alsmede de introductie van de videocapsule en dubbelballonenteroscopie, zullen verdere druk op het endoscopische systeem geven. Ook de veranderende morbiditeitspatronen, zoals een hogere incidentie van distale slokdarmcarcinomen als gevolg van de Barrett's oesophagus en vernieuwde inzichten in het voorkomen van coeliakie, zullen hun weerslag hebben op het endoscopische bestel. Deze kwalitatieve en kwantitatieve veranderingen zullen, indien hierop niet adequaat wordt ingegaan, een succesvolle implementatie van een landelijk CRC-screeningsprogramma in de weg staan. Capaciteit en mankracht zijn niet toereikend om, naast de reguliere praktijk, ook het screeningsprogramma adequaat uit te voeren.

Jochim Terhaar *sive* Droste, AIO GUT-club

Mike Craanen, MDL-arts VUmc Amsterdam

Jeroen Kolkman, MDL-arts Medisch Spectrum Twente

Chris Mulder, MDL-arts VUmc Amsterdam

NIEUWS

Tytgat *past president* Wereldorganisatie Gastro-enterologie

Guido Tytgat heeft tijdens het wereldcongres in Montreal van 10-14 september de voorzittersfunctie van de *World Organisation Gastroenterology* (WGO-OMGE) overgedragen aan prof. Aemonn Quigley uit Ierland. Hij blijft actief voor de internationale organisatie als *past president*, een functie die hij vier jaar uitoefent.

Tytgat heeft de WGO-OMGE in totaal acht jaar gediend als vice-president en president. Het congres in Montreal heeft hij ervaren als een waardige afsluiting van die periode: "Het is het beste congres dat we ooit hebben gehad. Het had wetenschappelijk een onnavolgbaar hoog niveau. Het heeft zichtbaar gemaakt dat de Wereldorganisatie met grote schreden voorwaarts gaat."

Voor Tytgat zijn de oprichting van de trainingscentra in Rabat en Soweto (eerste), Bangkok, Caïro, Karachi, La Paz en Rabat en de uitvoering van de opleidingsprogramma's de belangrijkste zaken die onder zijn presidentschap tot stand gekomen zijn. Deze initiatieven voorziet in een grote behoefte aan actuele kennis over het vak. "Het succes blijkt uit het feit dat heel veel landen zich hebben aangemeld voor een trainingscentrum. Wij zouden die wens graag honoreren, maar wij zijn daartoe financieel niet in staat. Eén trainingscentrum kost ons op jaarbasis vijftienduizend dollar. Dat geld moet grotendeels komen uit de revenuen van ons congres." Het principe van het opleidingsprogramma is, dat ervaren MDL-artsen de lokale trainers trainen. "De programma's verschillen van centrum tot centrum. De omstandigheden ter plaatse bepalen de opleidingsbehoefte. Ik ben betrokken bij het centrum in Rabat en daar voorzien we in de basale geneeskundige kennis over MDL en de behandelmethoden. In Caïro leren we artsen hoe zij inwendige bloedingen door parasitaire levercirrose moeten behandelen."

Als *past president* is Tytgat onder meer verantwoordelijk voor de taken en het functioneren van de vele commissies van de WGO-OMGE. Hij treedt ook op als *liaison officer* naar de *International Digestive Cancer Alliance*.

NIEUWS

Vergeeten maatschappelijke kosten bij remming dure medicijnen

Zorgverzekeraars proberen het gebruik van dure medicijnen te verminderen. Ze houden alleen te weinig rekening met de maatschappelijke kosten. Dat zegt onderzoeksinstituut SEOR-ECRI van de Erasmus Universiteit.

Het instituut heeft de machtigingsprocedures die zorgverzekeraars gebruiken bij het vergoeden van dure medicijnen, onderzocht. "De verzekeraar wil besparen op geneesmiddelen en maakt een afweiging van zijn eigen kosten en baten. Dit kan leiden tot heel andere kosten ergens in de organisatie. Denk aan extra administratieve lasten, gezondheidsschade en de behandeling daarvan", zegt onderzoeker Marco Varkevisser van de Erasmus Universiteit medio oktober in het dagblad *BN/DeStem*.

Hij stelt daarom voor zorgverzekeraars te verplichten ieder nieuw toestemmingsvereiste voor te leggen aan de Zorgautoriteit. Die moet dan beoordelen of de kosten-batenanalyse van dure medicijnen in orde is.

Nieuwe geneesmiddelen die op de markt komen, zijn vaak nauwkeuriger en passen daardoor beter bij een bepaalde aandoening. Daardoor zijn ze dikwijls duurder (zie tabel). Na 1 januari 2006 krijgen zorgverzekeraars meer vrijheid om hun eigen medicijnenbeleid uit te voeren. Ze zullen meer eisen gaan stellen aan het vergoeden van (dure) geneesmiddelen die niet op hun voorkeurslijst staan.

Conflicten over de vergoeding van geneesmiddelen zullen volgens de onderzoekers de komende jaren toenemen. In de laatste vier jaar zijn er 15% meer verstrekkingengeschillen behandeld. Ook patiënten stappen vaker naar de rechter om duurdere medicijnen alsnog vergoed te krijgen.

De duurste geneesmiddelen

Kosten per gebruiker in 2004

Imiglucerase	157.000
Interferon G	14.900
Somatropine	11.500
Interferon B 1-a	11.360
Interferon B 1-b	9.825
Etanercept	9.730
Anakinra	9.100
Glatirameer	8.340
Aldesleukine	6.430
Combipreparaat	5.210

DE HUIDIGE REGELGEVING EN HUIDIGE AANBEVELINGEN MAKEN SEDATIE MET PROPOFOL DOOR NIET-ANESTHESIOLOGEN BIJ LANGDURIGE ENDOSCOPISCHE INTERVENTIES IN BEGINSSEL MOGELIJK. DE HAALBAARHEID EN DE CONDITIES ZULLEN DE NODIGE DISCUSSIE VERGEN EN MOETEN VOOR DE NEDERLANDSE PRAKTIJK VERDER WORDEN ONDERZOCHT.

Sedatie bij langdurige endoscopische interventies: propofol?

Propofol is een sedativum/hypnoticum met een opvallend profiel: het is ultra-kortwerkend, geeft snelle inductie van sedatie en een snel herstel van bewustzijn. Propofol (Diprivan®) wordt al meer dan 20 jaar door anesthesiologen gebruikt als anestheticum en als sedativum.

In meerdere studies is aangetoond dat propofol-sedatie bij endoscopieën in vergelijking met midazolam door zowel patiënten als endoscopisten als prettiger wordt ervaren [1]. Propofol werkt sneller en korter en is beter titreerbaar dan midazolam. In tegenstelling tot midazolam is propofol niet antagoneerbaar. Vanwege de geringe therapeutische breedte en het risico op ademdepressie is toediening van propofol vooralsnog het exclusieve domein van anesthesiologen. Ook toediening van sedatie bij endoscopische procedures met een verwachte duur langer dan 60 minuten, zou volgens de CBO-richtlijn 'Sedatie en analgesie door niet-anesthesiologen' exclusief onder verantwoordelijkheid van een anesthesioloog dienen plaats te vinden [2]. In de endoscopische praktijk is er een verschuiving gaande in de richting van meer langdurige endoscopieën, waardoor aan deze laatste aanbeveling lang niet altijd wordt voldaan. Dubbelballonenteroscopie, endoscopische resecties van vroegcarcinomen, transgastrische drainageprocedures en complexe interventie-ERCP's zijn hiervan voorbeelden.

Propofol dient bij voorkeur via continue infusie te worden toegediend. Precieze aansturing van sedatiediepte kan verder worden vergroot door gebruik van computergestuurde infusietechniek (Target Controlled Infusion – TCI). De daarvoor benodigde TCI-pomp gebruikt een rekenmodel om op basis van leeftijd, geslacht en gewicht de bolusinjectie en *steady state* infusiesnelheid te berekenen om snel een bepaalde spiegel te bereiken in het eindorgaan (hersenen). Meerdere studies hebben aangetoond dat propofol op deze wijze veilig en effectief kan worden toegediend door niet-anesthesiologen [3], wat van belang is in verband met het huidige tekort aan anesthesiologen.

PILOTSTUDIE

In 2005 verrichtten we een pilotstudy naar de veiligheid en bruikbaarheid van propofol via TCI bij ERCP's [4] en colonoscopieën, toegediend door een getrainde verpleegkundige in aanwezigheid van een anesthesioloog. Bij 36 procedures (18 ERCP en 18 colonoscopieën, 19 vrouwen en 17 mannen met een gemiddelde leeftijd van 57 jaar) werd een gemiddelde dosis propofol van 416 mg toegediend. Het gewenste sedatieniveau werd in gemiddeld 3 minuten bereikt, herstel van volledig bewustzijn duurde iets meer dan 6 minuten.

Opvallend was dat de benodigde dosis propofol bij coloscopie hoger was dan



Sedatie met propofol via computergestuurde infusietechniek (Target Controlled Infusion – TCI).

bij ERCP, ondanks een kortere gemiddelde duur van de procedure. De verklaring ligt waarschijnlijk in het ontbreken van een analgetische werking, waardoor patiënten bij uitbochten van de coloscoop onrustiger worden en meer propofol wordt toegediend om het sedatieniveau te behouden.

Propofolsedatie ging in deze groep tweemaal gepaard met een complicatie: eenmaal een bradycardie, waarvoor atropine werd toegediend, en eenmaal een ademhalingsdepressie tijdens ERCP, waarvoor kortdurend met ballon en masker moest worden beademd. Deze laatste complicatie ontstond door een onbedoelde bolusinjectie na het vrijmaken van de infusielijn, waarop patiënt bleek te liggen.

Hoewel in deze studie geen vergelijking is gemaakt met midazolam/opioïdsedatie, waren patiënten en

endoscopisten overwegend opvallend tevreden met de sedatie en het rustige verloop van de procedure.

VOORWAARDEN

De Wet BIG maakt het mogelijk handelingen in het kader van sedatie en analgesie in opdracht te laten uitvoeren. De discussie over wenselijkheid en risico's van propofolsedatie bij langdurige endoscopische procedures toegediend door maag-darm-leverartsen of getrainde verpleegkundigen is daarmee bij lange na niet gevoerd. Haalbaarheid en veiligheid zijn in meerdere internationale studies aangetoond: in gepubliceerde series zijn meer dan 80.000 patiënten veilig gesedeerd zonder anesthesist. De voorwaarden waaronder dit kan gebeuren, omvatten: patiëntselectie, training, bewaking, eisen aan medisch ondersteunend personeel, rapportage en nazorg.

Complicaties door sedatie bij endoscopieën zijn veelvuldig beschreven en berusten meestal op onjuiste patiëntselectie, onjuiste dosering of te snelle toediening van sederende middelen en onvoldoende bewaking. Ook dodelijke complicaties komen voor. In de setting van een studie zijn de risicofactoren vaker beter geborgd dan in de dagelijkse drukke praktijk. In onervaren handen heeft propofol een aanzienlijk morbiditeits- en mortaliteitsrisico. Ook in situaties waarin niet snel geanticipeerd kan worden op ademdepressie, ademstilstand of circulatoire complicaties, is terughoudendheid geboden. Denk aan ERCP in buikligging op een smalle tafel verscholen onder een röntgenbuis.

HALLUCINATIES

Ten slotte is het goed erop te wijzen dat propofol meer dan midazolam seksuele hallucinaties als bijwerking heeft. Het vóórkomen hiervan wordt geschat op 1 tot 15%, het komt meer voor bij jongere patiënten, bij vrouwen

en wanneer patiënt en dokter van een verschillende sekse zijn. Deze hallucinaties treden vooral op tijdens herstel van bewustzijn en kunnen worden beïnvloed door instructies ('kies een leuke droom') en tactische stimuli (bloeddrukmanchet, endoscoop). Omdat de hallucinaties vaak als heel echt worden beleefd, kunnen deze aanleiding geven tot heftige en kwetsende klachtenprocedures. Hoewel de hallucinaties soms tot grappig te noemen uitspraken kunnen leiden, verdient het zeker aanbeveling met deze bijwerking voorzichtig om te gaan (aanwezigheid van een getuige) en hieraan bij de voorlichting aandacht te besteden.

Al met al kan propofol een aantrekkelijk alternatief zijn voor midazolam/opioïdsedatie bij langdurige endoscopische ingrepen, mits aan bepaalde condities en randvoorwaarden wordt voldaan. Toediening in handen van een ervaren anesthesist gebeurt in toenemende mate en wordt met weinig discussie omgeven. Het middel wordt in landen als de VS, Zwitserland en Duitsland ook door getrainde verpleegkundigen toegediend. Tegen de achtergrond van de huidige regelgeving en huidige aanbevelingen is toediening in de Nederlandse situatie door niet-anesthesiologen ook mogelijk. De haalbaarheid en de condities zullen de nodige discussie vergen en moeten voor de Nederlandse praktijk verder worden onderzocht.

J. Haringsma, G. Wölff, E.J. Kuipers, Erasmus MC Rotterdam
Email: g.wolff@erasmusmc.nl

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

NIEUWS

Tilburg massaal op de been voor coeliakie

In Tilburg is massaal bekendheid gegeven aan de darmziekte coeliakie. Onder het motto 'Tilburg loopt warm voor coeliakie' vond hier op 4 september voor het eerst in Europa een *Run for coeliakie* plaats. Het initiatief voor deze sportieve vorm van aandacht komt uit New York.

In Tilburg hebben ruim 230 deelnemers samen 3,5 miljoen meter voor coeliakie gelopen, velen in een speciaal ontworpen oranje T-shirt met het glutenvrij logo. "Acties als deze zorgen ervoor dat de ziekte eerder wordt gediagnosticeerd", stelt Chris Mulder (VUmc) na afloop. En dat is nodig, want naar schatting 75.000 Nederlanders weten niet dat zij aan coeliakie leiden. Voor veel patiënten is het moeilijk om een levenlang glutenvrij te eten. "Te weinig supermarkten en restaurants zijn bekend met de producten en de specifieke bereidingswijze", aldus Louk de Both, voorzitter van de Nederlandse Coeliakie Vereniging. Er zijn in Nederland 7000 coeliakiepatiënten bekend.

Italië

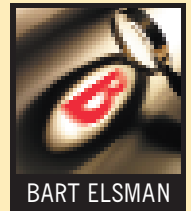
Op 15 juni 2005 is in Italië een wet aangenomen 'ter bescherming van personen met coeliakie'. De wet voorziet onder meer in vergoeding van speciale gluten- en tarwevrije voedingsmiddelen. Kantines van scholen, ziekenhuizen en openbare instellingen zijn verplicht op verzoek gluten- en tarwevrije maaltijden aan te bieden. Er komen speciale modules coeliakie in de opleiding en bijscholing van personeel dat werkt in de horeca en catering. De wet bevat voorts een aantal bepalingen ter bevordering van een tijdige diagnose en adequate behandeling.



De 11-jarige Charlotte Scheijmans was de jongste deelnemer aan de *Run for coeliakie*. Zij is vanaf haar eerste jaar coeliakiepatiënte.

VROUWEN

"Dear ladies and a few men." Zo begon Jenny Heathcote uit Toronto de global goals session over Women in Gastroenterology tijdens het wereldcongres in Montreal.



Room 513 was gevuld met vrouwen. De few men waren Chris Mulder, op de eerste rij, en ikzelf, achterin de zaal.

Over het al of niet bestaan van seksegerelateerde verschillen in vaardigheden en gedrag bestaat al jarenlang een hevige polemiek. Mannen kunnen beter kaartlezen en problemen analyseren, vrouwen kunnen beter praten, luisteren en zich inleven. Dit jaar stookte de bestuursvoorzitter van Harvard het vuurtje weer eens op door te beweren, dat biologische verschillen er mede de oorzaak van zijn dat er weinig vrouwen op hoge posities in de wetenschappen te vinden zijn. En dan voelen ze zich ook nog niet aangetrokken tot de gastroenterologie, althans niet in de VS (1).

Hoewel 40% van de MDL-vrouwen in een academisch ziekenhuis werkt, komen er maar weinigen tot een leidinggevende positie. Vrouwen hebben minder kinderen en werken minder uren per week in vergelijking met hun mannelijke collega's.

Werkende vrouwen gaan in toenemende gebukt onder de druk om carrière en de organisatie van het gezin te combineren. Het totaal aantal werkuren per week, besteed aan carrière en gezin, steeg voor vrouwen met kinderen in tien jaar van 81 in 1977 tot 91 in 2002 (2).

Daarbij missen vrouwen in opleiding vrouwelijke senioren, die als rolmodel en mentor kunnen optreden, ze horen er niet helemaal bij (niet one of the boys), hebben te maken met seksuele spanningen, moeten onder druk presteren en voelen zich geïsoleerd en onbegrepen. Terug naar Jenny in room 513. Ze had een enquête gehouden onder de 526 leden van de Canadese vereniging voor gastro-enterologie (81,7% man, 18,3% vrouw). 90% van de mannen had kinderen tegenover minder dan 50% van de vrouwen. Van de mannen voelde maar 11% zich verantwoordelijk voor de organisatie van het gezin. De vrouwen werkten minder uren per week en deden veel minder vaak therapeutische endoscopieën en endoscopiediensten dan de mannen.

Het meest ontgoocheld was Jenny door het antwoord van de vrouwen op de vraag of een leidinggevende positie werd geambieerd: 0%!

Waar maken we ons eigenlijk druk over?

Referenties

1. Foxx-Orenstein A. Why aren't women attracted to gastroenterology? *Am J Gastroenterol* 2004;99(2): 190-1
2. Liu JL. Gender differences in gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2005;100:257-258.

Testen op darmkanker: kennis en begrip niet verwarren

HET INZETTEN VAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR DARMKANKER GAAT HOPELIJK GEPAARD MET COMMUNICATIE NAAR DE BETROKKENEN. MAAR WAT IS DE EFFECTIEVE WIJZE VAN COMMUNICEREN OVER NIEUWE MEDISCHE TECHNIKEN EN PROCEDURES? VERGELIJKEND ONDERZOEK BIEDT MOGELIJK UITKOMST.

Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. De meeste mensen zullen, als zij een brief krijgen over dit onderwerp, schrikken of denken: 'dit is niet voor mij, ik krijg toch geen dikkedarmkanker'. Dit blijkt de basishouding van veel mensen ten opzichte van levensbedreigende aandoeningen (Das 2001). Het geven van feitelijke informatie op momenten van angst of ontkenning heeft geen zin. Men staat er nog niet voor open, althans: daar kun je al communicerend niet van uitgaan.

Basale noties of schemata van wereldbeelden en emoties bepalen de actiebereidheid van patiënten en 'nog niet'-patiënten. Actiebereidheid die bovendien samenhangt met de 'eigen effectiviteit' van de doelgroep. 'Eigen effectiviteit' betreft de mate waarin mensen zich in staat achten een doel na te streven, bijvoorbeeld de eigen gezondheid te bevorderen door mee te doen aan het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker. Gebruikmakend van kennis op het gebied van gezondheidscommunicatie, medische psychologie, reclame en edu-

catie proberen wij greep te krijgen op de complexiteit en weerbaarheid van het medisch communicatieproces, wanneer dit zich niet interpersoonlijk – in de spreekkamer – maar via niet-persoonlijke of publieke kanalen afspeelt. In ons onderzoek staan de ontwikkelingen van voorspellende DNA-testen centraal.

KYLIE MINOGUE

Op maandag 8 augustus 2005 bericht de krant Metro dat in Australië het aantal aanvragen voor het opsporen van borstkanker in korte tijd is verdubbeld. *De stijging deed zich voor nadat bekend werd dat de Australische zangeres Kylie Minogue borstkanker heeft.* Dit bericht is nieuws (het signaleren waard), omdat voorafgaand aan het bericht over Kylie Minogue vele campagnes er niet in zijn geslaagd eenzelfde respons bij de doelgroep te bereiken. Waarom werkt de boodschap van Kylie wel en die van talloze anderen niet? Het is (nog) niet duidelijk binnen communicatieonderzoek waar de precieze oorzaak ligt van een dergelijke *hype*. Wel wordt duidelijk dat de feiten over borstkanker er niet per se toe doen. De prikkel om tot actie over te gaan, is een affectieve en geen rationele. Emotie als katalysator van het communicatieproces.

NOTIES VAN GEZONDHEID

Basisnoties zijn gedachten die diep zijn ingebed in het menselijk denken. Zo heeft iedereen bijvoorbeeld een basisvoorkeur voor behandeling met farmaceutica op chemische basis of juist behandeling met medicamenten op natuurlijke basis. Met andere woorden: een voorkeur voor 'natuurlijk' of 'artificieel' (Parales-Quenza 2004). Noties kunnen ook direct betrekking hebben op techniek. Er zijn mensen die een diepgewortelde afkeer hebben voor alles wat technisch is, terwijl anderen juist alles wat aan wetenschap ontwikkeld wordt, klakkeloos omarmen. Smits 2002 noemt het eerste exorcisme en het tweede panacee. De basisnotie maakt veel uit over hoe communicatie over techniek wordt gepercipieerd.

Belangrijk aan de idee van basisnoties is, dat zij moeilijk te veranderen zijn. Informatie geven aan mensen die niet past binnen hun basisnotie (schemata), werkt moeizaam. Het is niet zo, dat ze er niet voor willen openstaan, maar ze kunnen er niet voor openstaan. Communicatie die voorbijgaat

aan de basisnoties, aan de ingebakken referentiepunten van de doelgroep, zal de plank misslaan.

COMMUNICATIESTRATEGIE

Voor iedereen kan kennis bijdragen aan de beleving van nieuwe kennis (vind ik de darmkankertest 'aantrekkelijk' of zit ik ermee in mijn maag?), de groei van kennis (leuk, die test onthoud ik voor als het van pas komt) of het directe gebruik van kennis (mooi, nu kan ik dus eindelijk mijn darmen laten testen). De communicatie-doelstellingen richting een breed publiek zijn gelegen in het bewust maken (*awareness*), op de hoogte brengen van (*understanding*), aanzetten tot actief gedrag (*participation*) of het een warm hart toedragen (*engagement*) om je te laten testen (Auweraert en Van Woerkum 2003, e.a.). Dit kan niet tegelijk en zeker niet gericht op iedereen. Aan de hand van deze doelstellingen en het gebruik van kennis van de doelgroepen is het mogelijk een communicatiestrategie te bedenken.

Binnen een strategie kunnen mensen allereerst worden aangesproken op hun verantwoordelijkheidsbesef. Aanhaken bij begrip is in deze fase belangrijker dan het verstrekken van kennis. Het aanleveren van kennis die beantwoordt aan de individuele behoeften van de informatieconsument komt vervolgens terug in zogenaamde *tailored messages*. De vragensteller krijgt op maat toegesneden informatie op geleide van de vragen die hij zelf stelt aan bijvoorbeeld een computersysteem.

De multifunctionele dialoog (Van der Sanden en Meijman 2005) speelt in iedere strategie een rol. In het beginstadium (noties) heeft deze dialoog vooral een conceptueel doel: het van elkaar begrijpen van levenshoudingen. In een later stadium (als de doelgroep overtuigd is) gaat het om daadwerkelijk kennis uitwisselen: een dialoog met een functioneel doel.

COMMUNICATIE ALS VOORWAARDE

Empowerment en motivatie, *informed consent*, *compliance*, dat zijn de vele beleidsdoelstellingen die met communicatie behaald kunnen worden. Het zijn echter tegelijkertijd complexe begrippen die moeilijk grijpbaar zijn. Met de bovenstaande inzichten ontwikkelen wij een model voor effectieve biomedische wetenschapscommunicatie rond voorspellende DNA-diagnostiek. Wil een

Werkbijeenkomst

Tijdens een werkbijeenkomst op maandagmiddag 29 mei 2006 richten we ons op het ontwikkelde model voor biomedische wetenschapscommunicatie rond voorspellende DNA-diagnostiek. Wij willen dit model spiegelen aan visies van uiteenlopende betrokkenen uit de praktijk.

Meer informatie: Maarten van der Sanden, e-mail: m.c.a.vandersanden@tudelft.nl.

nieuwe techniek (test voor dikkedarmkanker) maatschappelijk toepasbaar zijn, dan maakt goed doordachte communicatie van nieuwe technologie een werkelijk maatschappijgerichte innovatie. Onlangs werd dit ook benadrukt in *Medisch Contact*: "Voorwaarde voor de mate waarin geneeskundige adviezen worden opgevolgd, zijn heldere informatieverstrekking aan de bevolking over de aard en omvang van het probleem én voorlichting over de aanstaande screeningstest." (Terhaar et al 2005)

Inderdaad, een nieuwe test zonder draagvlak is kansloos of op z'n minst weinig duurzaam. Daarom is het goed na te denken of de voorgenomen start met de Faeces Occult Blood Test gunstig is in verband met veranderende noties van mensen. Als de test niet al te betrouwbaar blijkt, is het moeilijk een nieuwe notie te bewerkstelligen of een bevestigde basisnotie te veranderen ('*zie je wel, ze zijn er nog niet uit*'). De daaropvolgende, meer valide voorspellende DNA-test komt vervolgens in deinend, troebel water terecht en wordt met extra scepsis tegemoet getreden. Deze overweging ligt dicht bij een begrip als *social marketing*: het juiste idee (product), op de juiste plaats, voor de juiste prijs op de juiste wijze aangeboden. De reeks: product, plaats, prijs en promotie. Geen interventie zonder deugdelijke communicatie. Dit geldt tussen arts en patiënt, maar ook in de relatie tussen arts en publiek.

Maarten C.A. van der Sanden en Frans J. Meijman
Metamedica, VU medisch centrum / Science
Education and Communication, TU Delft

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

MIRJAM VISSERS



Kosten screenen met sigmoidoscopie

Aan het Erasmus MC werken prof. dr. Ernst Kuipers en dr. Monique van Leerdam (afdelingshoofd MDL en MDL-arts in opleiding) aan een screeningsproject op darmkanker in de regio Groot-Rijnmond bij mensen in de leeftijdscategorie van 50 tot 74 jaar.

Vierdejaars studenten bedrijfseconomie van de Hogeschool Rotterdam hebben onderzocht wat gebruik van sigmoidoscopie als screeningsmethode gaat kosten bij landelijke invoering van bevolkingsonderzoek. Bij het onderzoek is als uitgangspunt gehanteerd dat screening in een zelfstandig behandelcentrum gebeurt. Bij een aantal ziekenhuizen in de regio is gekeken naar de kosten van een sigmoidoscopie. Hieruit is een optimum afgeleid: een duurzame organisatie die kwalitatief hoogwaardig werk doet tegen de laagste kosten.

Omdat er weinig bekend is over de bereidheid van Nederlanders mee te werken aan een bevolkingsonderzoek naar darmkanker, zijn de resultaten van Engels onderzoek¹ geprojecteerd op de bevolking in de regio Groot-Rijnmond, met een totaal aantal inwoners van 1.361.790.

Het model gaat ervan uit dat binnen een periode van vier jaar alle personen tussen 50 en 74 jaar worden uitgenodigd voor het onderzoek. Om de vijf jaar krijgen de deelnemers een nieuwe sigmoidoscopie aangeboden. Bij een opkomstpercentage van 32%¹ moeten er 112.044 scopieën in vier jaar worden uitgevoerd. Rekeninghoudend met een stijgend opkomstpercentage bij toenemende bekendheid van de screening zijn voor de regio Groot-Rijnmond in een zelfstandig behandelcentrum twee units met in totaal vier endoscopiekamers nodig. Verder onderzoek en behandeling van mensen met een poliep of tumor vindt plaats in de reguliere ziekenhuizen.

De kostprijs van een sigmoidoscopie in een zelfstandige unit bestaat uit specifieke behandelkosten, algemene behandelkosten, afschrijvingen en overige kosten. De 'opbrengst' bestaat op lange termijn uit minder patiënten met een gevorderde darmkanker. De onderzoekers constateren dat landelijke screening met sigmoidoscopie in zelfstandige behandelcentra kosteneffectief kan blijken. Een praktijktest zal deze voorspelling moeten staven.

Dit onderzoek is verricht door:

Ba. A. Ynzonides, Ba. E. in 't Groen en Ba. J. Boslooper in samenwerking met dr. E. Kuipers en dr. M. van Leerdam in het kader van landelijke invoering van darmkankeronderzoek.

¹ Referentie

Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 359(9314):1291-1300.

NIEUWS

Highlights of Gastroenterology 2006

De 21ste *Highlights of Gastroenterology* worden gehouden van 6 tot 9 april 2006. Nadere informatie kunt u vinden op de website www.highlights-ge.nl.

MDL Centrum geeft beroepsgroep meer gezicht

BEIDEN HEBBEN GEEN MOMENT GEAARZELD TOEN ZE WERDEN GEVRAAGD VOOR DE RAAD VAN ADVIES VAN HET MAAG DARM LEVER CENTRUM. PROF. DR. GUIDO TYTGAT EN PROF. DR. H.G. GOOSZEN ZIJN OVERTUIGD VAN HET NUT EN DE NOODZAAK VAN HET CENTRUM, MAAR HADDEN ELK HUN EIGEN OVERWEGINGEN OM 'JA' TE ZEGGEN.



FOTO: ROY GEERATHS

MDL-chirurg Hein Gooszen

Het MDL Centrum is een denktank, waarin alle betrokken vakgenoten, MDL-artsen, chirurgen, internisten, hematologen, kinderartsen, huisartsen en patiëntenverenigingen zijn vertegenwoordigd. Zij signaleren ontwikkelingen die van belang zijn voor de MDL en aanverwante disciplines. Leden van de raad van advies denken mee en brengen gevraagd en ongevraagd adviezen uit. "Specialisten moeten het MDL Centrum beslist niet zien als een concurrent die in hun verantwoordelijkheden wil treden. Wij signaleren ontwikkelingen en stimuleren bewustwording. De verdere uitwerking en uitvoering laten we aan anderen over", zegt Tytgat.

Concrete voorbeelden van wat is gesignaleerd: de noodzaak om meer aandacht te besteden aan het screenen van hepatitis B en C op het niveau van huisartsen; de ervaringen in het buitenland met het transplanteren van levers van oudere personen. "Dat is onze bijdrage aan het nijpende probleem van een tekort aan donorlevers in Nederland."

HERKENBAAR GEZICHT

Gooszen ziet het MDL Centrum als een middel om het vakgebied een duidelijk en herkenbaar gezicht te geven. "Dat is hard nodig als je grote campagnes wilt voeren of de politiek, de pers of het publiek gericht wilt mobiliseren. Het ontbreekt ons aan gewicht door gebrek aan herkenbaarheid. We zijn nu een lappendeken van verschillende organisaties die op allerlei terreinen nuttig werk doen. Hoe verschillend we ook zijn, het uiteindelijke doel van ons allemaal is de belangen van de MDL te dienen."

Tytgat: "Wat ons voor ogen staat, is – waar mogelijk – dwarsverbanden zichtbaar maken en

ervoor zorgen dat men over de grenzen van het eigen territorium heen kijkt. Wat weet een MDL-arts van wat er speelt op het vakgebied van gastro-intestinale chirurgen of de kindergeneeskunde? Vanuit onze overkoepelende positie kunnen wij ontwikkelingen bij elkaar brengen en zo een bijdrage leveren aan de kwaliteitsverhoging van ons vak."

Het gemeenschappelijke doel is het voorkomen en bestrijden van maag-, darm- en leverziekten. De participanten leveren bijdragen aan de kennisbron die het centrum wil zijn. Minstens zo belangrijk is, dat zij contacten hebben met *opinion leaders* in de politiek, de medische wereld, de overheid en zorginstellingen. Ook van deze activiteit noemt Tytgat een concreet voorbeeld.

"Het screenen van dikkedarmkanker begint in Nederland van de grond te komen. Dat is een goede ontwikkeling. Je kunt je twijfels hebben over de screeningsmethodiek. Vanuit die twijfel volgen wij nauwlettend de voortgang. Is die screening effectief? Lopen we in de pas met wat er in het buitenland gebeurt? Op basis van wat we signaleren, bepalen we óf we actie moeten ondernemen, wat de meest effectieve vorm van actie is en op wie we ons moeten richten."

ONCOLOGIE

Het MDL Centrum wil ook de kennis over MDL bij huisartsen bevorderen. Met dat doel worden trainingen ontwikkeld. Tytgat noemt verder de grotere betrokkenheid van MDL-artsen bij oncologie: "Zij spelen nadrukkelijk een rol bij het stellen van de diagnose. Daarna nemen anderen de behandeling over en verdwijnt de MDL-arts uit beeld. Dat past niet bij de huidige opvattingen over de multidisciplinaire aanpak. Maar als je wilt dat de

MDL-arts de spil in het proces blijft, dan zullen we onze opleidingen op oncologisch gebied moeten bevorderen." Gooszen wil de moeilijke discussie op gang brengen over het samenbrengen van ziekenhuizen in centra en daarin specialismen benoemen. "Het opstellen van lijstjes is absoluut geen doel op zichzelf. Ik denk dat het zinvol is om op de kaart te markeren waar de voortrekkers van ons vak zich bevinden en op welke gebieden zij die rol vervullen. Dat is nu al min of meer bekend. Waarom zou je dat niet gebruiken voor het positioneren van de beroepsgroep? De discussie wordt te veel binnen bepaalde beroepsgroepen gevoerd en nog te weinig tussen verschillende, zeer nauw verwante groepen als MDL-artsen, huisartsen en chirurgen."

Gooszen en Tytgat ervaren dat het MDL Centrum in brede kring leeft. Aan ideeën geen gebrek. Die beginnen nu ook uit het veld te komen en dat is een indicatie voor zijn levensvatbaarheid. Gooszen: "In onze volgende vergadering komt het Universitair Medisch Centrum Groningen zijn ideeën presenteren voor landelijke activiteiten voor patiënten met darminsufficiëntie. Er is echter nog lang geen sprake van een centrum van stavast dat al die projecten kan organiseren en faciliteren."

Nederland heeft een geweldige traditie als het gaat om klinisch onderzoek op MDL-gebied. Het centrum beschikt daarmee over een goede verankering om de juiste mensen te mobiliseren. "We zijn een klein en overzichtelijk land, met zestien miljoen inwoners op zo weinig vierkante kilometers", zegt Gooszen. "De mensen die voor de troepen uitlopen, hebben we onder handbereik. Je moet ze misschien wakker schudden, omdat niet iedereen zich ten volle realiseert wat er allemaal tot stand kan komen door samenwerking."

MULTEPELE LYMFOMATEUZE POLYPOSIS VAN DE TRACTUS DIGESTIVUS OP BASIS VAN EEN FOLLICULAIR B-CEL NON- HODGKINLYMFOOM

Een 22-jarige man, bekend met chronische idiopathische trombocytopenie en een campylobacter jejuni-infectie op tienjarige leeftijd, werd naar de polikliniek MDL verwezen wegens buikklachten. Deze werden geduid als berustende op een *irritable bowel syndrome* (IBS). Drie maanden later vond colonoscopie plaats, nadat hij elders kortdurend was opgenomen met diarree en dehydratie. Verspreid door het gehele colon werden honderden kleinere en grotere poliepen en een grote polipeuze tumor in het coecum gevonden. Familiaire adenomateuze polyposis werd overwogen, mede op grond van gastroscopisch onderzoek, dat multi-pele duodenumpoliepen en enkele poliepjes in het corpus en fundusgebied van de maag toonde. Bij patholoog-anatomisch onderzoek werd evenwel, naast geringe microadenomateuze veranderingen, een folliculair B-cel-lymfoom vastgesteld. Verdere staging toonde lokalisatie in beenmerg, milt en abdominale lymfklieren (stadium IV folliculair non-Hodgkinlymfoom). Patiënt werd behandeld met fludarabine, zonder respons na twee kuren.

Bij hernieuwde evaluatie na drie maanden was er transformatie naar een diffuus grootcellig lymfoom (WHO-classificatie). Vervolgens leidde behandeling met zeven CHOP-kuren tot een goede, doch partiële remissie. Na vijf kuren bleken alle colonafwijkingen (macro- en microscopisch) verdwenen. Gezien deze respons en de slechte prognose werd acht maanden na start van de (eerste) chemotherapie besloten tot een allogene MUD-stamceltransplantatie. Complicaties waren neutropene koortsepisoden zonder focus, forse mucositis en reactivatie van CMV-infectie. Drie maanden daarna werd een complete remissie vastgesteld. Patiënt ontwikkelde echter een ernstige auto-immune hemolytische anaemie met Hb-waarden tot 1,5 mmol/l. Deze bleek refractair voor behandeling en patiënt overleed negen maanden na de transplantatie.

Bij deze patiënt was er sprake van een zeldzaam beeld, dat bekendstaat als multi-pele lymfomateuze polyposis^{1,2} van de tractus digestivus. Er zijn ongeveer 60 patiënten in de literatuur beschreven. Dit type lymfoom wordt wel beschouwd als het gastro-intestinale evenbeeld van het mantelcellymfoom. Dit type lymfoom heeft meestal een agressief biologisch gedrag, met vroege systemische uitbreiding en een slechte prognose. Sporadisch zijn ook T-cel-lymfomen beschreven³ met multi-pele poliepen in de tractus digestivus.

Auto-immuunaandoeningen zoals de ziekte van Sjögren of reumatoïde artritis kunnen predisponeren voor het ontwikkelen van maligne lymfomen.⁴ Patiënten bij wie ITP vele jaren later

wordt gevolgd door de ontwikkeling van een non-Hodgkinlymfoom, zoals bij onze patiënt, zijn – voor zover wij weten – nooit beschreven.

Henk van Buuren, MDL, Erasmus MC, Rotterdam

Herman van Dekken, Pathologie, Erasmus MC, Rotterdam

M. Kappers-Klune, Hematologie, Erasmus MC, Rotterdam

EEN MISSELIJKE ZWEMSTER

Mevrouw C., 45 jaar, ex-topzwemster, werd naar ons verwezen met als hoofdklacht braken sinds ongeveer een jaar. Daarvoor braakte zij sporadisch, nu braakt zij 10 minuten tot 1 uur na elke maaltijd en heeft zij snel een vol gevoel. Gewicht: aanvankelijk 120 kg, afgevallen naar 85 kg, recent weer 10 kg afgevallen. De voorgeschiedenis vermeldt een cholecystectomie en een geringe COPD. Bij lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Bij gastroscopie geen duidelijke afwijkingen behoudens een mogelijk pulserende vernauwing in het pars horizontale van het duodenum. De dunne darm-passagiefoto liet een mogelijke impressie zien in het pars horizontale maar ook een mogelijke vernauwing in het pars descendens. Differentiaal diagnostisch werd in eerste instantie gedacht aan het syndroom van Wilkie, maar bij operatie bleek er sprake van een pancreas annulare.

Het syndroom van Wilkie wordt ook wel het *arteria mesenterica superior*-syndroom genoemd. Dit syndroom wordt sporadisch in de literatuur beschreven en is over het algemeen een diagnose die *per exclusionem* wordt gesteld. Dit syndroom wordt gekenmerkt door een vernauwing van het pars horizontale van het duodenum ten gevolge van een te kleine hoek tussen de aorta en de *arteria mesenterica superior*. Op jonge leeftijd wordt dit eigenlijk nooit waargenomen en wordt dit frequenter gezien na een periode van fors gewichtsverlies of aneurysma aorta-chirurgie.

Het pancreas annulare is een zeldzame ontwikkelingsstoornis ten gevolge van een malrotatie van het ventrale pancreas. Hierdoor vormt zich een band van pancreasweefsel rond het pars descendens van het duodenum. Deze afwijking veroorzaakt klachten van buikpijn, misselijkheid en braken. De helft van alle patiënten met deze afwijking zijn pasgeborenen, maar ook op volwassen leeftijd worden klachten ten gevolge van deze afwijking gezien. Het pancreas annulare werd voor het eerst beschreven in 1862 door Alexander Ecker, een Zwitserse anatoom-fysioloog.

Casper van Eijck, Heelkunde, Erasmus MC, Rotterdam

Frank Bekkering, MDL, Erasmus MC, Rotterdam

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

GELATINASES IN CHRONIC LIVER DISEASE.

THE CLINICAL RELEVANCE OF MMP-2 AND MMP-9 IN ORTHOTOPIC LIVER TRANSPLANTATION

*Johan Ph. Kuyvenhoven, Leids Universitair Medisch
Centrum, 31 mei 2005*

Matrix-metalloproteïnasen (MMP's) zijn de belangrijkste enzymen die betrokken zijn bij de afbraak van de extracellulaire matrix en basaalmembranen. Bovendien spelen MMP's een rol bij tal van fysiologische en pathologische processen, zoals het ontwikkelen van levercirrose, tumorgroei en allerlei ontstekingen.

MMP-2, geproduceerd door de 'stellate' cel in de lever, is actief betrokken bij de ombouw van extracellulaire matrix. De MMP-2-concentratie van een cirrotische lever is hoger in vergelijking met een normale lever en de serum-MMP-2-waarde correleert positief met parameters van leverinsufficiëntie. In een individuele patiënt kan het serum MMP-2 alléén echter niet worden gebruikt als parameter voor leverfunctie of als kenmerk van fibrose/cirrose. Een combinatie van meerdere serologische parameters die gerelateerd zijn aan extracellulaire matrixombouw, zoals MMP-2, MMP-9 en hun remmer TIMP-1, zouden wél een onderscheid kunnen maken tussen patiënten zonder fibrose en patiënten met vèrgevoerde leverziekten.

In patiënten met een hepatocellulair carcinoom zijn de serum-MMP-2-waarden hoger dan in de normale populatie, maar vergelijkbaar met patiënten met chronische leverziekten zonder tumor. Er werden ook geen significante verschillen gevonden in MMP-9-concentratie tussen patiënten met en zonder een carcinoom. Daarom kunnen MMP's niet worden gebruikt als diagnosticum voor een hepatocellulair carcinoom in de context van chronische leverziekten.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de rol van MMP's bij levertransplantatie. Met name MMP-9 blijkt betrokken bij complicaties die ontstaan tijdens en na de transplantatie. Tijdens transplantatie treedt er in de anhepatische en post-reperfusiefase een snelle stijging op van het serum MMP-9, hetgeen meer uitgesproken is bij patiënten met ernstige ischaemie/reperfusieschade. De extracellulaire matrix blijkt eveneens een belangrijk doelwit bij resectie na transplantatie. Bij patiënten met resectie werd een verhoogde serum-MMP-9-concentratie gevonden en immunohistochemische kleuringen van leverbiopoten toonden een verhoogd aantal MMP-9-positieve ontstekingscellen – voornamelijk neutrofielen en lymfocyten – in de portale driehoekjes van deze patiënten met resectie. Hoewel preservatievloeistoffen reeds niet nader bekende MMP-remmers bevatten, blijft het speculatief of verdere farmacologische MMP-inhibitie ischaemie/reperfusieschade of resectie na OLT kan voorkomen, omdat MMP's niet alleen zijn betrokken bij het ontstaan doch ook bij het herstel van schade aan de lever.

Tot slot werd de invloed van MMP-genpromotorpolymorfismen bij leverziekten beschreven. In een relatief kleine groep patiënten werd een duidelijke relatie gevonden tussen de hogere serum-MMP-2-waarden in patiënten met levercirrose en het frequenter vóórkomen van het *wild*-type -1306 CC-genotype van MMP-2. Tevens leek het verhoogde serum MMP-9 bij patiënten met resectie na transplantatie gerelateerd te zijn met het donor -1562 C/T MMP-9-genpromotorpolymorfisme. Bovenstaande bevindingen rechtvaardigen verder onderzoek naar MMP-polymorfismen bij grotere groepen patiënten.

Concluderend beschrijven de studies in dit proefschrift de centrale rol van MMP-2 bij het ontwikkelen van levercirrose en de betrokkenheid van MMP-9 bij ischaemie/reperfusieschade en resectie na levertransplantatie.

CURRICULUM VITAE

Johan Kuyvenhoven (1965) studeerde geneeskunde in Leiden. Na de opleiding tot internist volgde hij van 1999 tot 2002 de opleiding tot MDL-arts in het LUMC. Kuyvenhoven verrichtte het promotieonderzoek onder begeleiding van dr. B. van Hoek en dr. ir. H.W. Verspaget. Promotor was prof. dr. C.B.H.W. Lamers. Sinds april 2002 werkt Kuyvenhoven als MDL-arts in het Kennemer Gasthuis te Haarlem.

Het proefschrift is te verkrijgen via: kuyvenhoven@kg.nl.

ESSENTIAL FATTY ACID ABSORPTION AND METABOLISM IN HEPATIC DISORDERS

*Anniek Werner, Rijksuniversiteit Groningen,
6 juli 2005*

In dit proefschrift is de rol onderzocht van fosfolipiden (PL) bij absorptie en metabolisme van essentiële vetzuren (EFA), onder fysiologische condities en bij leveraandoeningen. EFA kunnen niet door het lichaam zelf worden gesynthetiseerd, maar EFA en hun lange keten meervoudig onverzadigde metabolieten (LCPUFA) van de omega-3- of omega-6-serie zijn wel onmisbaar voor normale functie en ontwikkeling van het lichaam. EFA-deficiëntie is geassocieerd met malabsorptie van voedingsvet, groeiretardatie, steatose en stoornissen in de neurologische ontwikkeling, maar de symptomen zijn aspecifiek en vaak pas duidelijk na een langdurige subklinische fase. Kinderen hebben meestal een beperkte EFA-voorraad in vetweefsel en een hoge EFA-behoefte tijdens de groei, waardoor ze bijzonder afhankelijk zijn van adequate inname en absorptie van EFA via de voeding. EFA zijn in voeding vooral aanwezig in de vorm van triglyceriden (TG), die slecht worden geabsorbeerd bij aandoeningen waarbij lipolyse of solubilisatie van voedingsvet gestoord is, zoals bij cystic fibrosis (CF) of cholestase. EFA kunnen ook in de voeding aanwezig zijn in de vorm van fosfolipiden (PL). PL zijn polairder, dus minder afhankelijk van de aanwezigheid van gal voor solubilisatie in het waterige darmlumen, en ze worden gedeeltelijk intact geabsorbeerd door de darm, zonder lipolyse. PL kunnen hierdoor makkelijker uit de darm worden opgenomen tijdens beperkte lipolyse of galsecretie, en er zijn aanwijzingen dat PL na absorptie een bijzonder hoge biologische beschikbaarheid hebben voor het lichaam.

Ons doel was de effecten van EFA-deficiëntie op darm- en leverfuncties te specificeren, en een effectief oraal supplement te ontwikkelen om EFA-deficiëntie te voorkomen of te genezen bij patiënten met risico op EFA-deficiëntie, zoals bij CF en cholestase.

CONCLUSIES

Uit bestaande literatuur was bekend dat EFA-deficiëntie belangrijke consequenties heeft voor vetabsorptie en -metabolisme. Aangetoond was dat EFA-deficiëntie:

- galsecretie in ratten verlaagt;
- intraluminale lipolyse en enterocytopname van voedingsvet niet beïnvloedt;

- linolzuur- en arachidonzuurconcentraties in intestinale membranen verlaagt;
- stapeling van vet in enterocyten veroorzaakt na orale toediening hiervan;
- vetmetabolisme na absorptie (bijvoorbeeld plasmalipidconcentraties, lipoproteïnesamenstelling en activiteit van lipolytische enzymen) beïnvloedt.

Echter, de specifieke rol van EFA-deficiëntie in de verschillende fasen van vetabsorptie was niet goed begrepen. In dit proefschrift is aangetoond dat vetmalabsorptie tijdens EFA-deficiëntie niet wordt veroorzaakt door verminderde galsecretie of door verlaagde EFA-concentraties in gal-PL. Op basis van de geobserveerde effecten van EFA-deficiëntie op lipoproteïnevorming vermoeden wij dat EFA-deficiëntie-geïnduceerde vetmalabsorptie het gevolg is van EFA-tekorten in PL-membranen, waardoor lipoproteïnemetabolisme gestoord is in lever en darm. In beide organen is tijdens EFA-deficiëntie de secretiestap van het lipidetransport aangedaan; in beide organen is de lipoproteïnegrootte veranderd en treedt vetstapeling op. PL-synthese en incorporatie in membranen gaat onverminderd door bij een tekort aan EFA, waarbij essentiële vetzuurketens vervangen worden door beschikbare Ω 9-, Ω 7- of verzadigde vetzuren. De mechanismen die bepalen welk type vetzuur wordt geïncorporeerd in PL, of welk type PL wordt ingebouwd in lipoproteïne- of celmembranen, zijn nog niet duidelijk.

Er zijn sterke aanwijzingen dat de chemische structuur van voedingsvet, TG of PL, relatief goed bewaard blijft bij intestinale vertering en absorptie. Deze aanwijzingen, samen met onze resultaten ten aanzien van specifieke kanalisatie van EFA-PL naar lever en brein, suggereren dat aparte intracellulaire vetzuurpools bestaan. Het zou interessant zijn om de mechanismen te achterhalen die het sorteren en dirigeren van verschillende vetzuur- en PL-types naar verschillende compartimenten in enterocyten of hepatocyten reguleren, en de daaropvolgende kanalisatie naar specifieke doelwitorganen. Zowel endotheel-lipase activiteit van de bloed-hersenbarrière als SR-B1-gemedieerde opname van HDL-PL-EFA door capillaire endotheelcellen zou een rol kunnen spelen bij de specifieke opname van EFA door het brein. In cholestatische muizen hebben we de preferentiële opname van voedings-EFA in de vorm van PL door het brein duidelijk kunnen aantonen, waardoor deze vorm van EFA-suppletie wellicht ook is aan te bevelen bij kinderen met chronische leverziekten. Voor toekomstige studies zou het fysiologisch en therapeutisch interessant zijn om de mechanismen die ten grondslag liggen aan de specifieke opname van EFA en LCPUFA door de hersenen en de kanalisatie van voedings-PL-EFA naar lever en brein op te helderen.

CURRICULUM VITAE

Anniek Werner (1973) stapte na één jaar geneeskunde in Leuven over naar de RU Leiden. Daar werkte ze van 1993 tot 1996 als student-assistent in het laboratorium voor experimentele cardiofysiologie (hoofd: prof. dr. J. Baan). Haar afstudeeronderzoek vond plaats in de neonatale intensive care unit in Edinburgh, waar ze de mogelijkheden onderzocht van artificiële neurale netwerken als hulpmiddel voor vroege diagnostiek van sepsis bij neonaten (prof. dr. N. McIntosh en prof. dr. A.F. Murray). Na haar artsexamen in 1999 volgde het hierboven beschreven promotieonderzoek (promotoren: prof. dr. H.J. Verkade, prof. dr. P.J.J. Sauer en prof. dr. F. Kuipers). In de zomer van 2002 werkte ze als zaalarts op de kinderafdeling en in de bijvoedingsafdeling voor ondervoede kinderen in het Mporokoso District Hospital in Zambia. In oktober 2003 startte zij de opleiding tot kinderarts in de Beatrix Kinderklinik (opleider: prof. dr. P.J.J. Sauer) in Groningen.

Het proefschrift is te verkrijgen via: a.werner@med.umcg.nl.

THIOPURINES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. NEW STRATEGIES FOR OPTIMIZATION OF PHARMACOTHERAPY

Luc J.J. Derijks, Universiteit van Amsterdam,

13 oktober 2005

De thiopurines azathioprine (AZA) en 6-mercaptopurine (6-MP) worden als immunosuppressiva vaak toegepast bij de behandeling van inflammatoire darmziekten, zowel voor het induceren van remissie als de onderhoudsbehandeling van de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, indien er onvoldoende respons is op mesalazine (-analogen) of wanneer er sprake is van corticosteroïdresistentie of -afhankelijkheid. Echter, een derde van alle IBD-patiënten die thiopurines gebruiken, heeft geen baat bij deze middelen en een vijfde van diezelfde groep verdraagt ze niet als gevolg van ernstige geneesmiddelgerelateerde bijwerkingen. Deze omvangrijke groep van thiopurineresistente en -intolerante patiënten was tot voor kort overgeleverd aan alternatieve therapieën of chirurgie. De afgelopen decennia is de kennis over thiopurinefarmacologie en farmacogenetica fors toegenomen, wat heeft geleid tot de ontwikkeling van nieuwe strategieën voor farmacotherapie van IBD, zoals therapeutisch drug monitoring (TDM) van thiopurinemetabolieten, het genotypen van cruciale enzymen – zoals thiopurine-S-methyltransferase (TPMT) en inosinetrifosfaatpyrofosfatase (ITPA) – in het metabolisme van de thiopurines en de toepassing van 6-thioguanine (6-TG) als zodanig. Onderhavig onderzoek heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van deze strategieën.

TDM- en TPMT-genotypering zijn bruikbare instrumenten om de farmacotherapie van IBD met thiopurines te individualiseren. Indien TPMT-genotypering plaatsvindt vóór start van behandeling, worden homozygootmutanten geïdentificeerd en kan vroege, ernstige myelosuppressie worden voorkomen. Bovendien kunnen bij heterozygootmutanten tijdig extra voorzorgsmaatregelen plaatsvinden, zoals een dosisreductie en een frequentere bloedbeeldcontrole. Vervolgens kan TDM de thiopurinedosering optimaliseren op grond van metabolietspiegels, waardoor het risico op geneesmiddelgerelateerde toxiciteit wordt verminderd en de kans op effectiviteit vergroot. Daarnaast is TDM zinvol wanneer therapie-ontrouw wordt vermoed. ITPA-genotypering kan myelotoxiciteit zonder aanwijsbare oorzaak mogelijk helpen verklaren. Toch is het duidelijk dat noch TDM-, noch TPMT- of ITPA-genotypering frequente bloedbeeldcontrole ooit zal kunnen vervangen, omdat ook myelotoxiciteit optreedt bij patiënten met wild-type TPMT en ITPA-genotype met metabolietspiegels in het voorgestelde referentiegebied. In geval van AZA- of 6-MP-intolerantie blijft 6-TG een interessante optie. Meer kennis zal echter moeten worden vergaard over de potentiële hepatotoxiciteit en effectiviteit van 6-TG, voordat dit geneesmiddel buiten studieverband kan worden ingezet bij IBD óf in zijn geheel moet worden verlaten.

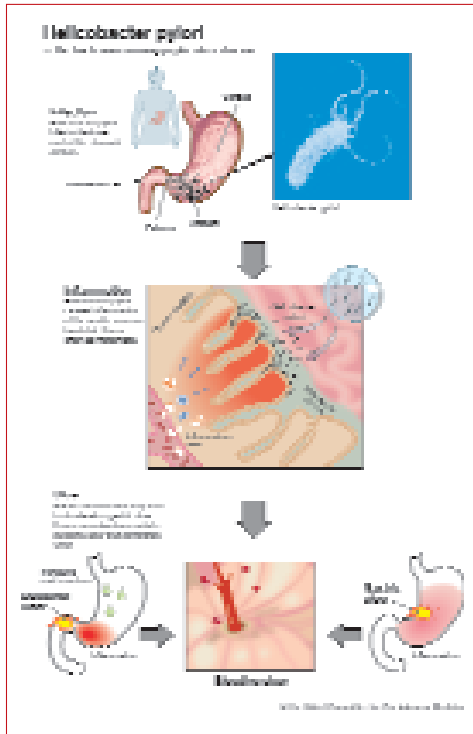
CURRICULUM VITAE

Luc Derijks (1973) studeerde farmacie in Utrecht (apothekersdiploma 1998). Van 2000–2003 volgde Derijks de opleiding ziekenhuisapotheker in het Maaslandziekenhuis Sittard. Het tijdens deze opleiding uitgevoerde registratieonderzoek vormde de basis voor dit proefschrift (promotoren: prof. dr. S.J.H. van Deventer, prof. dr. C.J.J. Mulder). Begin 2004 rondde Derijks de opleiding tot klinisch farmacoloog af. Sinds 2004 is Luc Derijks als stafid verbonden aan de apotheek van Máxima Medisch Centrum te Veldhoven.

Het proefschrift is te verkrijgen via: l.derijks@mmc.nl.

Nobelprijs Geneeskunde voor ontdekkers *Helicobacter pylori*

Barry Marshall (l)
en Robin Warren (r).



De grootste veranderingen die zich in de afgelopen 25 jaar hebben voorgedaan binnen de gastro-enterologie, zijn ongetwijfeld de ontwikkelingen binnen de endoscopie en de ontdekking van *Helicobacter pylori*. Dit laatste was onlangs aanleiding tot toekenning van de Nobelprijs Geneeskunde aan Robin Warren en Barry Marshall. Speculaties over deze toekenning waren al jaren gaande. Warren en Marshall deden hun ontdekking in het begin van de jaren tachtig in hun woonplaats Perth, Australië. Op dat moment waren er al langere tijd aanwijzingen dat peptisch ulcuslijden het gevolg zou kunnen zijn van een infectieziekte. Robin Warren was geïnteresseerd in deze theorie en vasthoudend in het nauwkeurig onderzoeken van histologisch materiaal van ulcuspatiënten. Daarbij viel hem op dat vrijwel al deze patiënten tekenen hadden van bacteriële kolonisatie van het maagslijmvlies. Barry Marshall werd hierdoor geënthousiasmeerd en was naar eigen zeggen mede door zijn grote interesse voor computers al in een vroege fase in staat tot het verrichten van literatuursearches.

Prospectief onderzoek

Het tweetal werd achteraf gezien bij hun onderzoek geholpen door de daling van de prevalentie van *H. pylori* in hun populatie. Dit stelde hen in staat om ulcuslijden te associëren met deze bacterie door een verschil aan te tonen in de prevalentie tussen ulcus-

patiënten en controles, zoals uiteindelijk vastgelegd in hun meest belangrijke publicatie in *The Lancet* in 1984, waarbij gerapporteerd werd over de prevalentie van deze bacterie in 100 personen met en zonder ulcuslijden. Deze publicatie leidde tot een storm aan verder onderzoek, niet in de laatste plaats van Nederlandse bodem. Zo was de groep van het AMC in 1990 de eerste die in prospectief onderzoek aantoonde dat eradicatie van *H. pylori* leidde tot genezing van ulcusziekte. Tien jaar na de oorspronkelijke ontdekking was al zoveel onderzoek gedaan, dat de WHO kon concluderen dat *H. pylori* niet alleen de veroorzaker is van het peptisch ulcus, maar tevens de belangrijkste verwekker van maagkanker. *H. pylori* werd aldus na hepatitis B het tweede micro-organisme dat bestempeld werd als een carcinogeen. De rest is geschiedenis.

Het is een zeer verheugend dat dit alles nu wordt gevierd met de toekenning van de Nobelprijs, de eerste Nobelprijs in de gastro-enterologie sinds de toekenning in 1988 aan Sir Black voor de ontdekking van de H₂-receptor. Dit erkent de grote invloed die het *Helicobacter*-onderzoek uiteindelijk gehad heeft op de klinische gastro-enterologie. Ook heden ten dage is het onderzoek op dit terrein nog altijd bloeiend en richt zich onder andere op preventie van maagkanker middels *H. pylori*-eradicatie.

Prof. dr. Ernst J. Kuipers, Erasmus MC, Rotterdam

Twee MDL-onderzoeksters krijgen Mozaïekbeurs

In MAGMA van september 2005 stond een artikel over het Mozaïek-programma, waarmee NWO en het Ministerie van OCW voor het tweede achtereenvolgende jaar promotieplaatsen financieren voor jonge, talentvolle allochtone onderzoekers. Dit jaar waren er 142 aanvragen, waarvan er uiteindelijk – na *peer review* – 22 zijn gehonoreerd. Twee van de gehonoreerde onderzoeksvoorstellen zijn afkomstig van MDL-onderzoeksters. Het betreft Thanyalak Tha-In, geboren in Thailand, en Ebtisam el-Filali van Nederlands-Marokkaanse afkomst.

Thanyalak Tha-In gaat op de afdeling MDL van het Erasmus MC onder leiding van Jaap Kwekkeboom en Herold Metselaar onderzoeken of het immuunsysteem door middel van Intraveneuze Immunoglobulinen (IVIG) zodanig gemoduleerd kan worden, dat getransplanteerde levers worden geaccepteerd zonder levenslange immuunsuppressie. Ze zal de modulerende effecten van IVIG op menselijke immuuncellen *in vitro* bestuderen in het Erasmus MC. De mogelijkheid om transplantaatacceptatie *in vivo* te induceren, gaat ze in proefdieren onderzoeken in het laboratorium van Kathryn Wood, Oxford, Engeland.

Ebtisam el-Filali zal in het Levercentrum van het AMC Amsterdam trachten om muizen te produceren met humane levers. Het is bekend dat onder selectiedruk getransplanteerde levercellen kunnen prolifereren in een acceptor-lever. Ebtisam zal deze techniek toepassen met humane levercellen in immunodeficiënte muizen. Zij zal zich vooral richten op de transplantatie van humane embryonale levercellen, omdat deze – in tegenstelling tot volwassen levercellen – in kweek kunnen worden vermenigvuldigd. Vervolgens zal Ebtisam deze muizen gebruiken voor het ontwikkelen van levergerichte gentherapie die geschikt is voor toepassing in mensen. Zo kunnen virusvectoren worden gemaakt die aangeboren afwijkingen in levercellen kunnen herstellen.

Screening ondervoeding in alle ziekenhuizen

Het Ministerie van VWS heeft het projectvoorstel voor screening en behandeling van ondervoeding bij opname in het ziekenhuis aangenomen als onderdeel binnen het VWS-programma *Sneller Beter*.

Het projectvoorstel is ingediend door de Stuurgroep 'Wie beter eet, wordt sneller beter', een groep deskundigen op het gebied van (klinische) voeding en ziektegerelateerde ondervoeding. Alle Nederlandse ziekenhuizen zullen worden ondersteund in het invoeren van screening en behandeling van ondervoeding. Opname van een prestatie-indicator ondervoeding in de basisset prestatie-indicatoren moet de effectiviteit van het project ook op de lange termijn borgen.

Voor informatie:

ellen.vander.heijden@pitactief.nl.

Nieuw prokineticum in aantocht

Sinds het vrijwel onmogelijk is geworden om cisapride (Prepulsid®) voor te schrijven, bestaat er grote behoefte aan een nieuw prokineticum. Met name voor de patiënten met (functionele) dyspeptische klachten en maagledigingsstoornissen.

Een aantal middelen wordt nu in fase 2- en fase 3-studies onderzocht. Met name het medicament itopride is zeer veelbelovend. Het middel heeft zowel een antidopaminerge als anti-acetylcholinesterase werking. Het medicijn is al vanaf 1995 geregistreerd in Japan en is daar al vele jaren, met goede resultaten, op recept verkrijgbaar. In 2003 werden de licenties gekocht door Axcan Pharma, een Canadees farmaceutisch bedrijf dat zich volledig richt op de MDL-markt. Sindsdien hebben fase 1- en fase 2-studies plaatsgevonden in de Kaukasische bevolking. Er zijn geen andere (bij)werkingen vastgesteld dan al uit de Japanse studies bekend waren. De laboratorium- en ECG-controles geven aan, dat we met een veilig medicament te maken hebben. Studies tonen een statistisch significante verbetering van de dyspeptische symptomatologie scores na een acht weken durende behandeling met driemaal daags 100 mg itopride.

Recentelijk werd een grote pan-Europese fase 3-registratiestudie afgesloten, waarin ook een aantal Nederlandse centra participeerden: *a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of itopride HCl in patients suffering from functional dyspepsia*. Deze studie is in nauwe samenwerking met de FDA en EMA tot stand gekomen en men verwacht daarom een snelle registratie van het middel in de USA/Canada en Europa, zodra de resultaten voor review door de registratieautoriteiten beschikbaar komen.

Participerende onderzoekers fase 3-studie itopride

Dirk Jan Bac	Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam
Sybrand de Boer	Ziekenhuis Rijnstate	Arnhem
Wink de Boer	Ziekenhuis Bernhoven	Oss
Peter Haeck	Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal
Ronald Linskens	Sint Anna Ziekenhuis	Geldrop

UEGW

Een internist in Kopenhagen: de UEGW 2005

Van 15 t/m 19 oktober 2005 vond de 13^e *United European Gastroenterology Week* plaats in Kopenhagen. Een kort verslag van een internist in opleiding.

Gastro-oesofageale refluxziekte

Het gebruik van intraluminale impedantiemetrie als toevoeging aan de pH-metrie als standaard voor de diagnostiek van refluxziekte laat zien dat een groot deel van de klachten die patiënten rapporteren het gevolg is van niet-zure en gasvormige reflux. Nieuwe endoscopische technieken ter behandeling van refluxziekte:

1. *Stretta-procedure*: door toediening van radiofrequente energie ter plaatse van de LES ontstaan fibrosering en collageendepositie, waardoor de LES-druk toeneemt. Resultaten: afname van klachten en van gebruik van PPI (50% gestaakt 12 maanden na de procedure);
2. *Enteryx*: een biocompatibele polymeer die ingebracht wordt in de LES, waar precipitatie optreedt. Toename van de LES-druk. Bij 70-80% van de patiënten afname van klachten en 65-70% staakt dagelijks PPI-gebruik. Verbeteringen niet objectieverbaar met pH-metrie of endoscopie. Belangrijkste complicatie: transmurale injectie;
3. *Gate-keeper*: hydrogelprothese, die na implantatie in de submucosa ter plaatse van de LES zwelt en tot drukverhoging leidt. Geen bewijs voor effectiviteit, op basis van een sham-studie. Belangrijkste probleem: 30% van de protheses raakt binnen 6 maanden los en verdwijnt.

NASH en NAFLD

Steeds meer mechanismen met betrekking tot de rol van 'nonalcoholic steatohepatitis' (NASH) en 'nonalcoholic fatty liver disease' (NAFLD) binnen het metabole syndroom worden geïdentificeerd. Genetische predispositie (b)lijkt uit clustering binnen families (18% met 1^e-graads familielid als patiënt) en uit etnische verschillen (in de VS: hogere prevalentie onder Hispanics en lagere onder Afro-Americans). Op moleculair niveau lijken zowel hormonen als adipokines een rol te spelen. Insuline lijkt een pro-fibrotisch effect te hebben, terwijl adiponectine dit proces mogelijk juist remt.

Behandeling van obesitas

Een drietal behandelmethoden:

1. *Medicamenteus*
Orlistat, een lipase-inhibitor waardoor vetmalabsorptie optreedt. Belangrijkste bijwerking: steatorrhoe.
Sibutramine, een serotonine- en noradrenaline-reuptak -inhibitor. Potenter dan orlistat. Belangrijkste bijwerkingen: hoofdpijn en tachycardie.
Rimonabant, werkzaam als selectieve cannaboid-1 receptorblokker. Beïnvloedt lipidenmetabolisme en geeft sneller verzadigd gevoel;
2. *Endoscopische behandeling*
Maagballon geeft vertraagde maagontlediging, tevens effecten op hormonaal niveau: ghrelinspiegel daalt, terwijl adiponectine stijgt. Maagballon wordt gevuld met methyleenblauw, zodat lekkage eerder vastgesteld wordt;
3. *Laparoscopische gastric bypass*
Vroege peri-operatieve complicaties zijn bekend.

Late complicaties zijn: voedingsdeficiënties, strengeus, ontwikkeling van ulcera en galstenen. Hormonale effecten worden nog geëvalueerd. Veranderingen in ghrelin, glucagon-like peptide 1- en peptide YY-spiegels spelen mogelijk een rol bij langdurige gewichtsreductie.

Functionele dyspepsie

Gestoorte perceptie van maag-darmmotiliteit speelt waarschijnlijk een belangrijke rol. Mechanismen: gestoorde serotoninespiegels, verlaagde IL-10 spiegels en mogelijk Ge-eiwit-polymorfismen. Indicatie voor aanvullend onderzoek volgens de AGA Guidelines: endoscopisch onderzoek bij patiënten ouder dan 45 jaar en bij alarmsymptomen. Alleen coeliakie komt vaker voor in de FD-groep dan in de gezonde populatie. Huidige behandelingen hebben slechts beperkt effect, alleen prokinetica geven meer klachtenreductie dan placebo. Nieuwe ontwikkelingen: tegaserod, itopride en mitemincal.

Prevalentie van galstenen na maagbandplaatsing (eigen posterpresentatie)

Het ontstaan van galstenen na fors gewichtsverlies is een bekend fenomeen. In onze populatie morbide obese patiënten (120 patiënten, gewichtsverlies 31,5% van preoperatief gewicht) was de prevalentie van galstenen na maagbandplaatsing 30%. Dit is significant hoger dan in een vergelijkbare groep die nog geen maagbandplaatsing had ondergaan (prevalentie 13%).

Rosalie Kiewiet
AIOS Interne Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

Zeeland, dat is pas ver

An het eind van de A58 vermeldt het ANWB-bord: Engeland linksaf. Rechtdoor rijdt je Vlissingen binnen. De kortste weg richting Ziekenhuis Walcheren staat keurig aangegeven. Blikvanger is de recent geopende ultramoderne vleugel van het Zeeuws Radio-Therapeutisch Instituut.

Voor velen is Walcheren, Zeeland, ver én bijzonder. Zoals enkele maanden geleden een co-assistent opmerkte: "Als ik straks weer in Nederland ben, dan zal ik..." Terwijl de afstand Rotterdam maar net 100 km bedraagt, en je in een straal van 150 km steden vindt als Den Haag, Utrecht, Breda, Tilburg, Leuven, Brussel, Antwerpen en Gent.

MDL IN ZIEKENHUIS WALCHEREN

Twee jaar geleden werden nog plannen gesmeed voor een uitbreiding van twee naar drie MDL-artsen. Nu is de vacature voor een tweede MDL-arts, acht maanden na het vertrek van Drapers, nog steeds onvervuld. Het huidige tekort aan MDL-artsen komt zo wel erg schrijnend tot uiting.

Jan Drapers arriveerde in 1989 als eerste MDL-arts. Hij verruilde het AMC voor het opbouwen van MDL in Middelburg. Kort daarop fuseerden de ziekenhuizen van Middelburg en Vlissingen en verhuisde de scopieafdeling naar Vlissingen.

Na tien jaar arriveerde in 1999 Bram Tanis als tweede MDL-arts, opgeleid in het EMCR. Dit gaf beide heren de gelegenheid om de 'oude' Amsterdamse school met de 'oude' Rotterdamse school te combineren tot een zeer effectieve perifere praktijk.

De MDL-poot van de maatschap kreeg zo een enorme *boost*, zowel plaatselijk als regionaal. De samenwerking met de afdelingen interne geneeskunde en chirurgie van de Oosterschelde Ziekenhuizen te Goes en Zierikzee is uitstekend. Tevens is er een gestructureerd regionaal patiëntenoverleg waarin ook Roosendaal en Terneuzen participeren.

RECENTE ONTWIKKELINGEN

Enkele jaren geleden introduceerde Bram de interventie-echo-endoscopie in Ziekenhuis Walcheren en De Oosterschelde Ziekenhuizen. De

longartsen maken er veelvuldig gebruik van ter verkrijging van diagnostisch materiaal uit media-stinale klieren. Ook worden met deze methode pancreaspseudocysten, abcessen en gecompliceerde fistels behandeld. De laatste in nauwe samenwerking met de afdeling chirurgie.

Goede samenwerking bestaat ook met de vakgroep urologie. Voor een geringe meerprijs kon software voor anorectale manometrie worden toegevoegd aan het nieuw aan te schaffen apparaat voor urodynamisch onderzoek. Dit apparaat is nu één dagdeel per week beschikbaar voor anorectale manometrie.

Najaar 2005 startten twee verpleegkundigen de verpleegkundige MDL-specialisatie. De belangstelling van verpleegkundigen voor de MDL-pathologie en -behandelmethode is groot, zo blijkt ook uit de opkomst voor de jaarlijks door de MDL-arts(en) georganiseerde cursus MDL-ziekten voor verpleegkundigen. Deze cursus geniet niet alleen ruime belangstelling bij verpleegkundigen, maar ook bij de laboranten van het Klinisch Chemisch Laboratorium en de röntgenafdeling, en van scopieassistenten.

KLEINSCHALIGHEID EN KWALITEIT

De laatste drie jaar is de afdeling radiologie verjongd en deed de interventieradiologie zijn intrede. Weliswaar kon (en kan) te allen tijde een beroep worden gedaan op de afdeling interventieradiologie van het EMCR. Echter, een ieder die ervaring heeft met een ambulancerit van Vlissingen naar Rotterdam of Amsterdam, met of zonder file, zal het belang van regionaal beschikbare

topzorg meer dan beamen.

Intensieve samenwerking met de afdeling radiologie, MDL en heelkunde van het EMCR resulteerde in een regionale standaardisatie van de diagnostiek van het pancreascarcinoom.

Doelstellingen hierbij zijn een snelle en volledige diagnose, het voorkomen van herhaalonderzoeken bij verwijzing naar een centrum en het terugdringen van onnodige verwijzingen voor een second opinion. De eerste resultaten stemmen tot tevredenheid. Er zijn afspraken gemaakt tussen de afdelingen radiologie van Ziekenhuis Walcheren en die van het EMCR over het uitvoeren van CT-scans. Deze worden over en weer beoordeeld op uitvoering en kwaliteit.

De MDL in Vlissingen kan gebruikmaken van een uitstekend geoutilleerde afdeling Nucleaire Geneeskunde, inclusief een PET-scan.

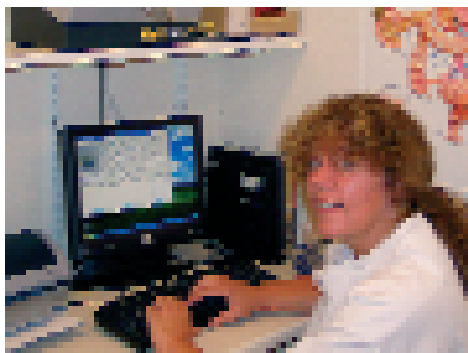
De 13C-ademtesten – Bram promoveerde in 2003 op een 13C-ademtest ter bestudering van het leverglycogeen metabolisme – worden op de poli interne uitgevoerd.

De beperkingen van een relatief klein ziekenhuis komen tot uiting in het uitbesteden van grote chirurgische ingrepen als de slokdarmchirurgie en de pancreaschirurgie. Een open communicatie en kennis van de mogelijkheden en beperkingen van zowel verwijzend ziekenhuis als het serviceverlenende centrumziekenhuis leveren nogal eens een win-winsituatie op. Het voorkomt herhaling van diagnostiek en onnodig heen en weer reizen van patiënten en familie.

SAMENWERKING INTERNISTEN

Samen met de interne geneeskunde en de nucleaire geneeskunde vormt de MDL een maatschap. Dit naar tevredenheid van de betrokkenen. DBC-Nederland en de ziektekostenverzekeraars hebben meer moeite met het combineren van meerdere disciplines in een maatschap. Het levert nogal eens onbegrip en extra administratie op.

Ter bevordering van kwaliteit en service participeert de afdeling in het landelijke project 'Werken zonder wachtlijst'. Ook loopt sinds 1 januari 2005 een kwaliteitsproject voor kwaliteit en veiligheid van de scopieafdeling, toegespitst op de uitvoering van colonoscopieën.



Poliverpleegkundige Joke Huibregtse bij de 13C-ademtest-apparaat.