

COELIAKIE 72 / NSAID'S EN OUDEREN 75 / PRESTATIE-  
INDICATOR ONDERVOEDING 76 / NIEUWE VOORZITTER  
GENOOTSCHAP MDL 77 / CONFOCALE ENDOMICROSCOPIE 78  
MDL IN ZUID-AFRIKA 80 / CASUÏSTIEK 82 / PROEFSCHRIFTEN 86



# MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP  
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 13 / NUMMER 4 / DECEMBER 2007

## KLINK: 'NIET MEER MDL-OPLEIDINGSPLAATSEN'

Expeditie Crohn- en Colitis ulcerosa-patiënten  
naar hoogste top Andesgebergte



## Vijftig vacatures in MDL-land

### Het oosten

Ziekenhuisgroep Twente te Hengelo vraagt zowaar in één keer bijna 3 fte MDL-artsen. Voor alle duidelijkheid: het is een maatschap die nu nog bestaat uit 5,6 fte internist en 1 MDL-arts. De vraag stijgt snel. Oss is ook zeer verheugd dat ze een 3<sup>e</sup> MDL-arts mogen aantrekken. Wie wil er niet zo centraal in Nederland in een spiksplinternieuw ziekenhuis komen werken? Begin 2008 zal Sybrand de Boer terugkeren naar Doetinchem als 4<sup>e</sup> MDL-arts. Hij is de 2<sup>e</sup> MDL-arts die dit jaar uit Rijnstate vertrekt. Rijnstate zoekt weer een 7<sup>e</sup> MDL-arts (lieft een vrouw); ook is men in vergesprek overleg met de raad van bestuur voor invulling van de 8<sup>e</sup> MDL-arts in 2008. Radboud heeft een vacature voor een interventie-endoscopist. Werkklonderzoek suggereert dat ze ernstig 'onderstaft' zijn. Waarschijnlijk mogen ze in 2008/2009 extra fte's vullen. Het CWZ in Nijmegen zoekt een 4<sup>e</sup> MDL-arts, na de vroegtijdige pensionering van Ruud de Koning. Kenneth Ocran, opgeleid in Charité Berlijn, zal als 4<sup>e</sup> MDL-arts starten in het VieCuri te Venlo. Op een advertentie in het *Rheinische Medische Wochenschrift* kreeg men 4 sollicitanten. Er is in Venlo nog plaats voor een 5<sup>e</sup> MDL-arts.

### Het noorden

Loukje Wormmeester (AZG) gaat naar Hoogeveen. Zwolle zoekt nog steeds 2 extra MDL-artsen. Leeuwarden was bij de NVGE aangenaam aan het keuzen met potentiële kandidaten voor 2009 en heeft vertrouwen in de toekomst. In Hoogeveen kunnen 2 MDL-artsen met parttime VUT. Er is slechts één opvolger, wat nu? Het Academisch Ziekenhuis in Groningen adverteert in *Journal of Hepatology* voor een hoogleraar Hepatologie (voor Rotterdammers is Groningen te ver weg). Assen heeft voor de tweede keer geadverteerd, ze zoeken 1 à 2 MDL-artsen.

### Het zuiden

In 2006 is Mark van Milligen de Wit vertrokken uit het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg naar Breda. Begin 2008 zal collega Robbert Eichhorn de overstap maken van Breda naar het EZ Tilburg en daar de 4<sup>e</sup> MDL-arts worden. Het Elisabeth zoekt nog een 5<sup>e</sup> MDL-arts. Breda is weer terug bij af met 2 actieve MDL-artsen en 3 MDL-vacatures. Nynke Talstra (Radboud) gaat naar het TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, ze zoeken er nog een 4<sup>e</sup> MDL-arts. Eindelijk goed nieuws voor Zeeland: Hestia Vermeulen (EMC) wordt de 2<sup>e</sup> MDL-arts in Vlissingen. Bram Tanis is eindelijk niet meer alleen. Men zoekt een 3<sup>e</sup> MDL-arts. Iek van Nunen blijft waarschijnlijk als stafid in Maastricht.

### Het westen

Marco Bruno verlaat het AMC en wordt professor in de gastro-intestinale oncologie in het Erasmus MC. Het Ikazia zoekt 2 MDL-artsen, Pieter ter Borg (EMC) komt 1 mei 2009. Het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp zoekt 1 à 2 MDL-artsen en richt zich op de mensen die in 2009 als MDL-er instromen.

De vacaturestelling voor de 4<sup>e</sup> MDL-arts (in totaal 3,5 fte) in Almere is door de raad van bestuur goedgekeurd. De brief van het MDL-Concilium aan minister Klink van eind augustus heeft in dezen louterend gewerkt. In Den Haag zoekt het Westeinde met spoed 2 MDL-artsen. Het Haga Ziekenhuis zoekt een 5<sup>e</sup> MDL-arts; binnenkort hebben ze waarschijnlijk een MDL-opleiding. Remco van de Boomgaard gaat in 2009 met pensioen, dus eigenlijk zijn daar 2 vacatures. De wachttijd voor colo's in Den Haag is meer dan 6-8 weken. Bronovo overweegt een 2<sup>e</sup> MDL-arts. Het UMCU zoekt ook nog 1 MDL-arts. Josbert Keller (AMC), in opleiding en CRC-expert in wording, komt eind 2008 naar Utrecht. Amersfoort zoekt een 5<sup>e</sup> MDL-arts; ze hebben een MDL-opleiding en willen deze collega met spoed. In Hoorn gaat Jelle de Boer, internist, waarschijnlijk later in de VUT om de vereiste zorg te blijven realiseren. Ze vragen extra functieplaatsen MDL aan. Alkmaar heeft snel een gepromoveerde 5<sup>e</sup> MDL-arts nodig voor de opleiding en Zaandam blijft hopen op een 2<sup>e</sup> MDL-arts.

### Conclusie

Het lijkt erop dat vissen in de vijver van 2008 vrijwel niemand meer helpt. Vier MDL-ers io hebben nog geen harde toezeggingen gedaan en zijn inlijfbaar. In 2009 komen maximaal 21 uitstromers beschikbaar, 5 à 6 hebben al een baan geaccepteerd. Echter, het Concilium van de internen, bij monde van prof. Jos van der Meer (Radboud) en Nel Geelhoed (Haaglanden), lijkt in zijn brief van september jongstleden aan minister Klink te twifelen over de noodzaak van MDL-groei. De vraag is of bij deze opstelling gezamenlijke maatschappen MDL-interne een rooskleurige toekomst hebben. Het rommelt het in een aantal grote interne-MDL-maatschappen, waarbij de discussie over separeren sterk speelt. Men denkt in 2008 zonder grote kleerscheuren te kunnen separeren. De MDL-wereld loopt vast, en wat doet minister Klink eraan? Wat doet BOLS, het CBOG? Het opleidingsfonds is een bezuinigingsproject van het rijk. Een 'Sovjetgeleid' planmodel, wie wordt daar vrolijk van? We komen met de al bekende vacatures, de pensioneringen in de kleine ziekenhuizen en de nood zoals hierboven beschreven, nu op 45-50 vacatures. Wat een dramatiek voor de toegankelijkheid van MDL-zorg! Het *Deutsche*

*Medizinische Wochenschrift* kan flink geld aan ons verdienen. Daar zijn nog steeds goed opgeleide collega's beschikbaar die al snel Nederlands spreken. In Engeland lopen veel collegae rond, goed opgeleid, met een tweedehands baan. De taal is dan echter een groter probleem. Er zijn 282 MDL-artsen actief, ons Genootschap telt 275 leden. We zullen de 300 MDL-artsen niet halen in 2008 vanwege pensioneringen, VUT, carrièresprong naar directies, vertrek naar buitenland et cetera. *Kortom, gepensioneerden: blijf gezond.*

Chris Mulder

## 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 Klinenberg-Knol;

Academisch Ziekenhuis Maastricht,

Wim Hameeteman;

UMC St. Radboud Nijmegen,

Fokko Nagengast;

Erasmus MC Rotterdam,

Harry Janssen;

Universitair Medisch Centrum Groningen,

Gerard Dijkstra;

Universitair Medisch Centrum Utrecht,

Bas Oldenburg;

Leids Universitair Medisch Centrum,

Cock Lamers.

## Betonnen muur

Voor mijn laatste column had ik graag een vrolijker onderwerp gekozen, maar er is geen ontkomen aan: het capaciteitsprobleem.

De brandbrief van ons Consilium aan Minister Klink heeft tot nu toe geen enkel positief resultaat opgeleverd. Vreemd is dat niet, want we lopen al jaren tegen een betonnen muur op. Men luistert beleefd, knikt instemmend, wenst ons sterkte en doet vervolgens... niets. Wat natuurlijk niet helpt in de contacten met de overheid, is een gebrek aan *sense of urgency* bij andere medisch specialisten. De overheid ziet dat al gauw als een vrijbrief niets te hoeven ondernemen.

Het probleem is, dat zo langzamerhand half Nederland zich bemoeit met de toewijzing van opleidingscapaciteit en -geld. Het gevolg is uitstel, nog maar weer eens een onderzoek, waterige compromissen en nog meer uitstel. En dat terwijl de nood met de dag groeit. Chris Mulder – wie kent de markt beter? – komt nu al op veertig tot vijftig vacatures op een totaal van zo'n 280 MDL-artsen. Dat is maar liefst vijftien procent!

Het staat buiten kijf dat de toegankelijkheid van de MDL-zorg de komende jaren ernstig gevaar loopt, zeker buiten de Randstad. Wie dat ontkent of er zijn ogen voor sluit, draagt willens en wetens bij aan een verslechtering van onze gezondheidszorg, terwijl verbetering geboden is.

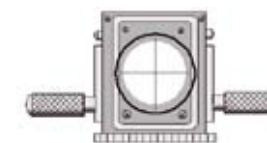
In het nieuwe ambitieuze beleidsplan van het Genootschap voor de komende vier jaar staat het zichtbaar verbeteren van onze prestaties centraal. Als de leden het beleidsplan tijdens de voorjaarsvergadering van 2008 goedkeuren, dan wacht ons een ongekende uitdaging die we graag aangaan in het belang van onze patiënten en de samenleving als geheel. Maar we kunnen alleen succesvol zijn als aan de belangrijkste basisvoorwaarde is voldaan: voldoende gekwalificeerde collega's.

Hoe nu verder? Kon ik, als Tom Poes, maar een list verzinnen of, als Asterix, een slokje toverdrank nemen. Maar helaas: er is geen *easy way out*. Er zit niet anders op dan blijven praten, blijven argumenteren, blijven bewijzen. Blijven beuken tot er een barst in het beton komt en de muur uit elkaar valt. Op korte termijn biedt dat geen soulaas en zullen we alle creativiteit moeten aanwenden om de MDL-zorg op peil te houden.

Kunnen we geen campagne starten om te zorgen dat oudere patiënten maagbeschermende medicatie krijgen als ze NSAID's gebruiken? Gerard van Berge Henegouwen toont in deze editie aan dat hier winst te behalen valt en dat scheelt ons patiënten en dus werk. Chris Mulder suggereert dat we misschien gepensioneerde collega's kunnen vragen een bijdrage te leveren. Kunnen ze misschien een IBD- of een hepatitissprekkuur overnemen, of thuis de opnames van een videocapsule evalueren? Ik bedoel maar: 'als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan'.

Ik blijf jullie in de gaten houden!

Was getekend,  
Melvin Samsom



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

## Parelsnoer mooier dan de afzonderlijke parels

Vorig jaar stond in *MAGMA* (4/2006) een bericht over plannen om voor een aantal ziektebeelden een specifieke database en biobank te maken. Dit project wordt het Parelsnoer Initiatief (PSI) genoemd. De achterliggende gedachte is, dat elk UMC in ons land een ziekte heeft gekozen die speciale aandacht van dat UMC geniet: de 'parel'. Dit zijn vaak ziekten die ook in andere UMC's in de belangstelling staan. Het is nu de bedoeling de parels aan elkaar te rijgen tot iets nog mooiers: het Parelsnoer. Hierbij gaan we er apodictisch vanuit, dat de som der dingen mooier is dan de aparte elementen.

### Het referentiekader

Een parel gaat pas glanzen als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Doel is, dat het verhaal van iedere patiënt die van het PSI-project deel gaat uitmaken, prospectief en uniform wordt vastgelegd in een database, bij voorkeur een elektronisch patiëntendossier (EPD). Biomateriaal van elke patiënt moet op gestandaardiseerde wijze worden afgenomen en opgeslagen. Natuurlijk moet de patiënt eerst *informed consent* geven. Verder komt er een infrastructuur voor uitwisseling van data en een ethische toetsing. Juristen moeten een oordeel vormen over eigendoms kwesties en intellectueel eigendom, dat voortkomt uit analyse van de gegevens in de database. Informatici zullen de gegevens 'pseudonimiseren' en de database beveiligen. Dit referentiekader, een beschrijving van de randvoorwaarden, is het

afgelopen jaar vastgelegd tijdens de vergaderingen van het PSI. Nu kan daadwerkelijk worden gestart met de uitvoering.

### Matching

Voor de uitvoering van het PSI is een hoop geld nodig. De belangrijkste kostenpost wordt gevormd door de mensen die de data verzamelen (*trial nurses*) en de opslag van materiaal. De overheid heeft 35 miljoen euro ter beschikking gesteld onder voorwaarde dat de UMC's gezamenlijk 32 miljoen aan het project zouden bijdragen. Op het ogenblik is nog niet helemaal duidelijk hoe de UMC's dit geld gaan bijdragen. Veel van het succes hangt af van de bereidwilligheid van de UMC-bestuurders om daadwerkelijk middelen ter beschikking te stellen.

### Goedsmoeds

IBD wordt als eerste ziektebeeld een parel volgens het PSI-concept, omdat er al een hecht samenwerkingsverband is (ICC: Initiative on Crohn's and Colitis) en het oorspronkelijke idee van een ziektespecifieke database hieruit is ontstaan. Ook de parel 'Erfelijke Darmtumoren' is zeer actief en heeft een intensief contact met de diverse specialisten die zich in de acht UMC's met dit probleem bezighouden. De synergie die het afgelopen jaar door het PSI is ontstaan, geeft reden om goedsmoeds de schouders onder het Parelsnoerproject te zetten.

voeding voor patiënten. Daarnaast wordt er onderzoek gedaan naar de wensen en behoeften van coeliakiepatiënten. De integratie van medisch en agronomisch onderzoek en de nauwe betrokkenheid van patiënten maakt het CDC-programma uniek in de wereld. In het onderzoek is al een aantal successen geboekt. Zo is in het LUMC een nieuwe test ontwikkeld waarmee de aanwezigheid van giftige glutenfragmenten in voeding kan worden aangetoond. Deze test wordt nu doorontwikkeld voor routinematig gebruik. Tevens is in het UMC Utrecht een test ontwikkeld waarmee relatief snel en tegen lage kosten is vast te stellen of mensen HLA-DQ2- of HLA-DQ8-positief zijn, en daarmee kans lopen om coeliakie te krijgen. Vooral voor families waarin deze ziekte al voorkomt, is deze test van belang, omdat de kans op ziekteontwikkeling dan relatief groot is (10%).

Een derde ontwikkeling is, dat industrieel partner DSM Food Specialities een enzym heeft ontwikkeld, waarvan het CDC heeft kunnen aantonen dat dit in staat is gluten zodanig af te breken dat het niet langer toxisch is voor patiënten. Het enzym werkt ook in de menselijke maag en zou dus kunnen worden toegevoegd aan voedingsmiddelen die anders niet worden verdragen. Daarnaast heeft het CDC onderzoek gedaan naar *teff*, een Ethiopische graansoort. Deze blijkt geen gluten te bevatten en is dus veilig voor coeliakiepatiënten. Dit wordt bevestigd door de patiënten: deze zijn tevreden over *teff*.

Ten slotte is uit onderzoek gebleken dat, terwijl tarwe, rogge en gerst niet door coeliakiepatiënten worden verdragen, haver wel veilig blijkt te zijn. Daarom werkt het CDC samen met de Universiteit van Wageningen en een industriële bakkerij aan het opzetten van een veilige haverketen, waardoor gegarandeerd kan worden dat haver-

producten niet gecontamineerd zijn met tarwe, rogge of gerst. De belangrijkste vraag in het onderzoek naar coeliakie is echter nog niet beantwoord. Het is bekend dat coeliakie bijna uitsluitend voorkomt bij mensen die een bepaalde genetische predispositie hebben: ze zijn HLA-DQ2- en/of HLA-DQ8-positief. Toch ontwikkelt het overgrote deel van de mensen die HLA-DQ2- en/of HLA-DQ8-positief zijn, géén coeliakie, terwijl ze toch allemaal gluten eten. Het is met name deze vraag, waarin het onderzoek van prof. Wijmenga inzicht wil geven: er zijn andere genen die de kans op ziekteontwikkeling beïnvloeden. Als bekend is welke dit zijn, dan kan in de toekomst mogelijk worden voorspeld wie de ziekte zal ontwikkelen en wie niet.

**Van 6 tot 8 april 2009 wordt in Amsterdam het 13th International Coeliac Disease Symposium gehouden, dat mede georganiseerd wordt door het CDC ([www.ICDS2009.org](http://www.ICDS2009.org)).**

## NIEUWS

### Gen voor coeliakie

Nederlandse en Britse onderzoekers hebben in de ziekte coeliakie een nieuw gen geïdentificeerd. Het gevonden gen is waarschijnlijk betrokken bij de ontstekingsreacties die in de darm ontstaan na het eten van voedsel dat gluten bevat. De onderzoekers onder leiding van hoogleraar genetica Cisca Wijmenga (Universiteit van Groningen) publiceerden in juni over hun onderzoek in het gerenommeerde wetenschappelijk blad *Nature Genetics*.

Coeliakie is de meest voorkomende vorm van voedselintolerantie in de westerse wereld. Naar schatting lijden in Nederland 160.000 mensen aan deze ziekte. De ziekte wordt geclassificeerd als een auto-immuunziekte, een ziekte waarvan het ontstaan wordt toegeschreven aan het vormen van antistoffen tegen eigen lichaamseiwitten. Coeliakie wordt veroorzaakt door een combinatie van genetische en omgevingsfactoren.

### Nieuwe techniek

Ongeveer 30 jaar geleden is vastgesteld dat het HLA-DQ2-gen dat op chromosoom 6 ligt, zo'n 40% van de genetische factoren bepaalt die invloed hebben op coeliakie. Het is sinds vorig jaar mogelijk geworden gebruik te maken van de volledige catalogus van menselijke genetische variatie, de SNP's. Dit zijn veranderingen in ieder van de naar schatting elf miljoen variabele bouwstenen van ons erfelijk materiaal. Hierdoor zijn de mogelijkheden voor onderzoek naar ziektegenen enorm uitgebreid. Voor het eerst konden de onderzoekers via een zogenaamde genomwijde scan een groots opgezette speurtocht uitvoeren in alle menselijke genen. Dit gebeurt door te zoeken naar variaties in het DNA die bij zieke

mensen vaker voorkomen dan bij gezonde. Hierbij hoeven nu 'slechts' 300.000 SNP's tussen gezonde en zieke mensen te worden vergeleken. Door nieuwe technologie is dergelijk onderzoek sinds een jaar mogelijk.

### Veroorzakende genen

Cisca Wijmenga en haar team uit Groningen hebben in eerste instantie ruim 300.000 verschillende SNP's vergeleken tussen 780 patiënten met coeliakie en 1400 controlepersonen. Daarmee hebben ze een nieuw gebied geïdentificeerd, waar genen te vinden zijn die coeliakie veroorzaken. Dit gebied, een zogeheten genlocus, is 480 kb groot en bevat vier genen waaronder het interleukine 2- en interleukine 21-gen en ligt op chromosoom 4. De onderzoekers ontdekten, dat bepaalde variaties in SNP bij coeliakiepatiënten in een andere frequentie voorkomen dan bij de controlegroep. De beide interleukines zijn interessante kandidaten voor coeliakie, aangezien ze een belangrijke rol kunnen spelen in het ontstekingsproces in de dunne darm. Eerder al is gevonden dat het gen IL2 een rol speelt bij type-1 diabetes en IL21 bij de ziekte van Crohn, een andere ontstekingsziekte in de darm. Dat dit genlocus geassocieerd is met coeliakie, staat vast. Nog niet precies bekend is, welke van de vier genen in het genlocus de ziekte bepaalt. Meer functionele studies zijn nodig om vast te stellen welke van de vier de echte boosdoener is.

Bij het onderzoek zijn wetenschappers betrokken uit Amsterdam, Groningen, Leiden, Utrecht en een groot aantal Britse en Ierse centra. Het onderzoek werd onder andere mogelijk gemaakt door het Coeliac Disease Consortium.

## Coeliac Disease Consortium

Het Coeliac Disease Consortium (CDC) is een van de innovatieve clusters van het Netherlands Genomics Initiative (NGI). In 2004 is dit samenwerkingsverband van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het UMC Utrecht, de Universiteit van Wageningen, TNO, een aantal industriële partners en de Nederlandse Coeliakie Vereniging van start gegaan. Coördinator en wetenschappelijk leider is prof. dr. Frits Koning, hoogleraar in de Immunologie aan het LUMC. De doelstellingen van het consortium zijn het verbeteren van de diagnostiek en het ontwikkelen van alternatieve therapieën en veilige voeding voor patiënten met coeliakie. Hiervoor heeft het CDC een subsidie gekregen van de overheid van 7,7 miljoen euro. Het CDC combineert onderzoek naar de achtergronden van coeliakie met onderzoek dat zich richt op het ontwikkelen van veiliger

## Minister Klink: 'Niet meer MDL-opleidingsplaatsen'

Minister Klink van VWS geeft in een schriftelijke reactie op de open brief in *MAGMA 3/2007* aan, dat hij voorlopig nog geen plannen heeft voor uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor MDL-artsen. In de open brief wezen Chris Mulder en Ernst Kuipers namens het Concilium de minister op het groeiende tekort aan MDL-artsen in de komende jaren.

Volgens de minister ligt het primaat voor het opstellen van de capaciteitsraming in beginsel bij het Capaciteitsorgaan. Deze brengt één keer in de twee à drie jaar een advies uit. Bij een eventuele tussentijdse aanleiding voor aanpassingen wordt de minister geïnformeerd. Het Capaciteitsorgaan is volgens de minister volop bezig met de voorbereidingen van een volgend advies en in overleg met de wetenschappelijke verenigingen.

De minister geeft aan dat de meeste argumenten die in de open brief worden genoemd, meegenomen worden in het model van het Capaciteitsorgaan. Hij wijst erop dat het bevolkingsonderzoek naar darmkanker op de korte termijn nog geen realiteit is en dat daarvoor dus nog geen extra capaciteitsuitbreiding nodig is.

Ook heeft de minister een brief ontvangen van de Nederlandse Internisten Vereniging die meent dat het capaciteitsprobleem niet zo nijpend is. De minister wil pas een nadere beslissing nemen nadat MDL-artsen en internisten eerst gezamenlijk tot een afgewogen oordeel zijn gekomen. Het Concilium zal reageren naar het ministerie, na overleg met de NIV.



## Veel medische apparatuur naar Afrika en Roemenië

Vanuit Twente is een container met apparatuur voor de afdeling MDL-ziekten verscheept naar het academisch ziekenhuis van Yaoundé, de hoofdstad van Kameroen. Het materiaal is bijeengebracht door de Stichting Vreemde Kronkels, die een deel van de opbrengst krijgt van het gelijknamige boek dat patiënte Ingeborg Kuys vorig jaar publiceerde.



Het Kameroenproject is gestart door het VU medisch centrum in Amsterdam, dat een complete scopie-unit beschikbaar stelde. Ook de werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (MOS) van het Medisch Spectrum Twente in Enschede deed mee en leverde een grote hoeveelheid aanvullend materiaal, waaronder vijftien bedden, matrassen, uniformen en stoma-materiaal. Particuliere bedrijven leverden beddegoed en transport. De zending maakt het mogelijk in Kameroen de opleiding van MDL-artsen uit te breiden.

Ook academische ziekenhuizen in Johannesburg (RSA) en Targu Mures (Roemenië) hebben de beschikking gekregen over onder andere video-endoscopen. Lichtbronnen van het video-100-systeem worden langzamerhand ingezameld in Nederland. Wij blijven een beroep op u doen om deze lichtbronnen te bewaren voor hulpprojecten in Afrika en Oost-Europa. Er is dringend behoefte aan de videoadapter CV-100 en bijbehorende ringkabels (MD-680). Indien u de opzetapparatuur niet meer heeft maar de kabels wel, ga er dan buitengewoon behoedzaam mee om. Deze kabels kosten € 2000 per stuk en zijn bij de nieuwe Olympus-apparatuur niet meer te gebruiken. Daarnaast kunnen we oude ringkabels repareren ([www.1800endoscope.com](http://www.1800endoscope.com)) en willen we die ook graag hebben.



Collega's die ERCP *disposable catheters*, *Savary dilators* en dergelijke overhouden, kunnen ook altijd contact met ons opnemen.

Dankzij u hebben we meer dan honderd scopen met lichtbronnen kunnen opsturen.

Wij blijven verzamelen.

Chris Mulder  
cjmulder@vumc.nl

NSAID-GEBRUIK BIJ OUDEREN:

## Oproep tot maagprotectie

NSAID's worden in grote hoeveelheden gebruikt. Bijna de helft van de gebruikers is ouder dan 60 jaar. Juist bij deze groep leiden NSAID's tot verhoogde risico's op gastro-intestinale en cardiorenale complicaties. Ondanks de kwaliteitsrichtlijnen van CBO en NHG uit 2003 krijgen nog te weinig ouderen maagprotectiemiddelen voorgeschreven.

Wereldwijd hebben zo'n 100 miljoen mensen elke dag baat bij het gebruik van pijnstillers. Jaarlijks worden wel een miljard recepten hiertoe uitgeschreven. Ook door toenemende beschikbaarheid zonder recept en gebruik van pijnstillers bij alle mogelijke dagelijkse kwalen stijgt het NSAID-gebruik. De meest voorkomende indicaties voor NSAID-gebruik worden getoond in *figuur 1*. Bij ouderen gaat het vooral om artrose (bijna 70%). Ofschoon de prevalentie voor ulcera bij de verschillende niet-selectieve NSAID's nogal uiteen kan lopen, zal zich bij 10–30% bij gebruik langer dan 4–6 weken een ulcus duodeni of ventriculi ontwikkelen. Ernstige levensbedreigende complicaties, zoals een ulcusbloeding of -perforatie, doen zich voor bij zo'n 3% van de chronische NSAID-gebruikers. Met als gevolg een enorm verlies aan levens en zeer hoge kosten door hospitalisaties.

### Preventieve medicatie

In ons land gebruiken per jaar 1,7 miljoen patiënten PPI's, voor een groot deel ter preventie van NSAID-gastropathie. Dit zal mede te danken zijn aan de kwaliteitsrichtlijnen van CBO en NHG uit 2003. Deze geven aan dat preventieve therapie bij NSAID's verplicht is boven 70 jaar en zeer serieus moet worden overwogen bij elke NSAID-gebruiker boven 60 jaar. Nog afgezien van het feit of een dergelijke patiënt een ulcusvoorgeschiedenis, andere compromitterende medicatie, ernstige comorbiditeit of een HP-infectie heeft.

Toch zijn er aanwijzingen dat maagprotectie nog niet algemeen bij deze groepen wordt toegepast. Onderzoek van het PHARMO-instituut uit 2002 liet zien, dat slechts de helft van de risicogroepen maagprotectie in de vorm van een PPI kreeg voorgeschreven.

Recent onderzoek van receptuur vanuit de eerste lijn van de FPZ (Farmaceutisch Patiënten Zorggroep) uit 2006/2007 toont aan, dat met name in de groep ouderen boven 70 jaar slechts 53% maagprotectie krijgt.

### Keuzemogelijkheden bij gastroprotectie

Er zijn drie mogelijkheden voor additionele therapie ter preventie:

1. *Prostaglandine-antagonisten/misoprostol* – Hiermee is niet veel onderzoek gedaan. De klinische trials zijn niet overtuigend. Ook zijn er nogal wat bijwerkingen, vooral in de vorm van hinderlijke diarree. Toch blijft deze toepassing vooral als combinatie diclofenac-misoprostol in de eerste lijn erg populair.
2. *Coxibs* – Wanneer Coxibs (Cox-2-inhibitoren) voor pijnstilling worden toegepast, dan geeft dit volgens *Garcia-Rodriguez et al (2007)* een vermindering van 40% op het risico van gevaarlijke gastro-intestinale bijwerkingen (bloedingen uit maagdarm-ulcera, perforaties en ernstige ontstekingen met obstructie). Bij de bekende cardiovasculaire bijwerkingen van coxibs kan men ervan uitgaan, dat ze bij de niet-selectieve NSAID's waarschijnlijk even vaak voorkomen. Waarbij de hogere kosten voor de coxibs weer een relatief nadeel zijn.
3. *PPI's* – Met een PPI vermindert het risico op maag-darm-erosies en -ulcera en ulcusbloedingen aanzienlijk. Of het risico op de gevaarlijkste complicaties zoals perforaties en ernstige ontstekingen met obstructies hiermee ook vermindert, is nooit op een dezelfde schaal onderzocht als bij coxibs. Er zijn wel klinische studies die geen verschil in gastro-intestinale complicaties laten zien tussen de NSAID-PPI-combinatie en coxibs. Men kan ervan uitgaan dat een combinatie met PPI's in ieder geval de veiligste en goedkoopste preventie zal zijn.

### Conclusie

We zijn op de goede weg met maagprotectie, maar het is nog niet voldoende. Denk met name aan de ouderen boven 60 jaar, ook bij relatief kortdurend NSAID-gebruik. Geef dan iedere patiënt gastroprotectie. Gewoon doen. De MDL-arts heeft al genoeg werk...

Gerard van Berge Henegouwen, MDL-arts UMCU



Figuur 1.

# Prestatie-indicator voor behandeling van ondervoeding

Screenen op ondervoeding behoort in steeds meer ziekenhuizen tot de dagelijkse praktijk. Maar dat is slechts de eerste stap. Ondervoeding moet natuurlijk ook worden behandeld. Om het effect van de behandeling te kunnen meten, is de Prestatie-Indicator (PI) Behandeling Ondervoeding ontwikkeld. Prestatie-indicatoren (PI's) zijn meetbare elementen in de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de geleverde kwaliteit van zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie. PI's worden zowel intern gebruikt om de kwaliteit van een deelaspect van de zorg te monitoren als extern door zorgverzekeraars, beleidsmakers en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De PI Screening Ondervoeding hoort sinds 2007 tot de Basisset Prestatie-Indicatoren. In 2008 wordt ook de PI Behandeling Ondervoeding aan deze basisset toegevoegd.

Een werkgroep van experts heeft een praktische richtlijn opgesteld die multidisciplinair van aard is. Als na screening blijkt dat sprake is van ondervoeding, komt binnen 24 uur de diëtist in consult. Samen met de arts zorgt de diëtist ervoor, dat binnen 48 uur de behandeling in gang wordt gezet. Op dag 4 verricht de diëtist een evaluatie van de voedingsintake. De patiënt dient dan minstens 1,2 tot 1,5 gram eiwit per kilogram lichaamsgewicht te gebruiken. Er is veel gediscussieerd over de nadruk op deze eiwitaanbeveling. De gedachtegang van de werkgroep is, dat als de eiwitbehoefte gedekt is, in de meeste gevallen ook de energiebehoefte is gedekt. Daarom is gekozen voor eiwit als maat voor de PI. Bovendien is het een voorwaarde in het behandelplan waaraan deze PI ten grondslag ligt, dat de diëtist bij alle ernstig ondervoede patiënten in consult wordt geroepen. De diëtist neemt in de behandeling ook een optimale voorziening van energie en micronutriënten mee.

## Kinderen

In 2007 zijn de kinderafdelingen nog uitgesloten van de PI-screening, omdat er onvoldoende consensus was. In 2008 zullen de kinderafdelingen ook worden meegenomen in beide PI's Ondervoeding, zowel Screening als Behandeling. Kinderen worden bij opname gescreend met de groeicurve gewicht naar lengte en als ondervoed beschouwd bij een SDS-score van -2 of lager. De minimale voedingsintake op dag 4 is gesteld op 1,2 tot 1,5 gram eiwit per kg lichaamsgewicht en een energievoorziening van de uitslag van de Schofieldformule + 30% toeslag voor activiteit. De PI Behandeling Ondervoeding is de borging van de al bestaande multidisciplinaire behandeling van ondervoeding. Werken volgens de nieuwe PI betekent in de praktijk vooral: anders werken. Het vereist een gestructureerde werkwijze. Denk bijvoorbeeld aan afspraken rondom het weekend of voor onderzoeken waarvoor de patiënt nuchter moet blijven. Een diëtist moet een evaluatie op dag vijf inplannen. Behandelaars zullen sneller moeten kiezen voor pijnbestrijding, voor middelen tegen misselijkheid, of voor sondevoeding als daardoor de eiwit- en energie-inname tijdig op optimaal kan worden gebracht. Maximale inspanning dus, om te voorkomen dat er vertraging in de voedingsinname optreedt.

## De PI Ondervoeding: stap voor stap

- Screent u systematisch de voedingstoestand van alle volwassen patiënten en kinderen bij opname?
- Maakt u voor uw screening gebruik van:
  - de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire)
  - de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)
  - de SDS-score gewicht voor lengte (kinderen)?
- Welk percentage van alle opgenomen patiënten van het afgelopen jaar is binnen 24 uur na opname gescreend op ondervoeding?
- Wat is het percentage patiënten in een matige voedingstoestand en in een slechte voedingstoestand?
- Welk percentage van de patiënten die bij opname in een slechte voedingstoestand waren, krijgt op de vierde opnamedag de minimale optimale hoeveelheid eiwit via de voeding, te weten 1,2 tot 1,5 gram eiwit per kg lichaamsgewicht?

Hinke Kruijenga, Anja Evers  
namens de Stuurgroep 'Wie beter eet, is sneller beter'

**De exacte tekst van de PI Behandeling Ondervoeding is vanaf 2 november te lezen op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).  
Voor meer informatie kunt u terecht bij [h.kruijenga@vumc.nl](mailto:h.kruijenga@vumc.nl).**



KANTTEKENINGEN BIJ REGISTRATIE NIEUWE BIOLOGICS

# Crohnpatiënten kind van de rekening?

Recent is voor patiënten met de ziekte van Crohn het anti-TNF-medicijn adalimumab (Humira®) geregistreerd. Adalimumab is een tweede anti-TNF-medicijn. Het wordt waarschijnlijk in 2008/9 gevolgd door certolizumab (Cimzia®). Sinds 1999 is het opzienbarend effectieve infliximab (Remicade®) beschikbaar. Adalimumab (en certolizumab) kan de patiënt, met name die met de refractaire lumbale ziekte van Crohn, zelf thuis toepassen. Het is bovendien een alternatief voor patiënten die niet, of niet meer, reageren op infliximab, al dan niet door antistofvorming. Verschillende onderzoeken tonen, dat 25% tot 40% van de patiënten bij het gebruik van deze anti-TNF-biologics na twee jaar in blijvende remissie is. Daarom is de introductie van nieuwe anti-TNF-medicatie toe te juichen.

Een kanttekening bij deze positieve ontwikkeling is de financiering van deze kostbare en kosteneffectieve biologics. Kort door de bocht: klinische medicatie komt (deels) voor rekening van het ziekenhuis, thuismedicatie voor rekening van de verzekeraar, meestal als onderdeel van een of ander voorwaardelijk systeem vallend onder het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. De minister van VWS heeft Zorgverzekeraars Nederland de bevoegdheid gegeven 'zorg te dragen' voor uitvoering van dit GVS, Algemeen Beschaafd Haags voor 'regels stellen'.

Het gevolg is dat verzekeraars aanvullende eisen mogen en zullen stellen voor allerlei – duur geachte – medicamenten. De lijst waarvoor aanvullende voorwaarden gelden, groeit gestaag (zie [www.zn.nl/leeszaal/formulieren](http://www.zn.nl/leeszaal/formulieren)). Zo worden dus administratieve barrières opgeworpen. Reumatologen en dermatologen kennen dit probleem

met biologics al langer. Voor hen heeft Zorgverzekeraars Nederland verschillende restrictieve voorwaarden bedacht, alvorens tot vergoeding over te gaan.

Wie is er nu gebaat bij uitvoeringstoezicht door Zorgverzekeraars Nederland? De patiënt, zou je in onschuld mogen veronderstellen. Niets wijst er echter op – laat staan: bewijst – dat anti-TNF-therapie beter, efficiënter en goedkoper is wanneer een anonieme derde zich ermee bemoeit die niet is betrokken bij diagnose en therapie. Sterker nog, deze in essentie restrictieve rompslomp zal kunnen leiden tot het onterecht onthouden van medicatie. Deze situatie is al langer bekend bij de vergoeding van bijvoeding, ook vallend onder zulke beperkende voorwaarden, waarbij zelfs na aflevering van producten door de apotheker het weigeren van vergoeden door de zorgverzekeraar leidt tot problemen voor de patiënt zelf. De patiënt betaalt dan letterlijk en figuurlijk de rekening.

Argumenten als transparante zorg hebben veel weg van het recht praten van wat eigenlijk kostenbesparing is. De minister zal zich krachtiger moeten uitspreken over wat hij wel of niet wil laten vergoeden en zich niet verschuilen achter de zorgverzekeraars. Een recept is een recept en als zodanig de uitkomst van een zorgvuldig afwegingsproces tussen patiënt en arts. Besluitvorming over recht op zorg en vergoeding hiervan hoort bij regering of Tweede Kamer thuis, niet bij de twee petten dragende Zorgverzekeraars van Nederland.

Ad van Bodegraven, VUmc, Amsterdam

## NIEUWS

### Speciale training voor vrouwelijke MDL-artsen

Mannelijke sprekers domineren de medische congressereweld. Vrouwen komen vaak moeilijk aan de bak, terwijl er toch voldoende vrouwelijke MDL-artsen zijn die iets belangrijks te vertellen hebben. Daarom ontwikkelt Medi-Event een speciale training voor vrouwelijke medisch specialisten die graag op congressen willen spreken. De eerste training start in januari 2008. Het wordt een exclusieve training voor kleine groepen, zodat persoonlijke aandacht en begeleiding zijn gegarandeerd.

Meer info op [www.medi-event.nl](http://www.medi-event.nl).

### Ernst Kuipers voorzitter Genootschap MDL

Prof. dr. Ernst Kuipers is op 5 oktober benoemd tot voorzitter van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen. Hij volgt prof. dr. Melvin Samsom op, die zijn functie als hoogleeraar bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht opgaf om toe te treden tot de Raad van Bestuur van het Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen. Ernst Kuipers is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum te Rotterdam.



ONDERZOEK NAAR SURVEILLANCE VAN PATIËNTEN OP HOOG RISICO VOOR COLONCARCINOOM

## Confocale endomicroscopie: meer accuratesse bij diagnostiek en behandeling

Innovatieve technieken hebben de laatste decennia de kwaliteit van het endoscopisch onderzoek aanzienlijk verbeterd. Een interessante ontwikkeling hierbij is de confocale endomicroscopie, een combinatie van de traditionele endoscopie en realtime microscopie.

**B**ij confocale endomicroscopie is een zeer kleine microscoop aan het uiteinde van de endoscoop ingebouwd. Zo kunnen histologische beelden gelijktijdig worden gegenereerd met de endoscopische beelden (*optical biopsy*).

De patiënt krijgt intraveneus een contrastmiddel toegediend (fluoresceïne 10%). In contact met het licht van een laserbron wordt fluoresceïne gestimuleerd, waardoor fluorescentie optreedt. Dit optisch signaal wordt omgezet in een elektrisch signaal. Beelden worden uiteindelijk gereconstrueerd als 3D-beelden, met behulp van een computerprogramma. Er wordt gescand in lagen van 7 µm, tot een diepte van 250 µm, met 1000x-vergroting. De afmeting van de confocale beelden is ongeveer 550x550 µm.

### Toepassingen

Deze techniek vindt toepassing in de detectie van precancereuze laesies van de tractus digestivus, zoals bijvoorbeeld de colorectale poliepen. Doordat de confocale endomicroscopie een classificerende techniek is, is in de praktijk de combinatie met een detectie-techniek (zoals chromo-endoscopie) vaak geïndiceerd. Het voordeel is dat men al tijdens de endoscopie een differentiatie kan maken tussen hyperplastische en adenomateuze poliepen, en de aanwezigheid van dysplastische gebieden bij vlakke laesies kan beoordelen. Het is duidelijk dat hiermee het therapeutisch beleid wordt beïnvloed. De toename in de accuratesse van diagnostiek en behandeling zal in de praktijk kunnen worden vertaald in minder risico's op complicaties (zoals bloedingen en perforaties). Het streefdoel van de confocale endomicroscopie is om de beperkingen van de twee diagnostische methoden, *sampling error* bij endoscopie en *inter-observer* variatie bij pathologie, te minimaliseren. Uiteraard zal de werkbelasting voor de patholoog ook aanzienlijk afnemen.

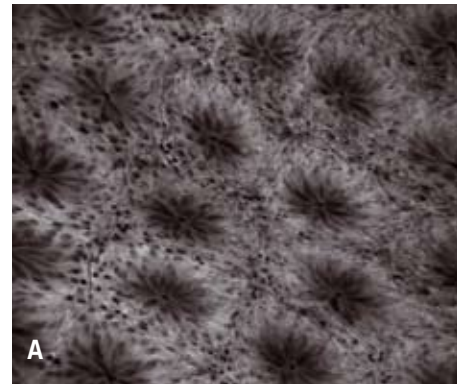
### Onderzoek

Recent is in het AZM een confocale endomicroscoop (Pentax) aangeschaft. Hiermee willen wij onderzoek doen naar de waarde van deze techniek bij patiënten met een verhoogd risico op coloncarci-

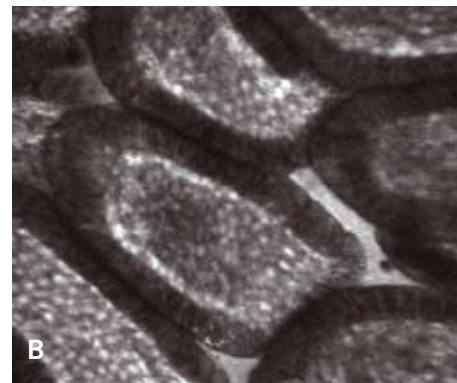
noom. Twee teams zijn daartoe getraind in het Johannes Gutenberg UMC te Mainz (Duitsland).

Resumerend menen wij dat in de komende jaren nieuwe technieken, waaronder de confocale endomicroscopie, steeds meer aandacht zullen krijgen. Studies moeten uitwijzen of deze technieken in de toekomst een rol zullen spelen in de surveillance van patiënten op hoog risico voor coloncarcinoom.

*Silvia Sanduleanu*, MDL-arts, *Wim Hameeteman*, MDL-arts, *Ad Masclee*, MDL-arts Academisch Ziekenhuis Maastricht



Endomicroscopische beelden van  
a. normaal colonslijmvlies;



b. normaal terminaal ileumslijmvlies.

**ADVERTENTIE**

Begin augustus 2007 bezocht een groep MDL-artsen en MDL-artsen in opleiding meerdere ziekenhuizen in Kaapstad en Johannesburg. Hun werkbezoek werd afgesloten in Sun City met deelname aan het jaarlijkse congres van de Zuid-Afrikaanse MDL-vereniging SAGES.

## Werkbezoek aan Zuid-Afrika inspireert tot samenwerking

Zuid-Afrika is na de afschaffing van de apartheid in 1994 op indrukwekkende wijze bezig zijn sociaal-maatschappelijke en economische situatie te verbeteren. De preventie van ziekten pakt de overheid vooral aan door financiering van grootschalige projecten op het gebied van huisvesting, elektriciteit en schoon drinkwater. De economische groei en de toename van de welvaart gaan echter gepaard met een enorme toestroom van immigranten vanuit omliggende, armere landen. Dat leidt tot een explosief stijgende incidentie van HIV en tuberculose, die door de huidige gezondheidszorg in Zuid-Afrika nauwelijks kan worden opgevangen.

### Private versus public

In Zuid-Afrika bestaan twee soorten ziekenhuizen. De private ziekenhuizen, die grotendeels door verzekeringsmaatschappijen worden gerund, verzorgen de rijke, particulier verzekerde patiënten. In deze ziekenhuizen worden geen specialisten of verpleegkundigen opgeleid. Dertig procent van de Zuid-Afrikaanse artsen werkt in een *private hospital*. Deze ziekenhuizen leggen veel nadruk op snelle service en uitiem comfort voor de patiënten. In de private sector wordt flink winst gemaakt. Minder dan 10% van de patiënten heeft de financiële middelen om zich deze vorm van gezondheidszorg te veroorloven. De rest van de patiënten is aangewezen op de *public hospitals*. Deze door de overheid gefinancierde ziekenhuizen vragen een inkomensafhankelijke bijdrage van de patiënten die meestal niet meer dan vijftig rand bedraagt (ongeveer vijf euro).

### Groote Schuur Ziekenhuis

De *public hospitals* bevinden zich in een moeilijke fase. De problemen werden geïllustreerd door voordrachten van diverse stafleden bij het eerste werkbezoek aan het Groote Schuur Ziekenhuis (GSH) te Kaapstad. Het GSH is één van de twee opleidingsziekenhuizen in de West-Kaap. Samen met het Tygerberg Ziekenhuis is het GSH verantwoordelijk voor het opleiden van medisch studenten, co-assistenten en assistenten al dan niet in opleiding tot medisch specialist. Daarnaast worden in het GSH verpleegkundigen opgeleid en heeft het ziekenhuis een belangrijke taak als tertiair verwijzingscentrum in de provincie. Het GSH heeft de grootste trauma-unit van het zuidelijk halfmond. Desondanks is in de afgelopen jaren de medische staf door overheidsbezuinigingen met ruim 30% geslonken. Het aantal bedden is

gehalveerd. Voorheen vonden 700 cardiothoracale operaties per jaar plaats. Nu zijn dat er 250. Het aantal dialyseplekken is van 156 naar 100 afgenomen. Heupvervangende operaties zijn van 350 verminderd tot 60 per jaar. Daarbij is het aantal medisch studenten dat per jaar instroomt, toegenomen door versoepeling van de toelatingseisen. Door deze toename van studenten en afname van verrichtingen, bedden en staf komt de kwaliteit van de medische opleiding in het gedrang. Op dit moment vindt overleg plaats tussen de opleidingsziekenhuizen en de overheid over verbetering van de financiële situatie. Wellicht behoort belastingverhoging of externe financiering tot de mogelijkheden.

Met deze achtergrond is het bewonderenswaardig dat nog steeds ruim 30% van de Zuid-Afrikaanse artsen bereid en meestal zeer gemotiveerd is om in *public hospitals* te werken, vooral als je bedenkt dat de inkomsten van hun collega's in de private sector soms een factor tien hoger liggen.

Het overheersende beeld van gebrek aan geld, te weinig en verouderde apparatuur en een enorme druk op de capaciteit werd bevestigd tijdens bezoeken aan het GF Jooste Ziekenhuis in Kaapstad en het Chris Hani Baragwanath Hospital in Soweto (Johannesburg). Naast de enorme instroom van traumaslachtoffers, grotendeels schiet- en steekwonden, bestaat het merendeel van de opnames uit patiënten met HIV en/of tuberculose. In de afgelopen jaren steeg de tbc-incidentie in Zuid-Afrika van 80.000 gevallen per jaar naar 350.000.

### Luxe

Panorama Medi Clinic is één van de vele *private hospitals* in een welvarende buitenwijk van Kaapstad. Meteen viel de serene stilte op.

### Zuid-Afrika Werkbezoek 2008

Wij zijn op dit moment druk bezig met de voorbereidingen van het volgende werkbezoek aan Zuid-Afrika voor MDL-artsen of AIOS-MDL, in de tweede week van augustus 2008. Ook dan zal een aantal ziekenhuizen worden bezocht en SAGES 2008 in Kaapstad worden bijgewoond. Informatie over deelname is te verkrijgen via: p.w.friederich@amc.uva.nl en ec.klinkenberg@vumc.nl

Het leek of in het ziekenhuis bijna geen patiënten aanwezig waren. De 'endoscopy-suite' had het meeste weg van een *first class*-lounge van een vliegveld. Rustige muziek, pastelleurige muren, *state of the art*-apparatuur en veel deftige bronzen naambordjes op de deuren van de verschillende polikliniekdeuren. De artsen 'pachten' een polikliniekruimte en huren indien nodig een plek op de verpleegafdeling voor hun patiënten. Zij hebben daar alleen de verantwoordelijkheid voor hun eigen patiënten.

Wel moet worden vermeld, dat een deel van de 'private' artsen één à twee dagdelen per week in een *public hospital* polikliniek verrichten en endoscopieën uitvoeren. Daardoor houden zij contact met de universiteitsklinieken en krijgen zo de mogelijkheid om complexe patiëntenproblematiek met hun academische collega's te bespreken.

### Toekomst

Door de uitgebreide contacten met onze Zuid-Afrikaanse collega's hebben meerdere deelnemers het plan opgevat om in de toekomst

een bijdrage te leveren aan de Zuid-Afrikaanse gezondheidszorg. Wellicht komen er mogelijkheden om Zuid-Afrikaanse specialisten in opleiding tijdelijk in Nederland te trainen in bepaalde MDL-modaliteiten. Op kleinere schaal gebeurt dit reeds in het VU medisch centrum bij Chris Mulder en Elly Klinkenberg. En waarom geen uitwisselingsproject met Kaapstad of Johannesburg, waarbij Nederlandse MDL-artsen in opleiding tijdelijk naar Zuid-Afrika vertrekken voor een gedeelte van hun opleiding? Ook kunnen we Zuid-Afrikaanse artsen uitnodigen op onze eigen NVGE-vergaderingen om voordrachten te houden over specifieke Zuid-Afrikaanse MDL-problematiek.

Philip Friederich (AMC) en Elly Klinkenberg (VUmc), mede namens alle deelnemers aan het Zuid-Afrika MDL Werkbezoek 2007. AstraZeneca maakte dit bezoek mede mogelijk.

<sup>1</sup> <http://www.safpj.co.za/index.php/safpj/article/viewFile/608/540>

## OPROEP

Clinical trials

### Patiënten gevraagd voor Barrett-studie

In 2002 startte het Amsterdams Gastro-enterologisch Genootschap ('Gut-club') in achttien ziekenhuizen in de regio een retrospectieve registratie van alle patiënten met een Barrett-slokdarm. Deze retrospectieve registratie is het startpunt geweest voor een prospectieve registratie die momenteel in zes ziekenhuizen loopt: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Bert Baak); Spaarne Ziekenhuis (Clarisse Bohmer); St. Lucas Andreas Ziekenhuis (Pieter Scholten); Tergooi Ziekenhuizen (Ton Naber), en het Flevoziekenhuis Almere (Rosalie Mallant-Hent).

Wekelijks vindt in een van deze ziekenhuizen een gestandaardiseerd Barrett-scopieprogramma plaats. De onderzoeksverpleegkundigen Annet Schaap en Brenda Elzer verzorgen de planning van de procedures, de communicatie met de patiënten en de dataregistratie tijdens de scopieën.

Naast het opzetten van een grote database en weefselbank van Barrett-patiënten, biedt het project een ideaal platform voor multicenteronderzoek. Deze samenwerking heeft op korte termijn al zijn vruchten afgeworpen met drie *abstracts* die internationaal zijn gepresenteerd.

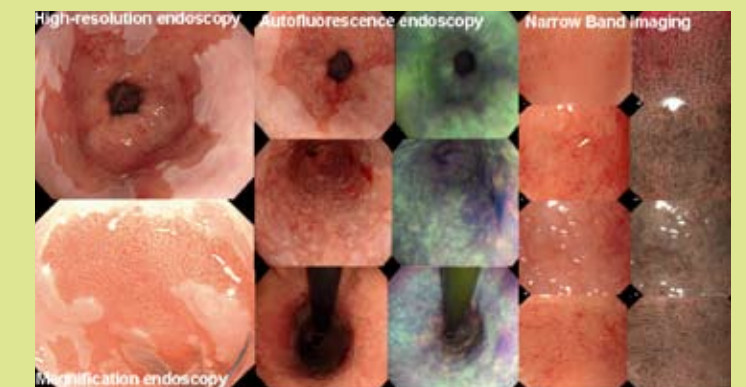
Sinds januari van dit jaar loopt er een gerandomiseerde cross-overstudie in bovengenoemde zes centra. In deze GETMI-studie (Gut-club Endoscopic Tri-Modal Imaging Studie) wordt een geavanceerd endoscopiesysteem, inclusief autofluorescentie-endoscopie en *narrow band imaging*, vergeleken met standaardendoscopie (zie *figuur 1*). Met deze studie willen we onderzoeken of een dergelijk systeem een rol kan spelen in de dagelijkse MDL-praktijk.

Bij deze studie worden Barrett-patiënten met laaggradige dysplasie (LGD)

geïnccludeerd bij wie de histologische diagnose is bevestigd door twee deskundige pathologen. Na deelname aan deze *imaging*studie kunnen patiënten vervolgens deelnemen aan de SURF-studie, waarbij zij gerandomiseerd worden naar jaarlijkse endoscopische Surveillance of behandeling met RadioFrequente ablatie om de ontwikkeling van neoplasie te voorkomen.

Tijdens de huidige revisie door de pathologen van alle patiënten met LGD blijkt, dat slechts in 15% van de gevallen de diagnose LGD daadwerkelijk wordt bevestigd. Daarom willen we u vragen om Barrett-patiënten met LGD voor pathologisch-anatomische revisie aan te bieden aan de IKA Barrett Advies Commissie die de revisies coördineert. U kunt patiënten hiervoor aanmelden via [www.barrett.nl](http://www.barrett.nl).

Namens het Gut-club Barrett-team,  
Rosalie Mallant-Hent  
MDL-arts, Flevoziekenhuis



Figuur 1. Vergelijking van endoscopische technieken in het kader van de GETMI-studie.

## DIAGNOSE PRIMAIRE INTESTINALE LYMFANGIËCTASIE BIJ KIND MET DUBBELBALLON-ENTEROSCOPIE

**1** Op de leeftijd van zes weken werd een jongetje opgenomen wegens groeiretardatie en veralgemeende oedemen. Bloedanalyse toonde een laag serum albumine en laag totaal eiwit alsook verlaagde immuunglobulines. In de ontlasting werd een verhoogde hoeveelheid  $\alpha$ 1-antitrypsine vastgesteld. Op basis van het klinische beeld zo kort na de geboorte en deze laboratoriumresultaten werd de diagnose *protein-losing enteropathie* gesteld, veroorzaakt door primaire intestinale lymfangiëctasie. Er werd een behandeling ingesteld met eiwitrijke voeding met een hoge concentratie aan *medium chain* triglyceriden en een lage concentratie aan *long chain* triglyceriden. Door het gestaag aanhouden van deze dieetmaatregelen verdwenen de oedemen geleidelijk en kon de groeiachterstand worden ingehaald.

Op de leeftijd van vier jaar werd door de pediatrie gastro-enteroloog een eerste push-enteroscopie uitgevoerd om bipten te nemen uit het jejunum. Dit werd nogmaals herhaald op de leeftijd van zeven jaar, omdat de tentatieve diagnose van primaire intestinale lymfangiëctasie niet kon worden bevestigd. Opnieuw was de push-enteroscopie niet contributief. Vervolgens werd een MRI-enteroclyse uitgevoerd, die normaal was. Videocapsule-enteroscopie toonde a-specifieke afwijkingen met bleke mucosale villi en kleine erosieve lesies (figuur 1). Ten slotte werd besloten om een dubbelballon-enteroscopie uit te voeren om de diagnose van primaire intestinale lymfangiëctasie te bevestigen. Hiervoor werd het zevenjarige jongetje verwezen naar het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Onder algemene narcose werd een volledige dubbelballon-enteroscopie uitgevoerd met fluoroscopische controle. Met de pediatrie Fujinon dubbelballon-enteroscoop EN-450P5/20 werd eerst via de proximale route een groot deel van de dunne darm gevisualiseerd. Het proximale deel van het jejunum had een normaal endoscopisch aspect. Meer naar distaal toe werden de mucosale villi bleker (figuur 2). Aansluitend op de proximale procedure werd een distale enteroscopie uitgevoerd via het colon. In het terminale ileum werd lymfoïde hyperplasie gezien met verder normale mucosa. Doch ongeveer 100 cm proximaal van de klep van Bauhin werden de villi opnieuw bleker en werden er verschillende verheven hyperemische lesies gezien waaruit spontaan lymfevocht weglekte (figuur 3). Nog hogerop werd de distale markerings van de proximale procedure bereikt, waardoor de enteroscopie volledig was. Er werden bipten genomen ter hoogte van de pathologische mucosa. Kleuring van het lymfevat epitheel met D2-40-antilichamen toonde een duidelijke lacunaire verbreding van de lymfevaten in de mucosale villi (figuur 4).

Ondanks eerdere onderzoeken door herhaaldelijke push-enteroscopie, MRI-enteroclyse en videocapsule-enteroscopie kon de diagnose *protein-losing enteropathie* op basis van primaire intes-

tinale lymfangiëctasie uiteindelijk definitief worden aangetoond met de dubbelballon-enteroscopie. Zowel het endoscopische beeld, waarbij actief weglekken van lymfevocht uit de darmmucosa kon worden gezien, en de histologische bevindingen met uitgezette mucosale lymfevaten toonden het specifieke beeld van intestinale lymfangiëctasie.

Dit *case report* illustreert de superioriteit van de dubbelballon-enteroscopie ten opzichte van andere standaardonderzoeken van de dunne darm. Deze techniek laat immers volledige visualisatie van de dunne darm toe in combinatie met alle conventionele endoscopische interventies. Bovendien wordt aangetoond dat deze nieuwe techniek ook veilig kan worden uitgevoerd bij jonge kinderen. Hierbij dient te worden benadrukt dat deze langdurige en invasieve procedure bij kinderen onder algemene narcose dient te gebeuren en dat het gebruik van fluoroscopie minimaal moet zijn om de blootstelling aan ioniserende stralen te beperken.

Prof. dr. Tom Moreels, Universitair Ziekenhuis Antwerpen,  
Dienst Gastro-enterologie & Hepatologietom.moreels@uza.be

Met dank aan:  
dr. Bruno Hauser, Universitair Ziekenhuis Brussel,  
Dienst Pediatrie  
prof. dr. Daniel Urbain, Universitair Ziekenhuis Brussel,  
Dienst Gastro-enterologie & Hepatologie  
dr. Veerle Van Marck, Universitair Ziekenhuis Antwerpen,  
Dienst Anatomische Pathologie



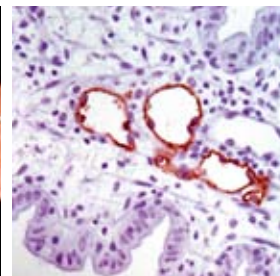
Figuur 1.



Figuur 2.



Figuur 3.



Figuur 4.

## NIEUWS

### Alvast noteren: Dunne Darm Dag 2008

Sinds 2002 is er veel vooruitgang geboekt in endoscopische en radiologische imagingtechnieken van de dunne darm. Eerst werd de videocapsule-endoscopie (VCE) geïntroduceerd, waarmee het mogelijk is de gehele dunne darm te inspecteren. Kort daarna volgde de zogenaamde dubbelballontechniek (DBE), die het – naast visualisatie van dunnedarmmucosa – ook mogelijk maakt te biopteren en waarmee tevens alle bekende endoscopische interventietechnieken kunnen worden gebruikt. Parallel aan deze endoscopische vooruitgang loopt de ontwikkeling bij Computertomografie (CT) en Magnetic Resonance Imaging (MRI) van de dunne darm.

In 2006 en 2007 werd door de Small Bowel Unit van de VUmc-afdeling MDL tweemaal een 'Dunne Darm Dag' georganiseerd. Er is op naam uitgenodigd om optimaal vruchtbare discussies te krijgen met geïnteresseerden in dunnedarmdiagnostiek.

In juni 2008 willen we weer een Dunne Darm Dag organiseren voor alle daarin geïnteresseerden. Daarom geven we nu op ruimere schaal bekendheid aan deze dag. We vragen u in uw agenda alvast de datum 6 juni 2008 te noteren. De nadruk zal in de ochtend liggen op *imaging* van de dunne darm, zowel endoscopisch als radiologisch. 's Middags gaan we wat uitgebreider in op specifieke ziektebeelden van de dunne darm, waarbij nieuwe diagnostiek zoals serologisch als genetisch mogelijk van hulp kan zijn bij optimale behandelstrategieën als MAB's en/of BMT.

Het programma zal in het Engels plaatsvinden vanwege de komst van buitenlandse sprekers.

U bent van harte welkom!

Maarten Jacobs, MDL-arts VUmc

Voor meer informatie: [majm.jacobs@vumc.nl](mailto:majm.jacobs@vumc.nl).

## OPROEP

### Onderzoek naar SECCA-behandeling bij fecale incontinentie

Fecale incontinentie is een sociaal invaliderende klacht die bij 7% van de bevolking vóórkomt en toeneemt met de leeftijd. De meest voorkomende oorzaak is de bevaling, waarbij zowel beschadiging van de anale kringpiers als van de zenuw kan plaatsvinden. Conservatieve maatregelen zoals defecatieregulatie, fysiotherapie en medicatie zijn veelal onvoldoende. Een sfincteroperatie is alleen zinvol bij een groot sfincterdefect.

Radiofrequente energietoediening in het anorectum via een proctoscoop met naaldjes (SECCA®-methode) onder *conscious sedation* is een nieuwe behandeling in Nederland en gebeurt alleen in het VUmc. Met deze behandeling zijn in de USA<sup>1,2</sup> al gunstige resultaten bereikt. De gedachte is dat er een relatieve vernauwing van de anus en mogelijk een toegenomen sensibiliteit ontstaat. De eerste resultaten van een proefonderzoek hebben gunstige klinische effecten aangetoond.<sup>3</sup> De SECCA®-methode lijkt een toegankelijke, veilige poliklinische procedure. Om uiteindelijk het effect van de SECCA-behandeling

Lees verder op pagina 84.

## COLUMN



BART ELSMAN

### Hoe zat het ook weer en hoe moet het verder?

*De Vereniging van Nederlandse Maagdarmartsen werd in 1913 opgericht. In 1973 bestond deze vereniging uit slechts 19 leden, allen maagdarmartsen en daarnaast ruim honderd buitengewone leden: andere specialisten met belangstelling voor de gastro-enterologie. In dat jaar werd de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE) opgericht, een wetenschappelijke vereniging, waarvan weliswaar maagdarmartsen de kern vormden, maar waarvan ook andere specialisten – internisten, chirurgen, kinderartsen – volwaardig lid konden worden. De vereniging had een Commissie Maagdarmartsen, die zorg droeg voor de beroepsbelangen van het kleine groepje gastro-enterologen. Vanuit deze commissie is het huidige Genootschap van MDL-artsen ontstaan.*

Hoe is de situatie thans?

*Het bestuur van de NVGE overweegt de vereniging om te vormen tot een federatie. Deze federatie wordt niet meer vanzelfsprekend voorgezeten door een MDL-arts.*

*We hebben nu bijna driehonderd MDL-artsen. Tel daarbij nog eens bijna honderd MDL-artsen in opleiding en je komt op een respectabel aantal.*

*Waarin onderscheiden wij ons van andere specialisten in Nederland? We hebben geen eigen wetenschappelijke vereniging!*

Wat kunnen we doen?

*Ons Genootschap wordt ook onze eigen wetenschappelijke vereniging, die wat mij betreft ook weer Vereniging van Nederlandse MDL-artsen mag heten.*

*Deze vereniging vergadert één keer per jaar – in het voorjaar of najaar – met een goed programma in één grote zaal, ergens centraal in Nederland. In dit programma is plaats voor: state-of-the-art lectures, discussies over richtlijnen (die nu alleen maar en in beperkte mate via de mail plaatsvinden) en highlights op onderzoekgebied. Buiten de zaal is plaats voor posterpresentaties. De avond voorafgaand aan deze dag is er gelegenheid voor diner en ledenvergadering.*

*Deze nieuwe (hernieuwde) wetenschappelijke vereniging van MDL-artsen is tegelijk een belangrijke partner in de federatie, die in deze nieuwe opzet nog maar één keer per jaar een grote vergadering heeft.*

Wat vinden jullie ervan?



Vervolg van pagina 83.

te kunnen vaststellen, hebben wij een dubbel-blinde, met schijnbehandeling gecontroleerde studie opgezet.

Het primaire doel van de studie is vermindering van klachten van fecale incontinentie (Vaizey, Wexner, VAS-schaal) en toename van kwaliteit van het leven (QF 36, FIQL, VAS-schaal). Daarnaast: vaststellen van voorspellende factoren voor succesvolle behandeling en identificeren van alle veranderingen in anale testen (manometrie, rectale gevoeligheid, endo-echo). Patiënten die een schijnbehandeling hebben gelooft, kunnen na zes maanden de echte behandeling krijgen.

#### Oproep

U kunt patiënten die voldoen aan de criteria en die voor de SECCA-behandeling in aanmerking komen, verwijzen naar het VUmc. Voor meer informatie: Maria Meurs-Szojda (AGIKO MDL, VUmc) en/of Richelle Felt-Bersma (MDL-arts): tel (020)4440613 en e-mail m.szojda@vumc.nl of rjf.felt@vumc.nl.

De referenties bij dit artikel staan op de website [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl).

#### Inclusiecriteria

- fecale incontinentie minimaal zes maanden, niet reagerend op conservatieve therapie, dieet, medicatie en fysiotherapie;
- leeftijd 18-80 jaar.

#### Exclusiecriteria

- patiënten met anorectale tumoren, chronische diarree, proctitis, soiling, ileoanale of coloanale anastomosis, maligniteit;
- groot sfincterdefect dat voor operatie in aanmerking komt;
- rectum prolaps;
- ernstige hemorrhoiden (anders eerst behandelen);
- fistels of abscessen;
- ziekte van Crohn, CU, RTX;
- bloedstollingsstoornissen of antistollingsbehandeling die niet gestopt zou kunnen worden;
- zwangerschap;
- psychiatrische stoornissen.

## Solko Schalm ontvangt Dicke-medaille

In oktober 2007 overhandigde prof. dr. J.B.M.J. Jansen als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE) de Dicke-medaille aan prof. dr. Solko (S.W.) Schalm, werkzaam in het Erasmus MC te Rotterdam.

De Dicke-medaille (spreek uit: Dieke) is de hoogste onderscheiding waarmee de NVGE zijn leden kan eren. De medaille wordt toegekend vanwege een bijzondere verdienste voor de gastro-enterologie in Nederland.

Zeven laureaten gingen Solko Schalm sinds 1968 vóór. Allen hadden een belangrijke invloed op de ontwikkeling van de gastro-enterologie in Nederland. En vaak ook daarbuiten.

Zo ook Solko Schalm. Hij bracht in Rotterdam een hepatologisch netwerk tot stand dat van groot belang was en is voor Nederland én Europa. Ook heeft hij veel leerlingen die zich door een bijzondere hepatologische en vooral klinische kennis onderscheiden. En nog steeds weet hij jonge collega's te enthousiasmeren, getuige de groep die met hem aan het LiverDoc-programma werkt (*MAGMA* 2/2005).

#### Levertransplantatie

Terugkijkend op zijn wetenschappelijke productie komt men onder de indruk van de vele originele publicaties. Als student publiceerde hij in 1966 al een artikel over levertransplantatie. Hetzelfde jaar waarin Starzl in Denver de eerste humane transplantaties uitvoerde, aanvankelijk overigens zonder veel succes. Pas na de uitvinding van cyclosporine begon de levertransplantatie aan zijn opmars. Voor Solko was dit enkele jaren later het signaal om samen met Onno Terpstra in Rotterdam het levertransplantatieprogramma te starten. Het idee om hier vooral auxiliaire levertransplantaties te doen, werd snel verlaten. Bij deze transplantatie blijft de eigen lever behouden in de hoop op herstel. In de praktijk leverde dit veel technische problemen op. Rotterdam werd een succesvol centrum voor orthotopie transplantatie van de gehele lever, waarbij de eigen lever wordt verwijderd.

#### Hepatitis

De meeste bekendheid kreeg Solko met zijn klinische *trials* voor de behandeling van virale hepatitis B en C. Hierin heeft hij internationaal een voortrekkersrol gespeeld. Het was hem al snel duidelijk dat voor dit werk Nederland te klein was, met als resultaat de oprichting van het Eurohep-netwerk. Daaruit ontstonden vele belangrijke Europese trials.

#### Voortrekkersrol

Solko Schalm heeft de meeste gebieden van de hepatologie 'aangedaan'. Vaak was hij in de voorste linies te vinden. Origineel was in de jaren zeventig zijn werk tijdens zijn verblijf in de Mayo Clinic, waar hij samen met Bill Summerskil publiceerde over de behandeling van auto-immunhepatitis met prednisolon. Het destijds opgezette patiëntencohort werd het uitgangspunt voor de vele studies over auto-immunhepatitis waarmee de levergroep van de Mayo groot is geworden. Vermeldenswaard is ook zijn kortstondige flirt met galzuren gedurende diezelfde periode. Een levenslange vriendschap met Alan Hofmann en Gerard van Berge Henegouwen stamt uit deze tijd. Verder heeft Solko Schalm bijdragen geleverd aan de hepatische encefalopathie, leversupport bij acuut leverfalen, portale hypertensie en primaire biliare cirrose.

Prof. dr. Peter Jansen, AMC, Amsterdam



Solko Schalm, winnaar van de Dicke-medaille 2007.

## STICHTING C-MEX STEUNT EXPEDITIE CROHN- EN COLITIS ULCEROSA-PATIËNTEN 'Ook met een chronische ziekte kun je een topprestatie leveren'

In januari 2008 vertrekt een groep van negen mensen met de ziekte van Crohn of Colitis ulcerosa naar Argentinië om samen de Cerro Aconcagua te beklimmen. Stichting C-MEX, die de groep ondersteunt, wil hiermee laten zien dat iedereen, met of zonder beperking, in staat is tot grote prestaties. Dus ook Crohn- en Colitis ulcerosa-patiënten.

**D**at IBD-patiënten bergen kunnen beklimmen, bewees Klaas Dokter in 2003. Hij haalde – tegen ieders verwachting, ook die van hemzelf – de top van de Mont Blanc (met een total colitis ulcerosa). Ook anderen gunt hij zo'n fantastische ervaring. Daarom richtte hij de stichting Chronic Mountaineering Expeditions ofwel C-MEX op. De eerste expeditie die de stichting organiseert, gaat naar de Cerro Aconcagua. Deze berg is met zijn 6962 meter de hoogste berg van Zuid-Amerika. De Aconcagua ligt in de provincie Mendoza (Argentinië) en maakt deel uit van het Andesgebied.

#### UCBeyond expeditie 2008

Stichting C-MEX vond negen deelnemers, vijf vrouwen en vier mannen in de leeftijd van 22 tot 43 jaar, die begin 2008 afreizen naar Argentinië. Klaas Dokter gaat mee als begeleider én expeditielid. Ongeveer anderhalf jaar geleden begonnen de expeditieleden met de voorbereiding, individueel en als groep, zodat iedereen in de juiste lichamelijke conditie én met een goed teamgevoel de berg opgaat.

Bergbeklimmen is een enorm inspannende bezigheid, waarbij iedereen last kan krijgen van zijn lichaam, zeker op grote hoogte. Mensen met de ziekte van Crohn of Colitis ulcerosa weten als geen ander hoe zij naar hun lichaam moeten luisteren. Bergbeklimmen kan hen echter voor specifieke problemen plaatsen, zoals darmproblemen en inspanningsvermoeidheid, waardoor zij meer risico lopen tijdens de beklimming. De expeditie wordt daarom begeleid door een team van experts: een arts, en meerdere geroutineerde hooggebergteguides.

#### Voorbereiding

Een professionele trainer stelde een uitgebreid trainingsschema op en de sportarts controleert hun vorderingen. Een specifiek onderdeel zijn de gezamenlijke activiteiten, zoals wandeltochten, hardlooptochten, klimtochten. Maar ook: kou ervaren in De Uithof in Den Haag, wadlopen en binnenkort een weekend naar de Belgische Ardennen. Juist het samen grenzen verleggen moet leiden tot een hecht team. Slechts één van de deelnemers heeft alpine-ervaring.

Middels projectgroepen leren ze dan ook het nodige over hoogteziekte, materieel en alles wat bekend moet zijn om de klim goed te doorstaan.

Alice Boter (34) uit Amsterdam weet sinds ongeveer twee jaar dat zij de ziekte van Crohn heeft. "Ik viel 'ineens' achttien kilo af. Eenmaal naar de dokter bleek binnen twee weken dat ik de ziekte van Crohn had. Ik slik nu immunosuppressiva en ga elke acht weken naar het AMC voor een infuus met een TNF-alpha-blokker. Al snel voelde ik me veel fitter. En nu merk ik nauwelijks meer dat ik iets heb. Het intensieve trainingsschema dat ik volg, zal daar vast ook bij helpen."

#### Motivatie

Alice Boter verheugt zich enorm op de expeditie naar de top van de Cerro Aconcagua: "Hierin komen al mijn passies mooi samen: reizen, sport en outdoor." Alice is heel duidelijk over haar motivatie voor de Crohn en Colitis ulcerosa-expeditie van de Stichting C-MEX: "Het is natuurlijk de ultieme sportieve uitdaging, maar dat niet alleen. Ik wil graag dat er naast alle 'technische' informatiebrochures over IBD en alle 'deel-lief-en-vooral-leed-sites' op internet een positief verhaal komt over mensen met Crohn en Colitis ulcerosa. Je hebt dan wel een chronische ziekte, maar je bent niet chronisch ziek! Ik hoop dat deze expeditie een inspiratiebron zal zijn voor anderen. Misschien is zo'n berg beklimmen niet voor iedereen weggelegd, maar het gevoel dat je leven niet ophoudt als je Crohn of Colitis ulcerosa hebt, dát is waarom het gaat."

Voor meer informatie: [www.c-mex.nl](http://www.c-mex.nl)



Expeditie 2008: Alle negen groepsleden bijeen met hun begeleider in de Uithof te Den Haag.

## UNRAVELING THE MOLECULAR GENETIC ASPECTS OF INTESTINAL INFLAMMATORY DISORDERS

*A.J. Wijmenga-Monsuur, 3 juli 2007, Universiteit van Utrecht*

**C**oeliakie is een complexe, multifactoriële genetische aandoening die vóórkomt bij ongeveer 1% van de bevolking. De belangrijkste omgevingsfactor is gluten. Daarnaast zijn genvariëaties betrokken bij het ziektebeeld coeliakie. Coeliakiepatiënten hebben óf een verkeerde combinatie óf een teveel van deze varianten, wat bij hen leidt tot ontwikkeling van de ziekte. Tijdens het onderzoek is gezocht naar genen die hierbij betrokken zijn en is een simpele DNA-test ontwikkeld waarmee kan worden voorspeld of iemand de risico-HLA-varianten bezit. De belangrijkste bevinding is, dat het gen *MYO9B* een rol speelt bij coeliakie. De hypothese is dat dit gen de doorlaatbaarheid van de darmbarrière beïnvloedt. Ook zijn twee andere genen gevonden, *MAGI2* en *PAR3*, die een rol spelen bij de *tight-junction*-vorming in die darmbarrière. Alle drie de genen lijken behalve bij coeliakie ook een rol te spelen bij colitis ulcerosa. Daarmee is een gezamenlijke genetische achtergrond gevonden voor deze ziekten.

### Curriculum vitae

Alienke J. Monsuur (1978) werd geboren in Eemnes. In 1997 begon zij met de studie medische biologie aan de Universiteit

van Utrecht. Alienke Monsuur volgde twee wetenschappelijke stages in het UMCU: bij de divisie Immunologie & Hematologie in het UMCU (zes maanden) en bij de divisie Biomedische Genetica (negen maanden), waar ze onderzoek deed naar de erfelijke factoren betrokken bij ADHD. In december 2002 behaalde zij haar MSc in de biomedische wetenschappen. Aansluitend verwierf Alienke Monsuur een AIO-plaats bij de sectie Complexe Genetica van de divisie Biomedische Genetica. Hier verrichte ze het door NWO gesubsidieerde onderzoek naar de genetica van coeliakie. Eind 2006 rondde ze haar promotie-onderzoek af. Promotor was prof. dr. Cisca Wijmenga.

Alienke Wijmenga-Monsuur werkt sinds juli 2007 bij het Nederlands Vaccin Instituut in Bilthoven als wetenschappelijk medewerker klinisch onderzoek.

### Voor meer informatie:

[alienke.wijmenga@nvi-vaccin.nl](mailto:alienke.wijmenga@nvi-vaccin.nl)

## MATRIX METALLOPROTEINASES IN GASTRIC INFLAMMATION AND CANCER CLINICAL RELEVANCE AND PROGNOSTIC IMPACT

*Frank Kubben, Universiteit Leiden, 27 september 2007*

**M**MP's zijn proteolytische enzymen met een centraal zinkion, die geactiveerd dienen te worden voordat ze hun biologische functie kunnen uitoefenen. In dit proefschrift staan enkele studies beschreven naar de klinische betekenis van MMP-2 en MMP-9 bij door *H. pylori* veroorzaakte gastritis alsmede het effect van eradicatietherapie hierop. Vervolgens worden onderzoeken besproken naar de klinische betekenis van MMP's, hun natuurlijke inhibitoren TIMP's en van lipocaline-2 bij maagkanker, alsmede de invloed van functionele genpolymorfismen van deze MMP's en TIMP's.

Na succesvolle *H. pylori*-eradicatietherapie blijkt sprake van een significante daling van verhoogde mucosale MMP-9-niveaus. Bij patiënten met maagcarcinoom blijken verhoogde MMP-2- en MMP-9/lipocaline-2-niveaus in tumorweefsel geassocieerd met slechtere overleving.

Verder vonden wij verschillen in distributie van genpolymorfismen in het MMP-7 (MMP-7<sub>181A>G</sub>)- en in het TIMP-2-gen

(TIMP-2<sub>303C>T</sub>) die geassocieerd waren met overleving. Alle patiënten met beide genpolymorfismen bleken binnen korte tijd te zijn overleden.

### Curriculum vitae

Frank Kubben (1962, Geleen) behaalde in 1987 aan de Rijksuniversiteit Limburg het artsdiploma. Na zijn opleiding tot internist in het Academisch Ziekenhuis Maastricht werd hij in 1994 als zodanig geregistreerd. Daarna volgde hij de opleiding tot MDL-arts op de afdeling MDL-ziekten van het Leids Universitair Medisch Centrum. In 1997 werd hij geregistreerd als MDL-arts en in 1998 als European Fellow of Gastroenterology. Sinds 1997 is hij werkzaam in het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid te Rotterdam. Het onderzoek werd uitgevoerd onder leiding van dr. Kees Sier en dr. ir. Hein Verspaget. Promotor was prof. dr. Cock Lamers.

### Voor meer informatie:

[kubben@mcrz.nl](mailto:kubben@mcrz.nl)

## NOVEL INSIGHTS IN THE MOLECULAR PATHOGENESIS OF HUMAN COPPER HOMEOSTASIS DISORDERS THROUGH STUDIES OF PROTEIN-PROTEIN INTERACTIONS

*Prim de Bie, Universiteit van Utrecht, 4 oktober 2007*

**D**efecten in de uitscheiding van koper resulteren in stapeling van koper in de lever, wat gepaard gaat met ernstige leverafwijkingen. Het bekendste voorbeeld hiervan in de mens is de ziekte van Wilson. Een vergelijkbaar defect komt ook voor in Bedlington-terriërs ten gevolge van een deletie in het *COMMD1*-gen. Het doel van het door de Maag Lever Darm Stichting gesubsidieerde onderzoek, zoals beschreven in onderhavig proefschrift, is het karakteriseren van de moleculaire defecten die ten grondslag liggen aan stoornissen in de koperhomeostase bij de mens. Hiertoe is getracht de rol van het *COMMD1*-eiwit in de koperhomeostase te karakteriseren. De resultaten wijzen erop, dat *COMMD1* evenals een aantal eiwitten dat functioneel en structureel verwant is aan *COMMD1*, als gevolg van eiwit-eiwit-interacties een rol heeft in de pathogenese van de ziekte van Wilson en andere koperstapelingsziekten.

### Curriculum vitae

Prim de Bie (1978) studeerde medische biologie aan de Universiteit van Utrecht. Tijdens zijn hoofdvakstage in 2001 bij het Eijk-

man-Winkler Instituut (UMCU) onderzocht De Bie de remming van HIV-1-replicatie door het gebruik van ijzerchelatoren. In 2002, tijdens zijn bijvakstage bij de afdeling Medische Genetica, identificeerde De Bie nieuwe eiwitten die een interactie aangaan met het kopertoxicose-eiwit *COMMD1*. Na het behalen van zijn doctoraal diploma in augustus 2002 vervolgde De Bie dit onderzoek als aio bij de afdeling Medische Genetica en het Laboratorium voor Metabole en Endocriene Ziekten (UMCU) onder begeleiding van dr. L.W.J. Klomp, prof. dr. C. Wijmenga en prof. dr. R. Berger, waarvan de resultaten zijn vastgelegd in zijn proefschrift. Prim de Bie zal zijn academische carrière voortzetten als postdoctoraal medewerker in het Technion Instituut te Haifa in Israël, onder begeleiding van prof. dr. Aaron Ciechanover. Hier zal hij de mechanismen van eiwitafbraak volgens het ubiquitine-proteasoomsysteem bestuderen.

### Voor meer informatie:

[primdebie@hotmail.com](mailto:primdebie@hotmail.com).

## “NURSE-LED FOLLOW-UP AND PALLIATIVE CARE OF OESOPHAGEAL CANCER PATIENTS”

*Els M.L. Verschuur, Rotterdam, 11 oktober 2007*

**J**aarlijks wordt bij ongeveer 1100 patiënten in Nederland slokdarmkanker vastgesteld. Als de conditie van de patiënt een operatie toelaat en als er geen doorgroei van de tumor in omgevende organen is of metastasen op afstand, is het operatief verwijderen van de oesophagus de meest aangewezen behandeling. Postoperatief ondervinden veel patiënten klachten van onder andere moeheid, problemen met eten en moeite om het lichaamsgewicht op peil te houden. Bovendien is er onzekerheid over de prognose. Bij 30% van de patiënten worden in het eerste jaar na operatie metastasen vastgesteld. In dat geval is de prognose *infaust* en is slechts palliatie mogelijk. Dit betekent dat zowel behandeling van postoperatieve klachten als psychosociale begeleiding van patiënten belangrijk is. In dit proefschrift werd verpleegkundige follow-up bij de patiënt thuis vergeleken met de gebruikelijke follow-up in de polikliniek van het ziekenhuis door een specialist bij 109 patiënten die een operatie voor slokdarmkanker hebben ondergaan. Uitkomstmaten waren kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en kosten. Bij alle patiënten werd tijdens follow-up een verbetering in kwaliteit van leven waargenomen, waarbij er geen verschil was tussen beide follow-upgroepen. Patiënten en hun partners waren zeer tevreden over de verpleegkundige follow-up. De totale kosten (follow-upbezoek, diagnostische procedures, behandelingen, extramurale zorg) van de verpleegkundige follow-up waren ech-

ter lager dan die van de poliklinische follow-up (totaal: € 2592 voor verpleegkundige follow-up versus € 3789 voor poliklinische follow-up door de specialist). De conclusie van dit onderzoek is dat verpleegkundige follow-up in de thuissituatie van patiënten na een operatie voor slokdarmkanker veilig en effectief is. Ook voor andere oncologische maag-, darm- en leveraandoeningen zou dergelijke verpleegkundige follow-up een goed alternatief kunnen zijn voor de gebruikelijke follow-up door een specialist in de polikliniek van het ziekenhuis.

### Curriculum vitae

Els Verschuur (Doesburg, 1960) studeerde verplegingswetenschappen in Utrecht. Van mei 2003 tot mei 2007 werkte zij aan haar promotieonderzoek naar verpleegkundige follow-up voor patiënten na een operatie voor slokdarmkanker. Dit onderzoek werd uitgevoerd bij de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het Erasmus MC onder begeleiding van prof. dr. P.D. Siersema, prof. dr. E.W. Steyerberg en prof. dr. E.J. Kuipers. Het onderzoek is financieel ondersteund door de Maag-Lever-Darm-Stichting.

### Voor meer informatie:

[emlvers@wxs.nl](mailto:emlvers@wxs.nl)

# MDL in Maastricht: met recht grensverleggend

**D**e MDL-groep in het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) kende een jaar vol activiteiten en nieuwe impulsen. Zo werd de MDL-staf na de komst van Ad Masclee uitgebreid met vier mensen: Sylvia Sanduleanu (oncologie, coloncarcinoom) en Rogier de Ridder (advanced endoscopie) bleven na hun opleiding; Yolande Keulemans (oncologie en HPB) kwam vanuit Haarlem en Marieke Pierik (IBD) vanuit Leuven. De nog openstaande 'anderhalve' vacature zal begin 2008 worden opgevuld. Wim Hameeteman (endoscopie, IBD) en Ger Koek (hepatologie) zijn azM'ers van het eerste uur, Joanna Kruiemel (motiliteit) kwam twee jaar geleden naar Maastricht. Er zijn acht assistenten in opleiding in de regio Zuidoost-Nederland, waarvan zes in het azM, één in Heerlen en één in Eindhoven. De opleiding MDL is opgedeeld in een aantal stages: IBD, MDL-oncologie, neurogastro-enterologie en motiliteit, en geavanceerde endoscopie.

## Patiëntenzorg

Naast academisch centrum is het azM stadsziekenhuis voor de regio Maastricht en Heuvelland. De MDL-groep verleent de nodige zorg ten behoeve van de eerste lijn. De endoscopieafdeling kent sinds mei 2007 een tweede locatie in het oude Annadal Ziekenhuis met een *open-access*-unit voor huisartsen en faciliteiten voor de colonkanker-screening. Routine en academische zorg zijn qua bedrijfsvoering ontvlecht en dat werkt! Binnen de endoscopieafdeling zijn het afgelopen jaar vele nieuwe technieken geïntroduceerd, waaronder de confocale endomicroscop. Wachtlijsten zijn weggewerkt, ruim 40% méér nieuwe patiënten zijn gezien en het aantal endoscopische verrichtingen zal in 2007 de 10.000 overschrijden.

## Vakgroep MDL

De vakgroep bestaat uit negen klinische fte en heeft twee UD's op het researchlaboratorium: Daisy Jonkers (IBD/oncologie) en Freddy Troost (neurogastro-enterologie en motiliteit, genomics). De samenwerking met heelkunde is uitstekend. Niet alleen op klinisch gebied maar ook in het basale onderzoek. In de komende periode zullen tal van gezamenlijk projecten starten met Wim Buurman van het heelkundelaboratorium (immunologie) en Cees Dejong (metabolisme).

## Speerpunten

Met de komst van Ad Masclee heeft de groep een aantal speerpunten in patiëntenzorg en onderzoek vastgelegd:



De staf MDL, MDL-artsen in opleiding en medewerkers researchlab MDL in het academisch ziekenhuis Maastricht.

1. *IBD*. Naast zorg voor de IBD-patiënten zal samen met de MDL-groepen uit Sittard en Heerlen translationeel onderzoek worden gestart met het populatiegebaseerde IBD Zuid-Limburgcohort (n=2500). Daarnaast zal Marieke Pierik namens de MDL-groep actief in de landelijke ICC-samenwerking participeren. Verder onderzoek op IBD-gebied: genetica, thiopurinemetabolisme, darmmicrobiota-gastheerinteracties, ATP-metabolisme.
2. *Neurogastro-enterologie en motiliteit*: het functielaboratorium is uitgebreid en nieuwe technieken zijn voorhanden: impedantie-metrie, hoge-resolutiemanometrie, functietesten met stabiele isotopen et cetera. Freddy Troost zal vanuit het laboratorium het meer basale onderzoek verzorgen.
3. *Oncologie*. Het azM kent van oudsher een sterke MDL/oncologische chirurgiegroep. De MDL-artsen dragen in toenemende mate bij aan diagnostiek (endo-echografie) en therapie (zoals mucosale resecties). Nicole Bouvy (chirurg) ontwikkelt NOTES en de samenwerking chirurgen/endoscopisten is uitstekend: denk aan de Esophyxprocedure en de duodenale *sleeve* bij morbide obesitas. Sylvia Sanduleanu en Daisy Jonkers richten zich op coloncarcinoom en runnen een van de drie landelijke projecten voor colonkankerscreening. In samenwerking met de afdelingen genetica, pathologie en toxicologie zal worden gewerkt aan meer basale aspecten van coloncarcinoom.
4. *Leverziekten*: prevalentie van chronisch leverlijden. Ger Koek als hepatoloog richt zich qua onderzoek op metabole aspecten zoals NASH, oxidatieve stress.

De onderzoeksactiviteiten van de vier MDL-speerpunten zijn ondergebracht in het onderzoeksinstituut NUTRIM.

De sfeer in Maastricht is uitstekend, we trainen zonder mopperen naar de Randstad of Utrecht, maar zijn 's avonds weer echt 'onder os'. Let wel: er gebeurt veel in de Euregio. Grenzen worden geslecht: het azM is in gesprek met het Klinikum in Aken over intensieve samenwerking. De MDL in Aken met een sterke hepatologie (prof. Trautwein) is voor ons interessant evenals de MDL in Leuven met vele coryfeeën, en met Marieke Pierik en Ger Koek als ex-Leuvenaren in Maastricht. De Euregio was lange tijd een theoretisch concept. Als het aan de MDL-groep van het azM ligt, wordt de Euroregionale MDL-werkelijkheid: wij gaan over grenzen heen!