

**Categorie 1: MDL-oncologie****Vraag:**

De incidentie van het adenocarcinoom stijgt in NL.

Wat zijn allen risicofactoren voor het krijgen van een adenocarcinoom van de slokdarm?

- A. Eerdere radiotherapie voor mammacarcinoom en obesitas en roken
- B. Eerdere radiotherapie voor mammacarcinoom en hoofdhalssmaligniteiten en roken
- C. Eerdere radiotherapie voor mammacarcinoom en obesitas en hoofdhalssmaligniteiten
- D. Hoofdhalssmaligniteiten en obesitas en roken

Codering: 2024-03**Juiste antwoord:**

- A. Eerdere radiotherapie voor mammacarcinoom en obesitas en roken

Literatuur: FMS richtlijn "Oesophaguscarcinoom" 2010

Opmerkingen aios:

NKI en American cancer society geven antwoord D als meest passende antwoord (op basis van prevalentie en incidentie).

NB: Deze bronnen zijn overigens ook een stuk recenter dan de referentie in het antwoordmodel (2010)

bron: <https://www.cancer.org/cancer/types/esophagus-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>

Tevens dit artikel: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4499337/>

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In deze vraag wordt gevraagd naar de risico factoren van het adenocarcinoom van de oesophagus en niet naar risico factoren voor het plaveiselcarcinoom of oesofaguscarcinoom in het algemeen. Onderstaande tabel komt uit de herziene richtlijn FMS oesophaguscarcinoom waarin staat dat hoofd-halsmaligniteiten geen risico factor zijn voor het adenocarcinoom.

Tabel 1. Risicofactoren voor plaveiselcelcarcinoom en adenocarcinoom van de oesofagus

Risicofactor	Plaveiselcelcarcinoom	Adenocarcinoom
Roken	+++	++
Alcoholgebruik	+++	-
Barret-oesofagus	-	++++
Matige refluxklachten	-	+++
Obesitas	-	++
Achalasie	+++	-
Corrosief letsel van de oesofagus	+++++	-



Plummer-Vinson-syndroom	++++	-
Hoofd-halsmaligniteiten	++++	-
Radiotherapie voor mammacarcinoom	+++	+++
Frequente consumptie van extreem warme dranken	+	-

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 1: MDL-oncologie****Vraag:**

U bespreekt op het multidisciplinaire overleg een 68-jarige man, WHO-0, die gediagnosticeerd is met een cT2N1M0 plaveiselcelcarcinoom van de oesophagus. In het endoscopieverslag worden de volgende afstanden beschreven: bovenste slokdarmsphincter 18cm, maligne ogende afwijking van 20 tot 26cm, top van de maagplooien op 38cm.

Welke behandeling is in dit geval het meest aangewezen?

- A. Definitieve chemoradiatie
- B. Neo-adjuvante chemoradiatie gevolgd door een slokdarmresectie
- C. Palliatieve systeemtherapie met radiotherapie bij dysfagie
- D. Slokdarmresectie

Codering: 2024-07

Juiste antwoord:

- A. Definitieve chemoradiatie

Literatuur: FMS richtlijn "Oesophaguscarcinoom" 2010

Opmerkingen aios:**1. Richtlijn slokdarmcarcinoom:**

De werkgroep is unaniem van mening dat, totdat er meer vergelijkende data tussen chirurgie en andere behandelingsmodaliteiten of data van grote series van een andere modaliteit dan chirurgie beschikbaar zijn, chirurgische resectie onderdeel is van de standaardbehandeling voor het in opzet curatief resectabele oesofaguscarcinoom. Dit geldt ook voor de oudere patiënt (> 75 jaar) indien er geen contra-indicaties bestaan voor chirurgie.

Daarbij is niet gezegd dat bij een N1, waarbij de klier in het bestraalde gebied ligt, dus geen curatieve opzet kan worden toegepast?

2. Het is mij niet duidelijk waarom dit oesofaguscarcinoom dat lokaal uitgebreid is niet in aanmerking komt voor neo-adjuvante behandeling gevolgd door resectie. De ESMO beveelt dat ook aan:

[https://www.esmooopen.com/article/S2059-7029\(23\)00009-1/fulltext](https://www.esmooopen.com/article/S2059-7029(23)00009-1/fulltext)

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Patiënt komt in aanmerking voor een curatieve behandeling op basis van zijn tumorstadium en conditie (dus C valt af). Echter, gezien de zeer krappe marge tot de bovenste slokdarmsphincter (2cm) is een slokdarmresectie niet mogelijk (B en D vallen daarom ook af).

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 2: Inflammatoir Darmlijden (IBD) en niet-infectieuze afwijkingen****Vraag:**

Een 62-jarige patiënt met M. Crohn van het terminale ileum ondergaat een coloscopie in verband met ongewenst gewichtsverlies en een wisselend ontlastingspatroon. Bij de scopie wordt een 2-tal poliepen verwijderd uit het colon transversum, waarvan de grootste poliep een diameter heeft van 9 mm. Pathologisch onderzoek toont tweemaal een tubulair adenoom met laaggradige dysplasie.

Wat is het aangewezen surveillance beleid?

- A. Expectatief beleid zonder surveillance
- B. Surveillance colonoscopie na 1 jaar
- C. Surveillance colonoscopie na 3 jaar
- D. Surveillance colonoscopie na 5 jaar

Codering : 2024-16

Juiste antwoord:

- A. Expectatief beleid zonder surveillance

Literatuur: FMS richtlijn "Coloscopie surveillance" NVMDL 2022

Opmerkingen aios:

Op basis van de huidige richtlijn "surveillance bij IBD" zal er na een zgn hoog-risico scopie (ofwel er is dysplasie gevonden) een surveillance scopie na 1 jaar moeten gebeuren. Antwoord B is dus correct

Bron:

https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/26301/Surveillancebeleid.pdf

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De poliepen vallen onder een laag risico adenomen: adenoom <10 mm zonder hooggradige dysplasie. Deze poliepen komen sporadisch voor. De patiënt heeft alleen de ziekte van Crohn in het ileum en om deze reden is er geen indicatie voor surveillance in het kader van M. Crohn.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 2: Inflammatoir Darmlijden (IBD) en niet-infectieuze afwijkingen****Vraag:**

Een 34-jarige man met M. Crohn presenteert zich op uw spreekuur in verband met een complexe peri-anaale fistel met op recente MRI kleine bekken een peri-anaal abces. Er is momenteel enige lumenale activiteit van M Crohn. Hij werd tot voor kort behandeld met adalimumab 40 mg elke 2 weken, maar heeft antistoffen ontwikkeld.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Aanleggen van een devierend colostoma, start purine en staken adalimumab
- B. Ligation of the interspheric fistula tract (LIFT) procedure, start purine en adalimumab continueren
- C. Plaatsing van een seton en switch van adalimumab naar infliximab in combinatie met een purine
- D. Start ciproxin en switch van adalimumab naar ustekinumab

Codering: 2024-18**Juiste antwoord:**

- C. Plaatsing van een seton en switch van adalimumab naar infliximab in combinatie met een purine

Literatuur: FMS Richtlijn "Inflammatoire darmziekten voor volwassenen"

Opmerkingen aios:

Je hebt een patiënt waarbij je al bent gestart met anti-TNF waarbij er geen contra-indicaties zijn voor een thiopurine bij antistoffen. Gezien er dus nog ruimte zit in het optimaliseren van je spiegel (en de behandeling van antistoffen met een thiopurine) heeft dat de voorkeur. Escapebehandeling middels IFX kan, maar gezien er dus nog ruimte in je primaire behandeling is heeft dat toch echt de voorkeur.

Hoewel setondrainage meer wenselijk is staat er geen antwoord in het antwoordmodel "seton drainage en ADA + purinethol" vind ik dat geen van de antwoorden wat mij betreft de te verkiezen beleidskeuze geeft. Ligatie is overigens ook een prima optie bij fistelbehandeling en laat in een aantal studies vergelijkbare resultaten zien tov setondrainage (zie de bron hieronder o.a.).

Ik zou of antwoord B en C goedkeuren, of - gezien het te prefereren beleid niet wordt genoemd, de vraag afkeuren.

Bronnen:

<https://www.ecco-ibd.eu/publications/congress-abstracts/item/p506-increased-risk-of-anti-drug-antibodies-to-a-second-anti-tnf-in-patients-who-developed-antibodies-to-the-first-anti-tnf.html>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7346888/>

**Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:**

Het leerdoel van de vraag is dat je een abces eerst moet draineren en daarom is C het meest aangewezen en juiste antwoord.

Er is geen head to head vergelijking tussen effect van adalimumab vs infliximab bij fistelende ziekte van Crohn. Maar er is meer data beschikbaar over infliximab dan over adalimumab en met name over infliximab met bijbehorende hogere streefspiegels waarbij je hogere kans op heling sluiting fisteling hebt. Adalimumab is ook werkzaam bij fistels maar mindere opgetelde evidence (zie bijgevoegde meta analyse uit 2018)

Maas, L., Gao, R., Cusumano, V. *et al.* Superior Efficacy of Infliximab Versus Adalimumab for First-Line Treatment of Crohn's Perianal Fistulae. *Dig Dis Sci* 68, 3994–4000 (2023).

<https://doi.org/10.1007/s10620-023-08060-7>

Een lift procedure doe je alleen bij een chronische fistel met luminale ziekte die onder controle is. De aangehaalde studie is een vergelijk tussen een LIFT procedure en advancement flap en dus niet de reguliere seton drain.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 3: MDL-infecties (Infecties van de tractus digestivus)****Vraag:**

U ziet een 81-jarige patiënte op de Spoedeisende hulp met sinds 5 dagen acuut ontstane bloederige diarree. Zij is voorts alleen bekend met diabetes mellitus type 2. U denkt aan infectieuze enterocolitis.

Is in dit geval antibioticum geïndiceerd en wat is hiervoor de reden?

- A. Antibioticum is geïndiceerd vanwege de dysenterie
- B. Antibioticum is geïndiceerd vanwege de leeftijd van patiente
- C. Antibioticum is niet geïndiceerd omdat dit geen effect heeft op de ziekteduur
- D. Antibioticum is niet geïndiceerd omdat de verwekker (nog) onbekend is

Codering: 2024-21

Juiste antwoord:

- A. Antibioticum is geïndiceerd vanwege de dysenterie

Literatuur: SWAB Guideline XVIII

Opmerkingen aios:

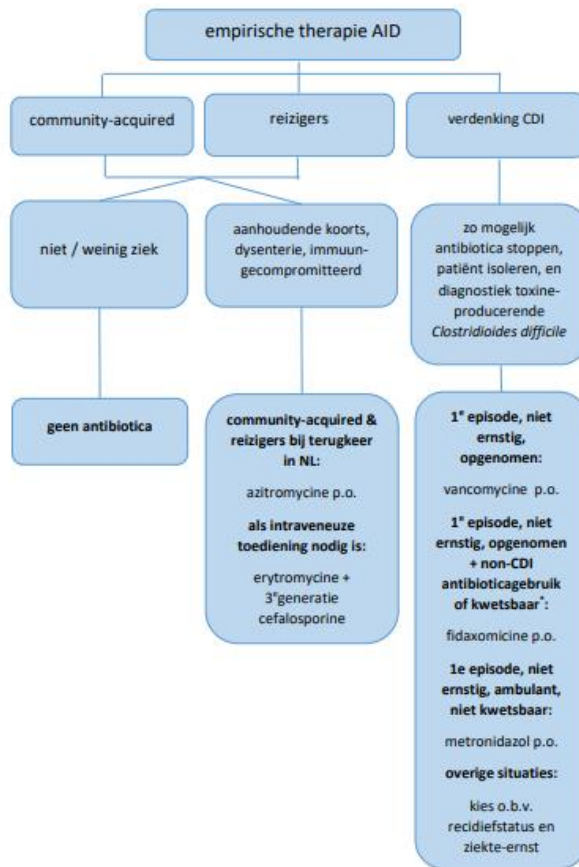
In werkelijkheid wacht je de kweek uitslag af.

Antwoord A lijkt ook niet helemaal te kloppen -> bij de SWAB richtlijn voor behandeling Shigella staat dat er geen behandeling nodig is tenzij ernstige infectie, en sowieso bij immunogecompromitteerden. De vraag geeft deze informatie niet, behalve dat patiente 81jaar is (dus wellicht kwetsbaar), maar dan zou antwoord B ook moeten kloppen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Gezien de dysenterie (bloederige diarree) is volgens SWAb richtlijn "Antimicrobiele therapie voor acute infectieuze diarree antibiotica geïndiceerd" (zie onderstaand schema)

Empirische therapie acute infectieuze diarree (AID) in één oogopslag



CDI: Clostridioides difficile infectie; * Zie tabel IV.3.1 op p. 59 voor definities 'kwetsbaar'.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing



Categorie 3: MDL-infecties (Infecties van de tractus digestivus)

Vraag:

Een 72-jarige hemodialyse patiënt ligt opgenomen in verband met hevige diarree. Het fecesonderzoek toont toxigene Clostridium difficile.

Wat is het meest aangewezen beleid?

- A. Faecetransplantatie
- B. Fidaxomicine 2 dd 200 mg gedurende 10 dagen
- C. Metronidazol 3 dd 500 mg gedurende 10 dagen
- D. Vancomycine 4 dd 250 mg gedurende 10 dagen

Codering: 2024-22

Juiste antwoord:

- B. Fidaxomicine 2 dd 200 mg gedurende 10 dagen

Literatuur: SWAB richtlijn “Antimicrobiële therapie voor acute infectieuze diarree” 2023

Opmerkingen aios:

fidaxomicine toch alleen eerste keus bij multipele recidieven?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Gezien de kwetsbaarheid van deze patient (hemodialyse) is volgens SWAb richtlijn “Antimicrobiele therapie voor acute infectieuze diarree fidaxomicine geïndiceerd” (zie onderstaand schema’s)

Tabel IV.3.1: Patiëntengroepen die in aanmerking komen voor behandeling met fidaxomicine voor een eerste CDI.

Patiënten die gelijktijdig antibiotica gebruiken (anders dan het anti-CDI antibioticum)	
Kwetsbare patiëntengroepen waarvoor een recidief CDI ernstig ziekmakende of anderszins ontwrichtende consequenties kan hebben	
1.	Patiënten die een intensief medisch traject doorlopen (b.v. hemodialyse, (geplande) chemotherapie).
2.	Immuungecompromitteerde personen.
3.	Langdurige opname of verblijf in een verpleegtehuis.

**Aanbevelingen:**

	Aanbeveling antibiotische behandeling eerste, ongecompliceerde CDI	Kracht	Kwaliteit van bewijs
1.	Stop het uitlokkende antibioticum.	<i>Good practice statement</i>	Zeer zwak
2.	Behandel een eerste ongecompliceerde CDI bij <i>niet-ambulante</i> patiënten met <ul style="list-style-type: none"> • vancomycine 4dd 125 mg suspensie p.o. (door apotheek bereid) gedurende 10 dagen, of met • vancomycine 4dd 250 mg capsules p.o. gedurende 10 dagen, als vancomycine suspensie lokaal niet beschikbaar is. 	Sterk	Redelijk tot sterk
3.	Voor patiënten die gelijktijdig (non-CDI) antibiotica gebruiken, en voor kwetsbare patiënten waarvoor een recidief CDI ernstig ziekmakende of anderszins ontwrichtende consequenties kan hebben wordt geadviseerd om te behandelen met <ul style="list-style-type: none"> • fidaxomicine 2dd 200 mg p.o. gedurende 10 dagen. 	Sterk	Redelijk tot sterk
4.	Een eerste ongecompliceerde CDI bij een <i>ambulante</i> patiënt zonder kwetsbaarheden (zie tabel IV.3.1) kan worden behandeld met <ul style="list-style-type: none"> • metronidazol 3dd 500 mg p.o. gedurende 10 dagen. 	Zwak	Zwak

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten****Vraag:**

Een 63 jarige man met levercirrose op basis van alcoholgebruik heeft bij aanvullend onderzoek de volgende uitslagen: fibroscan 19 kPa, trombocyten $173 \times 10^9/L$, bilirubine 19 $\mu\text{mol/L}$, albumine 33 g/L, PT 13 seconden

Wat is het meest aangewezen beleid?

- A. Expectatief beleid
- B. Gastroscopie verrichten en alleen bij aanwezigheid van oesophagusvarices starten met non-selectieve beta-blockers
- C. Hepatic venous pressure gradient (HVPG) meten
- D. Starten non-selectieve beta-blockers

Codering: 2024-34

Juiste antwoord:

- A. Expectatief beleid

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis; 2021 update J. Hepatol. 2021 sept: 75(3): 659-689

Opmerkingen aios:

1. Ik ben het niet eens met het antwoord. Op basis van de BAVENO-7 o.a.:

- "In patients with virus- and/or alcohol-related and non-obese NASH-related cACLD with LSM values <25 kPa, the ANTICIPATE model can be used to predict the risk of CSPH. Based on this model, patients with LSM values between 20-25 kPa and platelet count $<150 \times 10^9/L$ or LSM values between 15-20 kPa and platelet count $<110 \times 10^9/L$ have a CSPH risk of at least 60%."

Je kan wellicht obv deze kPa (overigens zonder CAP of ICR) en trombo's een gastroscopie achterwege laten, echter heb je wel een reële verdenking op klinisch significante portale hypertensie. Strikt genomen zou je in dit grijze gebied (namelijk geen kPa <10 dan wel >25) een miltstijfheidsmeting kunnen overwegen, echter gezien dit heden slechts beperkt is geïmplementeerd in onze dagelijkse kliniek denk ik dat je, als je een reële meting van fibroscan hebt (en de etiologische factor hebt weggenomen) wel degelijk een argument om NSBB te starten. Ik zou het in de praktijk namelijk wel doen.

Ik zou de vraag anders stellen (met meer gegevens, bijv CAP, ICR of met de tekst "ongoing alcoholgebruik" of "na staken") dan wel in antwoordmodel miltstijfheidsmeting opnemen, dan wel ook antwoord D als mogelijke antwoordoptie goedkeuren.

Op de afgelopen UEG werd dit onderwerp overigens uitgebreid aangestipt en bediscussieerd



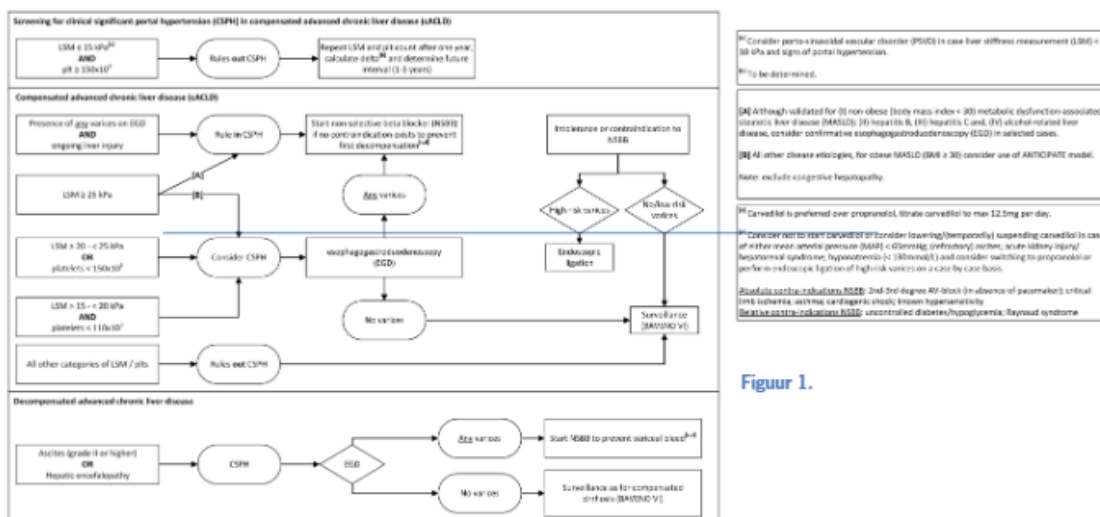
2. Op basis van de BAVENO VII kan je volgens mij klinisch significante hypertensie obv bovengenoemde LSM en trombopenie niet uitsluiten maar ook niet aantonen. Daarom leek het mij van belang om alsnog een gastroscopie uit te voeren voor de beoordeling aanwezigheid varices bij deze tussengroep.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis; 2021 update J. Hepatol. 2021 sept: 75(3): 659-689 staat het volgende:

In patients with cACLD due to untreated viral hepatitis, HIV-HCV coinfection, alcohol, NAFLD, PBC and PSC, the finding of LSM by TE < 20 kPa and platelet count of > 150 G/L (Baveno VI criteria) is a validated tool to rule-out highrisk varices and avoid endoscopic screening. These criteria should be used whenever TE is available (LoE 1a; strong recommendation).

Dit gecombineerd met de BAVENO VII heeft geleid tot het volgende overzichtsschema, gemaakt door de NVH werkgroep portale hypertensie en gepubliceerd in NVH blad Lever, augustus 2024



Figuur 1.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing

**Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten****Vraag:**

Een 28-jarige patiënte die ursodeoxycholzuur gebruikt in verband met primair biliare cholangitis en daarmee normale leverwaarden heeft komt op uw spreekuur. Ze heeft een zwangerschapswens en vraagt hoe de PBC behandeld moet worden tijdens de zwangerschap.

Wat is het meest aangewezen antwoord op de vraag van patiente?

- A. Ursodeoxycholzuur dient gecontinueerd te worden
- B. Ursodeoxycholzuur dient gestaakt te worden tijdens de gehele zwangerschap
- C. Ursodeoxycholzuur dient gestaakt te worden tijdens het eerste trimester van de zwangerschap en dient daarna te worden herstart
- D. Ursodeoxycholzuur dient tijdens de zwangerschap vervangen te worden door bezafibraat

Codering: 2024-36

Juiste antwoord:

- A. Ursodeoxycholzuur dient gecontinueerd te worden

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy, Journal of Hepatology 2023; 433–493, page 7/61

Opmerkingen aios:

1. Lastig te beantwoorden vraag met een tegenstrijdig advies via FK waar er zelfs wordt geadviseerd betrouwbare anticonceptiva te gebruiken tijdens het gebruik van ursochol
2. Farmacotherapeutisch compas zegt Antwoord C (stop eerste trimester)
3. Het farmacotherapeutisch kompas adviseert anders dan de EASL en dit advies werd overigens gedurende de DLW beaamt: Kan waarschijnlijk veilig worden gebruikt tijdens het 2e en 3e trimester, echter niet gebruiken tijdens het 1e trimester van de zwangerschap.

Het antwoordmodel is op basis van dit advies (en dus hetgeen besproken tijdens de DLW) niet juist, maar moet zijn antwoord C

4. Volgens het FK wordt geadviseerd om geen ursodeoxycholzuur te gebruiken in eerste trimester. Bij patient met normale leverwaarden en geen cirrose lijkt dat ook wel veilig in kader van PBC.

5. Volgens farmacotherapeutisch kompas moet je ursochol in eerste trimester staken

6. Ik denk dat de EASL guideline zich baseert op meer uitgebreide data. Echter in het FTK wordt gebruik in het 1e trimester wel afgeraden:

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/u/ursodeoxycholzuur>

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy staat het volgende:



Ursodeoxycholic acid should be continued during pregnancy in primary biliary cholangitis (and primary sclerosing cholangitis when treated) as it is safe in pregnancy and breastfeeding (LoE 4; strong recommendation, strong consensus).

In farmacotherapeutisch kompas staat inderdaad het volgende

Teratogenese: Bij de mens, onbekend. Bij dieren, bij hoge doses, aanwijzingen voor schadelijkheid vroeg in de zwangerschap. Beperkte ervaring met ursodeoxycholzuur voor de behandeling van intrahepatische cholestase in de tweede helft van de zwangerschap laat geen nadelige effecten voor de foetus of neonat zien.

Advies: Kan waarschijnlijk veilig worden gebruikt tijdens het 2^e en 3^e trimester, echter niet gebruiken tijdens het 1^e trimester van de zwangerschap.

Aanpassing sleutel:

Vraag laten vervallen ivm bronnenconflict. Advies is om EASL guideline aan te houden.

**Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie****Vraag:**

U bereidt de HBP-oncologie poli voor. Er komt een aantal patiënten met verschillende maligne tumoren in de lever.

Voor welke maligne tumoren in de lever is een levertransplantatie een mogelijkheid mits de patiënt voldoet aan de voorwaarden in het landelijk protocol?

- A. Perihilair cholangiocarcinoom, intrahepatisch cholangiocarcinoom en levermetastasen van colorectaal carcinoom.
- B. Perihilair cholangiocarcinoom, intrahepatisch cholangiocarcinoom en levermetastasen van NET.
- C. Perihilair cholangiocarcinoom, levermetastasen van colorectaal carcinoom en levermetastasen van NET.
- D. Intrahepatisch cholangiocarcinoom, levermetastasen van colorectaal carcinoom en levermetastasen van NET.

Codering: 2024-42**Juiste antwoord:**

- C. Perihilair cholangiocarcinoom, levermetastasen van colorectaal carcinoom en levermetastasen van NET.

Literatuur: <https://www.transplantatievereniging.nl/richtlijnen/definitieve-richtlijnen/>

<https://www.transplantatievereniging.nl/wp-content/uploads/2023/03/Indicatie-en-selectie-voor-NET-FINAL-17.10.2021.pdf>

<https://www.transplantatievereniging.nl/wp-content/uploads/2023/03/Protocol-levertransplantatie-voor-perihilair-cholangiocarcinoom-april-2022.pdf>

https://www.transplantatievereniging.nl/wp-content/uploads/2023/04/National-Protocol-LTx-for-CRLM_the-Netherlands.pdf

Opmerkingen aios:

EASL Clinical Practice Guidelines on liver transplantation " Patients with cirrhosis and small, unresectable intrahepatic cholangiocarcinoma (<2-3 cm) may be considered for LT, ideally within the setting of a clinical trial (given that the evidence to date is limited) and ideally treated on the waiting list with liver-directed therapies such as ablation, transarterial radioembolisation or transarterial chemo-embolisation, depending on anticipated waiting time (LoE 4, weak recommendation, consensus)".

Bron: Pagina 1055, EASL dec 2024.

Over peri-hiliaire cholangiocarcinomen: Highly selected patients with unresectable early-stage perihilar cholangiocarcinoma may be considered for treatment with neoadjuvant chemoradiotherapy followed by LT (LoE 3, weak recommendation, consensus).



Bron: pagina 1056.

Voor LTx gebruiken we naast onze landelijke protocollen en richtlijnen de Europese richtlijn (zoals weergegeven in de EASL) en die van eurotransplant. Gezien het feit dat niet-resectabel intra-hepatisch cholangiocarcinoom als indicatie LTX geldt en slechts bij een beperkte geselecteerde groep peri-hiliaire cholangiocarcinomen tot een indicatie behoort, zijn antwoord A-C niet juist. Hier blijft alleen antwoord D over

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In Nederland is het intrahepatisch cholangiocarcinoom, volgens de protocollen van de transplantatie vereniging geen goed gekeurde indicatie voor levertransplantatie. Ten aanzien van transplantatie zijn de protocollen van de nationale transplantatievereniging leidend en gaat de EASL richtlijn hier niet op.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing

**Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie****Vraag:**

Bij een 55-jarige man met blanco voorgeschiedenis wordt naar aanleiding van buikkachten aanvullend onderzoek gedaan. Beeldvorming in de vorm van een 4-fasen CT-lever toont een voor hepatocellulair (HCC) verdachte leverhaard van 4,5cm in segment 4 van een cirrotische lever (Child-Pugh A). Aanvullend onderzoek toont geen maligniteit elders in het lichaam, maar er zijn tekenen van portale hypertensie, een doorgemaakte hepatitis B virus infectie en AFP is 50 ng/ml.

Wat is nu de meest aangewezen volgende stap?

- A. Aanvullende MRI
- B. Hemihepatectomie
- C. Screening voor levertransplantatie en overbruggende lokale therapie
- D. Transarteriële chemoembolisatie (TACE)

Codering: 2024-46

Juiste antwoord:

- C. Screening voor levertransplantatie en overbruggende lokale therapie

Literatuur: EASL-EORTC Clinical practice guideline Management of hepatocellular carcinoma 2018
Cat 6 C (therapie)

Opmerkingen aios:

Er staat duidelijk in de vraag "voor HCC verdachte laesie", maar alvorens daadwerkelijk de keuze voor een beleid wordt gemaakt (hetzij in een MDO) moet de diagnose met zekerheid worden gesteld. Standaard is nog steeds MRI-lever (dan wel MRI primovist). Derhalve is antwoord A een logischere keuze. Op basis van de bevindingen dan op MRI kan er op basis van het BCLC stadiëring, Milaan en AFP model verder plan worden gemaakt

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het significante verschil in accuratesse tussen MRI en CT ten aanzien van diagnose HCC zit met name in de kleine tumoren. Bij een tumor van 4,5 cm in een cirrotische lever is een 4f-CT met voor HCC typische kenmerken voldoende om de diagnose HCC te stellen

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen****Vraag:**

Een 40-jarige man presenteert zich op de Spoedeisende hulp in verband met pijn rechtsboven in de buik. Het laboratoriumonderzoek toont bilirubine totaal 33 $\mu\text{mol/l}$, bilirubine direct 17 $\mu\text{mol/l}$, ALAT 150 U/l, ASAT 90 U/l, CRP < 5 mg/l. Echo abdomen toont een ductus choledochus (CBD) van 6 mm, waarin 2 kleine stenen zichtbaar zijn en sludge in galblaas.

Wat is nu, volgens de ESGE-richtlijn 'Endoscopie bij verdenking choledocholithiasis' (common bile duct (CBD)-steen), het aangewezen beleid?

- A. Direct Cholecystectomie < 1 week op korte termijn
- B. ERCP
- C. EUS
- D. MRCP

Codering: 2024-48

Juiste antwoord:

- B. ERCP

Literatuur: Manes Gainpiero et al. Endoscopic management of common bile duct stones, ESGE-guideline Endoscopy 2019; 51

Opmerkingen aios:

De vraagstelling suggereert door de plaatsing van de komma dat de stenen en sludge in de galblaas zitten en niet dat de stenen in de CBD zitten

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Je hebt gelijk dat de komma beter op een andere plek had gekund maar het woord waarin wijst naar de CBD en is niet te koppelen aan de galblaas

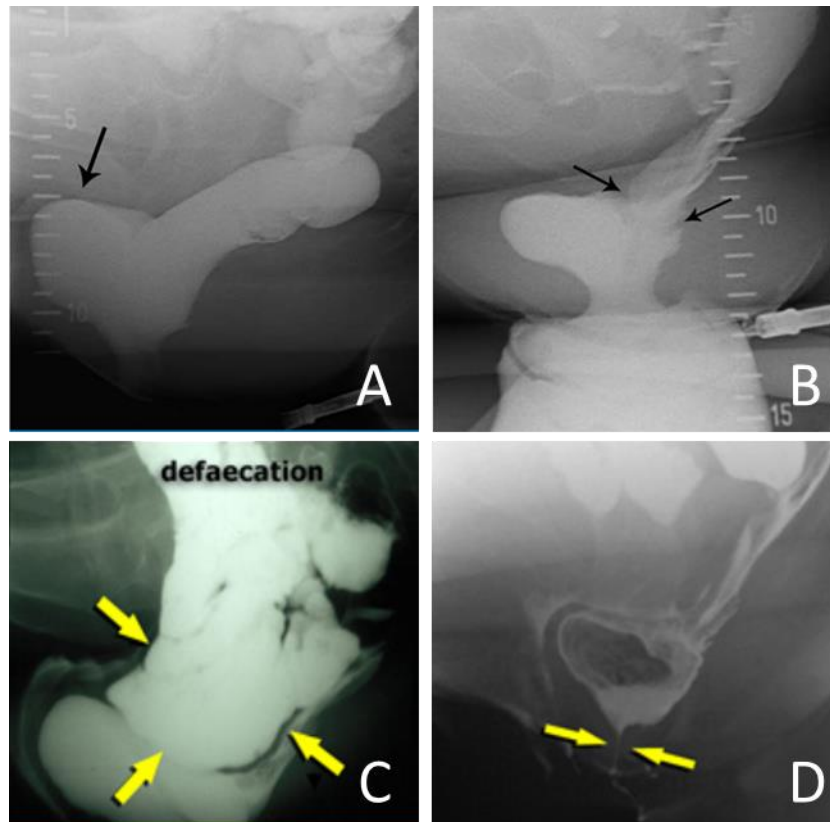
Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing

Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodem problematiek**Vraag:**

Een 65-jarige vrouw presenteert zich op uw poli met gevoel van incomplete evacuatie van ontlasting. Zij moet regelmatig manueel via de vagina tegendruk geven om te kunnen ontlasten. Bekkenfysiotherapie was onvoldoende effectief. U verricht een defecogram.

Welk defecogram past bij anamnese van patient? (pijlen geven de afwijkingen weer).



Codering: 2024-60

Juiste antwoord:

A. Rectocele

Literatuur: Boek: Coloproctology, Herold et al. 2017

Boek: Fecal Incontinence, Ratto et al. 2007 (afbeeldingen A en B) Radiology Assistant, Dynamic Rectal Examination (afbeelding C en D)

<https://radiologyassistant.nl/abdomen/rectum/dynamic-rectal-examination>

Plaatje A is rectocele, Plaatje B is intussusceptie, Plaatje C is enterocele, Plaatsje D hypertone bekkenbodem

Opmerkingen aios:

De klachten die patiënte uit kunnen zowel bij een anterieure rectocele (plaatje 1) als een enterocele (plaatje 3) horen - Zie o.a. "Enterocele – Diagnosis and treatment Entéroccèle :



diagnostic et traitement" Oom et al, 2009.

Daarbij geeft een anterieure rectocele vaker als resultaat van het reservoir wat er wordt gevormd fecale incontinentie.

Antwoord A en C zijn op basis van de beknopte casusomschrijving correct. Het manueel uitoefenen van druk op de vagina achterwand is niet pathognomisch voor 1 van de aandoeningen

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Alhoewel het feit dat patiënte manueel druk uitoefent op de vagina niet pathognomisch is voor een rectocele past het wel het meeste bij deze diagnose en is dit niet zozeer een kenmerk van een enterocele.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiënt****Vraag:**

Een 25-jarige vrouw met hypermobiel Ehler Danlos syndroom komt op uw spreekuur in verband met het niet verdragen van voeding. Zij is inmiddels 10 kg afgevallen zonder dat er aanwijzingen zijn voor een andere systemische ziekte bij uitgebreid bloedonderzoek en CT. Onder andere vanwege de buikklasten en tintelingen bij verdenking dunne vezelneuropathie is elders gestart met morfine. Uw collega heeft via scintigrafie een maagledigingsonderzoek laten verrichten, hetgeen na 100 minuten nog geen lediging van de maag laat zien.

Wat is nu het meest aangewezen vervolgbeleid?

- A. Afbouwen morfine onder begeleiding van een multidisciplinair pijnteam
- B. Antroduodenale manometrie verrichten om dunne darm dysmotiliteit te onderzoeken
- C. Maagledigingsonderzoek met langere meetduur verrichten
- D. Starten met sondevoeding via neus-jejunumsonde

Codering: 2024-61

Juiste antwoord:

- A. Afbouwen morfine onder begeleiding van een multidisciplinair pijnteam

Literatuur: American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis. Parkman HP et al. Gastroenterology. 2004;127(5):1592.
ACG Clinical Guideline: Gastroparesis 2022

Opmerkingen aios:

Het afbouwen met morfine is zeker zeer belangrijk, maar de kans dat dit in 2 weken is gelukt acht ik klein. Gezien patiënte inmiddels 10 kg in gewicht is verloren, lijkt het mij wel noodzakelijk om haar voedingstoestand primair te optimaliseren.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In ACG clinical guideline: Gastroparesis (2022) staat het volgende:

It is customary to recommend cessation for 48 hours before the scintigraphic gastric emptying test of medications including opioids, cannabinoids, prokinetics, antiemetics, and neuromodulators with potential impact on the results of the GE test.

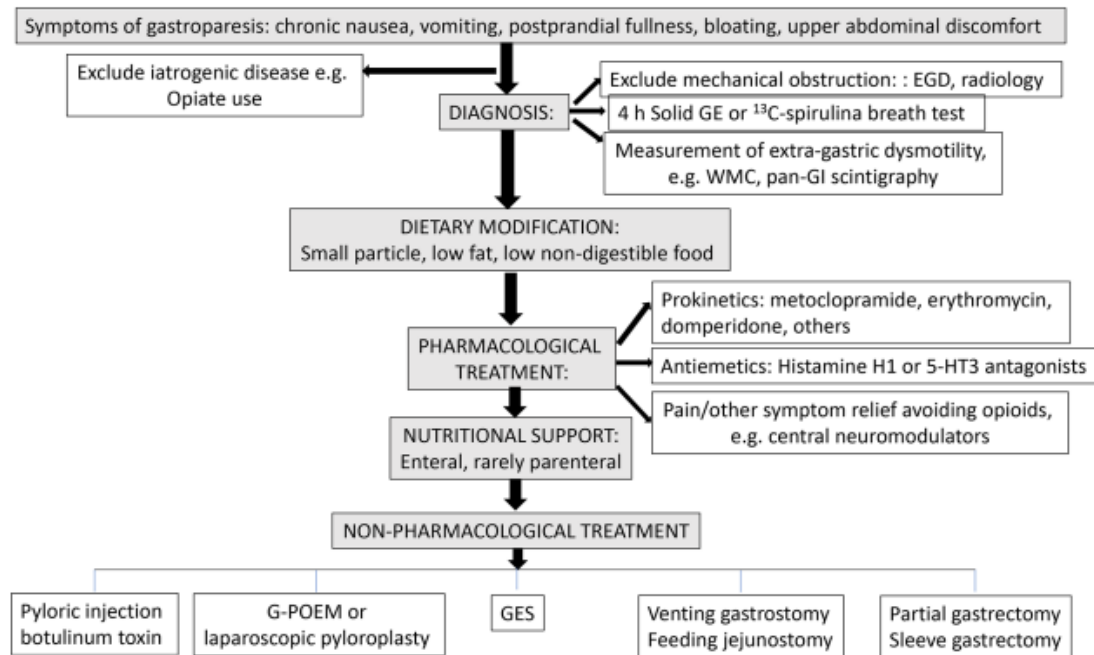


Figure 1.

This algorithm updates the algorithm from the 2013 ACG guideline on gastroparesis (1).

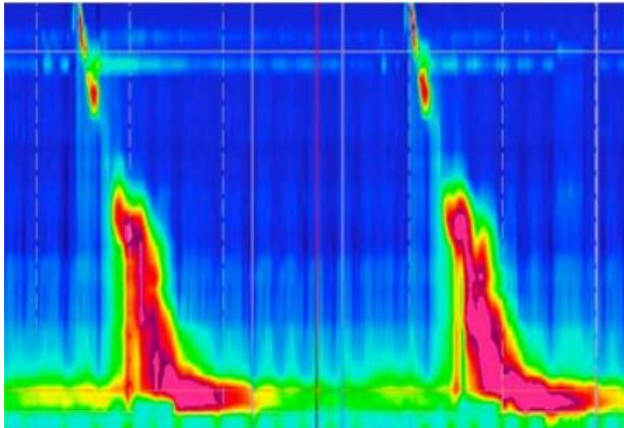
De diagnose gastroparese is niet gesteld omdat er sprake was van morfine gebruik tijdens het maagledigingsonderzoek. Zoals in bovenstaand figuur te zien is het uitsluiten van vertraagde maaglediging door opioïden het eerst aangewezen. Het is derhalve nu (nog) niet aan de orde om over te gaan tot behandeling met voeding op het jejunum.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiënt**Vraag:**

Een 42-jarige man zonder medische voorgeschiedenis, heeft sinds 3 jaar toenemende dysfagie bij vast en vloeibaar voedsel. Tevens is er sprake van regurgitatie van stukjes voedsel en retrosternale pijn. Bij gastroscopie werden geen afwijkingen gevonden behoudens een wat moeizaam te passeren onderste slokdarmsfincter. Oesofagus manometrie toonde een verhoogde relaxatiedruk van de onderste slokdarmsfincter, 100% afwezige peristaltiek en 40% premature contracties (zie ook de afbeelding).



Wat is in dit geval de eerstvolgende stap in de behandeling?

- A. Botuline toxine injectie in de onderste oesofagusfincter
- B. Perorale Endoscopische Myotomie (POEM)
- C. Pneumodilatatie
- D. Sildenafil 50 mg

Codering: 2024-68

Juiste antwoord:

- B. Perorale Endoscopische Myotomie (POEM)

Literatuur: Patel DA et al. An overview of achalasia and its subtypes. *Gastroenterol Hepatol* 2017;13:411-421

ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia (nih.gov)

Opmerkingen aios:

Er is sprake van een achalasia type II op basis van de Chicago 4 classificatie

Op basis van de ESGE guideline van 2020 (Weusten et al, "Endoscopic management of GI motility disorder") is er een indicatie voor pneumodilatatie: ESGE recommends the use of a graded pneumatic dilation protocol in achalasia, starting with a 30-mm dilation and followed by a 35-mm dilation at a planned interval of 2 – 4 weeks, with a subsequent 40-mm dilation when there is insufficient relief, over both a single balloon dilation procedure or the use of a larger balloon from the outset. Strong recommendation, high quality of



evidence, level of agreement 100 %.

Bij achalasie type III wordt in de guideline genoemd dat er mogelijk een voorkeur bestaat voor POEM, echter op basis van slechts 2 RCT's, waarbij de keuze op individueel niveau/ervaring centrum etc wordt bepaald.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het betreft hier een type III achalasie . In de ACG guideline Diagnosis and management of achalasia (2020) staat de volgende aanbeveling:

“We recommend tailored POEM or LHM for type III achalasia as a more efficacious disruptive therapy of the LES compared with PD”

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 9: Voeding bij gezondheid en ziekte****Vraag:**

Wat is bij een situatie met ontsteking (verhoogd CRP) de beste indicator voor het inschatten van een ijzertekort?

- A. Ferritine >100 microgram/ml
- B. Serum ijzer
- C. Totale ijzer bindingscapaciteit
- D. Transferrine
- E. Transferrine saturatie

Codering: 2024-72

Juiste antwoord:

- E. Transferrine saturatie

Literatuur: ECCO Guideline/Consensus Paper European Consensus on the Diagnosis and Management of Iron Deficiency and Anaemia in Inflammatory Bowel Diseases Axel U Dignass,a,m* Christoph Gasche,b* Dominik Bettenworth,c

Opmerkingen aios:

Ferritine > 100 moet denk ik het goede antwoord zijn. Hierbij de statements vanuit de opgegeven bron, waarbij ferritine centraal staat en transferrine saturatie of niet genoemd wordt of alleen een tweede criterium is:

"Diagnostic criteria for iron deficiency depend on the level of inflammation. In patients without clinical, endoscopic, or biochemical evidence of active disease, serum ferritin <30 µg/L is an appropriate criterion [EL 2]. In the presence of inflammation, a serum ferritin up to 100 µg/L may still be consistent with iron deficiency [EL 4]"

"In the presence of biochemical or clinical evidence of inflammation, the diagnostic criteria for ACD are a serum ferritin >100 µg/L and TfS <20%. If the serum ferritin level is between 30 and 100 µg/L, a combination of true iron deficiency and ACD is likely [EL 2]"

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Vraag is inderdaad op deze manier niet goed gesteld. Woord inschatten had aantonen moeten zijn

Aanpassing sleutel:

Vraag laten vervallen.

**Categorie 10: Spoedeisende MDL****Vraag:**

U ziet een 25-jarige vrouw op de SEH in verband met een stuk glas wat ze per ongeluk heeft ingeslikt. Het stuk glas is gelukkig spontaan gepasseerd naar de maag. Je geeft aan dat gastroscopie is aangewezen. Ze is wat zenuwachtig en wil weten binnen welke tijd je de gastroscopie uiterlijk gedaan moet hebben.

Wat is het aangewezen beleid ten aanzien van de maximale termijn van het verrichten van een gastroscopie in deze situatie?

- A. Direct
- B. Binnen <6 uur
- C. Binnen <24 uur
- D. Binnen <72 uur

Codering: 2024-78**Juiste antwoord:**

- C. Binnen <24 uur

Literatuur: ESGE guideline "Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults" 2016

Opmerkingen aios:

Het antwoord klopt, maar ik vraag me toch af hoe we in deze casus weten dat het glas van de slokdarm naar de maag gegaan is

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Als gegeven in de stam staat het glas naar de maag is gegaan. Glas is radiopaque en op rontgenfoto te zien.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 11: Endoscopie****Vraag:**

U verricht een surveillance coloscopie bij een 58-jarige man die sinds zijn 45^e bekend is met een linkszijdige colitis ulcerosa. Als enige bevinding zie je in het colon ascendens een goed afgrensbare sessiele poliep van 8 mm groot die u macroscopisch radicaal verwijdert. Het blijkt te gaan om een adenomateuze poliep met laaggradige dysplasie.

Over hoeveel jaar is nu de volgende surveillance coloscopie aangewezen?

- A. 1 jaar
- B. 3 jaar
- C. 5 jaar
- D. 10 jaar

Codering: 2024-83

Juiste antwoord:

- C. 5 jaar

Literatuur: ECCO Guideline on Inflammatory Bowel Disease and Malignancies

Opmerkingen aios:

1. Het gaat hier om dysplasie en volgens de huidige richtlijn moet je bij dysplasie in de afgelopen 5 jaar

(ook al is het laaggradige dysplasie) nog een nieuwe scopie doen na 1 jaar

https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/26301/Surveillancebeleid.pdf

2. Huidige richtlijn "surveillance bij IBD" adviseert nog steeds surveillance 1 jaar na "hoog risico" scopie.

Zie o.a.

https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/26301/Surveillancebeleid.pdf.

De ECCO geeft wellicht andere overwegingen, maar hier in Nederland gaan we nog altijd uit van onze lokale richtlijnen

3. De ECCO richtlijn (die jullie noemen) zegt bij dysplasie (LGD in poliep) colonoscopie een jr later te herhalen. Dat zou dan antwoord A moeten zijn.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de casus wordt beschreven dat patiënt een linkszijdige colitis ulcerosa heeft. Het adenoom is verwijderd uit het colon ascendens. Het gaat hier om een 'sporadisch adenoom', aangezien deze niet in een gebied zit waar eerder activiteit van de colitis ulcerosa heeft gezeten. Derhalve is het geen hoog risico adenoom dan wel scopie en kan de interval termijn van 5 jaar zoal deze geldt bij linkszijdige colitis ulcerosa worden gehanteerd.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 11: Endoscopie****Vraag:**

Bij een 56-jarige vrouw wordt een litteken gecontroleerd middels sigmoïdoscopie nadat er **6 maanden** geleden een adenoom van 22 mm met hooggradige dysplasie is verwijderd uit het colon descendens middels piecemeal endoscopische mucosale resectie. U ziet geen residu of recidief poliepeus weefsel.

Wat is is dit geval het aangewezen vervolgbeleid?

- A. Sigmoïdoscopie met controle van het litteken over 6 maanden.
- B. Sigmoïdoscopie met controle van het litteken over 12 maanden.
- C. Volledige coloscopie over 6 maanden.
- D. Volledige coloscopie over 12 maanden.
- E. Volledige coloscopie over 36 maanden.

Codering: 2024-86

Juiste antwoord:

- D. Volledige coloscopie over 12 maanden.

Literatuur: FMS richtlijn "Poliepectomie van het rectum en colon"

Opmerkingen aios:

1. Moet volgens het stroomschema 18 maanden zijn, dus 12 maanden is ook niet het goede antwoord

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/poliepectomie_van_het_rectum_en_colon/lokaal_recidief_bij_poliepectomie/lokaal_recidief_na_poliepectomie.html

2. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/poliepectomie_van_het_rectum_en_colon/lokaal_recidief_bij_poliepectomie/lokaal_recidief_na_poliepectomie.html

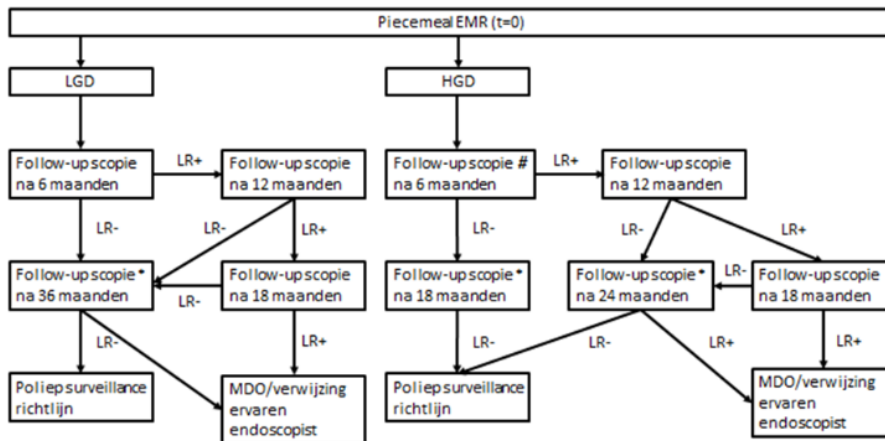
In dit schema staat controle na 18 maanden (niet 12 maanden). Dus volgens deze richtlijn staat het juiste antwoord er niet bij.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Zie onderstaand stroom diagram uit FMS richtlijn "Poliepectomie van het rectum en colon" (2022). Van belang is om je te realiseren dat de genoemde tijdstermijnen zijn vanaf de baseline endoscopie waarin pEMR is verricht. In dit geval dus 6 maanden geleden. Volgende scopie moet 18 maanden na baseline scopie zijn dus nu na 1 jaar.



Figuur 1 Endoscopische surveillance na pEMR van > 20 mm poliepen



Legenda: Flowchart na een piecemeal EMR. Follow-up wordt gedifferentieerd tussen de histologie van de poliep die werd verwijderd. Dit betreft laaggradige dysplasie (LGD) en hooggradige dysplasie (HGD). Dit omvat alle subtypen (tubulair, tubulovilleus, villos en sessiel serrated). De tijdstermijnen betreffen tijden ten opzichte van de baseline coloscopie met de piecemeal EMR.

LR-: Geen aanwijzingen voor lokaal recidief

LR+: Lokaal recidief welke in dezelfde sessie behandeld is.

Poliep surveillance richtlijn betreft de richtlijn surveillance na coloscopie 2013.

MDO/verwijzing ervaren endoscopist: In het MDO moet worden gekeken naar alternatieven voor de lokale behandeling van het 3e recidief dan re-EMR of ablatieve behandeling (APC/STSC).

Hierbij dient aan te worden contact te leggen met een endoscopist met veel ervaring in de behandeling van lokale recidieven.

* Het wordt aanbevolen de inspectie van het litteken te combineren met een volledige coloscopie.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 11: Endoscopie****Vraag:**

Een 40-jarige vrouw wordt gepland voor ERCP vanwege choledocholithiasis. Zij heeft in het verleden een allergische reactie (urticaria, bronchospasme) gehad na toediening van intravasculair jodiumhoudend contrastmiddel voor een CT-scan.

Wat is het meest aangewezen beleid ter preventie van een allergische reactie bij ERCP?

- A. Dexamethason 4 mg po 12 uur en 2 uur vooraf aan ERCP gecombineerd met tavegil 2 mg iv 2 uur vooraf aan ERCP
- B. Expectatief beleid; geen preventieve maatregelen
- C. Tavegil 2 mg iv 2 uur vooraf aan ERCP
- D. Toepassing van ander contrastmiddel bij ERCP

Codering: 2024-88

Juiste antwoord:

- B. Expectatief beleid; geen preventieve maatregelen

Literatuur: Draganov et al. Prospective evaluation of adverse reactions to iodine-containing contrast media after ERCP. Gastrointest Endosc 2008

Opmerkingen aios:

Lokale protocol contrastallergie UMC Amsterdam adviseert antwoord A
"<https://www.amc.nl/web/specialismen/radiologie-en-nucleaire-geneeskunde/radiologie/flowchart-preventie-contrastreactie.htm>".

Je kan kiezen voor een ERCP zonder contrast, maar dat staat niet in het antwoord/als keuze gedefinieerd

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De prospectieve studie "Prospective evaluation of adverse reactions to iodine-containing contrast media after ERCP" van Draganov uit 2008 concludeert:

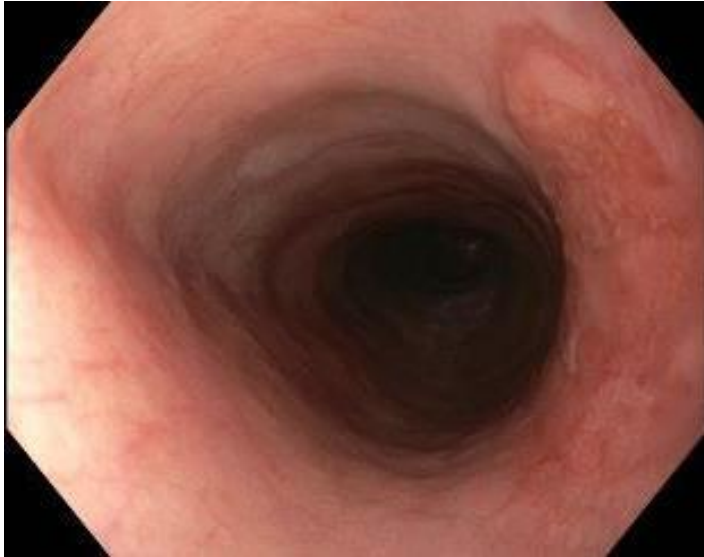
"The incidence of adverse reaction to iodine-containing contrast media administered at the time of ERCP even in patients considered to be at high risk is exceedingly low. The use of prophylactic regimens before ERCP appears to be unnecessary"

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 11: Endoscopie**Vraag:**

U ziet een 53-jarige vrouw voor een gastroscopie omdat ze pijn klachten heeft bij het eten. Ze is een sterke roker en verder gezond. U verricht een gastroscopie en komt onderstaande bevinding tegen in de slokdarm:



Wat is nu het aangewezen beleid?

- A. Acht weken PPI en hierna een re-scopie
- B. Biopteren op 3 verschillende niveaus en budesonide starten
- C. 1-2 gerichte biopten van de afwijking nemen
- D. 6-8 gerichte biopten van de afwijking nemen

Codering: 2024-90

Juiste antwoord:

- C. 1-2 gerichte biopten van de afwijking nemen

Literatuur: Pouw et al. Endoscopic tissue sampling – Part 1: Upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts. ESGE Guideline. Endoscopy 2021 (PMID34535035)

Opmerkingen aios:

1. Volgens de ESMO Guideline 2022 Oesophageal cancer:

There is limited evidence for the optimal number of biopsies required to ensure a diagnosis where malignancy is present. The accepted convention is to obtain > or = 6-8 representative biopsies of the lesion. The number of biopsies should be sufficient for pathological and molecular analysis. Antwoord D is dus correct.

2. Vraag laten vervallen; zie richtlijnen database oesofaguscarcinoom; 'Aanbevolen wordt om ten minste zes biopten uit de rand van de tumor in te sturen voor pathologisch onderzoek.' De referentie die erbij wordt genoemd komt uit 1992. ESGE guideline is duidelijk later en met andere advies gepubliceerd (2021). Echter is de richtlijn database oesofaguscarcinoom door de MDL nog in 9-2024 geautoriseerd en is er dus besloten dit



advies te laten staan en niet aan te passen naar de ESGE richtlijn. Derhalve is het verwarrend/tegenstrijdig en verzoek tot vervallen van de vraag.

3. Er is verdenking maligniteit op basis van dit beeld. De richtlijn oesofaguscarcinoom NVMDL (beoordeeld 01.09.2024) geeft dit advies: Aanbevolen wordt om ten minste zes bipten uit de rand van de tumor in te sturen voor pathologisch onderzoek.

Antwoord D is derhalve goed. Evt optie alvorens biopsie de scopie in andere licht modaliteiten te verrichten, echter bij (sterke) verdenking geldt bovenstaand advies.

Bron:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/oesofaguscarcinoom/pathologie/pre_operatieve_diagnostiek.html

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De foto toont een vroege neoplastische afwijking van het plaveiselcelepitheel van de slokdarm. Het betreft een vroeg afwijking, daarom is het advies 1 tot 2 gerichte bipten te nemen. Te veel bipten kunnen een toekomstige endoscopische behandeling in de weg staan (daarom valt D af). Deze afwijking is niet reflux gerelateerd en PPI zal niet helpen (daarom van A af). Dit is geen eosinophile oesophagitis (daarom valt B af)

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

**Categorie 12: Abdominale echografie****Vraag:**

In het skillslab voer je een echo abdomen uit bij een gezonde vrijwilliger. Je ziet het patroon van mooie lagen van de darmwand, met alternerende echogeniciteit.

Welk aspect hebben de submucosa en muscularis propria?

- A. De submucosa is wit en de muscularis propria is zwart.
- B. De submucosa is wit en de muscularis propria is wit.
- C. De submucosa is zwart en de muscularis propria is wit.
- D. De submucosa is zwart en de muscularis propria is zwart.

Codering: 2024-94

Juiste antwoord:

- A. De submucosa is wit en de muscularis propria is zwart.

Literatuur: Bijv. Society of radiographers: <https://www.sor.org/>

Opmerkingen aios:

Radiologie leerboek ultrasound bowel:

- Wit submucosa
- zwart spierlaag

Zie o.a. website "<https://radiologyassistant.nl/abdomen/ultrasound/lk-jg-1-1>"

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Dit klopt en is dan ook het goede antwoord A → "De submucosa is wit en de muscularis propria is zwart"

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing

**Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen****Vraag:**

Een 50-jarige Nederlandse man komt op uw polikliniek. Hij heeft een blanco voorgeschiedenis. Recent heeft hij in verband met verdenking niersteen een CT-abdomen ondergaan waar een pancreascyste in het corpus van het pancreas wordt gezien van 1.5 cm. Er wordt een Endo echografie met FNA (fine needle aspiration) aangevraagd.

Welke bepaling in het pancreascyste vocht kan IPMNs/mucineuze cysten het beste onderscheiden van andere typen cysten?

- A. Amylase
- B. Ca 19.9
- C. CEA
- D. Cytologie onderzoek door patholoog anatoom

Codering: 2024-98

Juiste antwoord:

- C. CEA

Literatuur: European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. Gut 2018; 67: 789-804

Del Chiaro M, Verbeke C, Salvia R, Klöppel G, Werner J, McKay C, Friess H, Manfredi R, Van Cutsem E, Löhner M, Segersvärd R; European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas. Dig Liver Dis 2013; 45: 703-711

Elta GH, Enestvedt BK, Sauer BG, Lennon AM. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. Am J Gastroenterol 2018; 113: 464-479

Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P; Clinical Guidelines Committee; American Gastroenterology Association. American gastroenterological association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. Gastroenterology 2015; 148: 819-22; 10.1053/j.gastro.2015.01.015

Tanaka M, Fernández-Del Castillo C, Kamisawa T, Jang JY, Levy P, Ohtsuka T, Salvia R, Shimizu Y, Tada M, Wolfgang CL. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. Pancreatology 2017; 17: 738-753

Megibow AJ, Baker ME, Morgan DE, Kamel IR, Sahani DV, Newman E, Brugge WR, Berland LL, Pandharipande PV. Management of Incidental Pancreatic Cysts: A White Paper of the ACR Incidental Findings Committee. J Am Coll Radiol 2017; 14: 911-923

Opmerkingen aios:

In de Europese richtlijn opgenomen over fluid analysis pancreascysten: "A combined analysis



of cyst fluid CEA, cyst fluid lipase levels, and cytology provides the highest accuracy for differentiating mucinous from non-mucinous PCN (GRADE 2C, strong agreement)", pagina 791.

Hierbij wordt alleen onderscheid MCN-niet MCN gemaakt. Er is geen specifieke fluid analyse wat IPMN onderscheidt.

In de studie "Cyst Fluid Biomarkers for Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas: A Critical Review from the International Expert Meeting on Pancreatic Branch-Duct-Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms" van Maker et al (2014) wordt het afgeraden om fluid analyse om IPMN te differentiëren van andere cysten omdat de spec/sens laag zijn (waaronder CEA en amylase). Amylase zou op theoretische gronden het meest onderscheidend zijn voor IPMN, hetgeen niet altijd overeenkomt met de praktijk. Wat meer informatie geeft is fluid analyse middels cytologie/histologie, DNA of mRNA analyse meer geschikt is (hoewel geen validatie).

Wat verder in de literatuur te lezen is over o.a. CEA is het volgende: "Pancreatic cyst CEA level is considered the most accurate tumor marker for diagnosing mucinous cysts. Approximately 0.2 to 1.0 mL of cyst fluid is required to run the test and a cut-off of 192 ng/mL can be expected to capture ~75% of mucinous cysts.", Rockacy et al (2013). Dit slaat dus met name op MCN diagnostiek, hetgeen overigens ook niet overeenkomt met het voorbeeldantwoord.

Al met al staat het geschikte antwoord niet in de reeks antwoorden, want de diagnose wordt vnl gevormd door het EUS beeld/beeld op basis van de beeldvorming en hangt (lang niet altijd) af van de fluid-analyse, zeker niet op basis van slechts 1 bepaling maar de samenstelling van het vocht. Ik stel voor de vraag derhalve af te keuren

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De vraag was niet: "welk onderzoek kan het beste het onderscheid maken tussen IPMNs/mucineuze cysten" maar de vraag was "welke bepaling in het pancreascyste vocht kan IPMNs/mucineuze cysten het beste onderscheiden van andere typen cysten?" CEA bepaling in het cystevocht CEA (level $\geq 192-200$ ng/mL) is 80% accuraat om de diagnose IPMN of mucineuze cyste te stellen en daarmee het goede antwoord

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.