

**Ontvangen commentaren voortgangstoets aios MDL
19 november 2018 in de Jaarbeurs**

Vraag 5

Commentaar aios:

Patiënt is in remissie met prednison - heeft dus nog prednison onderhoudsbehandeling want je gaat niet starten met azathioprine zonder dat je in afbouwschema van de prednison zit.

Patiënt wordt dus behandeld met immunosuppressiva en is dus immuungecompromiteerd.

Daarbij geldt volgens de richtlijn: " Het toedienen van levend verzwakt vaccin aan immunogecompromiteerde patiënten is gecontra-indiceerd. De belangrijkste zijn BMR- (bof, mazelen, rode hond), varicella-, BCG- (Bacillus Calmette-Guérin) en gele koortsvaccin. "

--> het juiste antwoord zou dus D moeten zijn.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Het gebruik van prednisolon wordt inderdaad als een contra-indicatie beschouwd voor verzwakt levende vaccins indien de minimumdosis van 20 mg per dag bedraagt (bron: meerdere bronnen te vinden, waaronder de twee onderstaande links). De reis naar West-Afrika staat gepland over enkele maanden, zodat het mogelijk is patiënte te vaccineren in de periode waarin zij minder dan 20 mg prednisolon per dag gebruikt, maar nog geen azathioprine. Hiermee is antwoord B het beste antwoord. Antwoord D is onjuist, indien de vaccinatie niet mogelijk zou zijn dient patiënte te worden ontraden naar een gebied af te reizen waar gele koorts endemisch is.

http://www.ncirs.edu.au/assets/provider_resources/handbook-tables/Table-3-3-8-Recommended-timing-of-live-vaccines-and-corticosteroids.pdf

<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/genrec.html>

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 9

Commentaar aios:

Hoewel NSBB en EBL beide goede opties zijn als primaire profylaxe ter voorkoming van een eerste varixbloeding, staat in de EASL richtlijn ook duidelijk beschreven dat NSBB de voorkeur zou kunnen hebben wegens andere voordelen:

“Although numerically EBL induces less side effects, it has been associated with more severe and potentially life-threatening complications, resulting from bleeding EBL-ulcers. Moreover, EBL does not impact on portal hypertension. Thus, it does not reduce/prevent other complications and surveillance endoscopies are required to detect variceal recurrence, supporting overall primary preference for NSBBs”

- Derhalve zou antwoord C ook goedgekeurd moeten worden.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

In de EASL Clinical Practice Guideline 2018 waaraan wordt gerefereerd door de aios staat ook het volgende: Both NSBBs and EBL have shown to be equally effective in preventing first bleeding in patients with high-risk varices. The choice between options depends on factors such as patient preference, contraindications or adverse events. Deze EASL guideline refereert daarmee aan de Baveno VI consensus, waaraan ook in het antwoordmodel wordt gerefereerd. Antwoord C (NSBB) moet dus wel degelijk worden overwogen, maar antwoord B (bandligatie) ook, en daarmee wordt antwoord D het meest correcte antwoord.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 10

Commentaar aios:

Hoewel de diagnose zeker heroverwogen moet worden en er hier geen sprake is van chronische pancreatitis, doet dit niets af aan het feit dat pancreasenzym-suppletie wel beter werkt in combinatie met PPI indien er onvoldoende resultaat is op enzym-suppletie alleen, doordat de enzymen niet vroegtijdig in de maag worden afgebroken.

UEG Guideline chronic pancreatitis 2017:

Q4-2.7: Should PPIs be added to pancreatic enzyme supplementation in the treatment of PEI in CP?

Statement 4-2.7. The addition of a PPI to oral pancreatic enzymes is of help in patients with an unsatisfactory response to PERT. (GRADE 1B, strong agreement)

- Antwoord C (toevoegen PPI) zou ook goedgerekend kunnen worden

Oordeel voortgangstoetscommissie:

De commissie deelt de mening van de aios dat bij onvoldoende respons op pancreasenzym-suppletie bij patiënten met een chronische pancreatitis moet worden overwogen een PPI toe te voegen. Maar de crux zit hem in deze vraag bij de interpretatie van het slechts mild verlaagde elastase. Een mild verlaagd elastase duidt in veel gevallen namelijk niet op een pancreasinsufficiëntie. Bij uitblijven van enig effect bij adequate dosering en inname van de pancreasenzym-suppletie is de eerst volgende stap het heroverwegen van de diagnose, dus antwoord B.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 11

Commentaar aios:

Goede antwoord moet D zijn, een X-thorax zijn om een perforatie uit te sluiten. In de in het antwoord opgegeven referentie van de Nederlandse richtlijn staat deze ook eerder in de flowchart beschreven dan een gastroscopie.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Hoewel de commissie het met de aios eens is dat deze vraag sterker was geweest als de bloeddruk van deze patiënt genoteerd was geweest, zodat meer informatie beschikbaar was geweest om de hemodynamiek te beoordelen, mag men er bij toetsvragen vanuit gaan dat alle relevante afwijkingen van het normale worden benoemd. Aangezien de bloeddruk niet gegeven was en er dus gevoeglijk mag worden aangenomen dat er geen sprake is van een hypotensie, is de commissie van mening dat een gastroscopie volgens de opgegeven referenties de eerstvolgende stap zou moeten zijn. In 2016 verscheen een publicatie in de Lancet waarin een lans wordt gebroken voor de CT scan als eerste stap in de diagnostiek; dit antwoord was niet opgenomen in het antwoordmodel omdat deze werkwijze nog niet in de Nederlandse richtlijn is opgenomen. Bij de betreffende klinische presentatie zou dus wel een CT scan kunnen worden overwogen, maar een staande X-thorax prevaleert o.i. niet boven de gastroscopie bij deze patiënt.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 17

Commentaar aios:

- Hier wordt verwezen naar een oude richtlijn (2014). De meest recente richtlijn op het gebied van clostridium infecties (feb 2018 Infectious disease society of America) schrijft voor dat metronidazol niet meer de eerste lijns keuze is maar wel vancomycine 4dd125mg (ook bij een niet ernstige infectie!). Verder adviseert deze nieuwe richtlijn bij een 1e recidief vancomycine indien de vorige behandeling met metronidazol is geweest:

“Treat a first recurrence of CDI with a standard 10-day course of vancomycin rather than a second course of metronidazole if metronidazole was used for the primary episode (weak recommendation, low quality of evidence).”

- o Antwoord D (vancomycine 4dd125mg 10 dagen) zou daarom ook goedgerekend moeten worden.
-
- Antwoord klopt nog volgens de richtlijn maar niet met huidige klinische praktijk. Metronidazol wordt steeds minder gebruikt. Vaak is de 1e behandeling al vancomycine en zeker bij een 1e recidief na metronidazol vancomycine of fidaxomycine

Oordeel voortgangstoetscommissie:

In dit geval volgen we de vigerende Nederlandse richtlijn, die voorschrijft dat bij een recidief de behandeling herhaald moet worden

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 18

Commentaar aios:

- Volgens mij (referentie hbv richtsnoer) hoort het antwoord C dus behandelen met tenofovir te zijn en niet het antwoord B. Hieronder kunt u de vraag lezen. Tevens de link naar de hbv richtsnoer.

<http://www.hbvrichtsnoer.nl/Behandeling%20nucleo%28s%29tide%20analogen.html>

- T.a.v. de kennistoets wil ik een opmerking plaatsen bij vraag 18, het antwoordmodel geeft antwoord B (entecavir) als juist echter is dit tegenstrijdig met het Nederlandse richtsnoer hepatitis B

Bron: <http://www.hbvrichtsnoer.nl/Behandeling%20nucleo%28s%29tide%20analogen.html>

- Er staat vast dat er een behandelindicatie is voor de hepatitis B MDRD van patiënt is 39 Volgens richtsnoer HBV hoofdstuk 6 puntje 6:
TAF heeft de voorkeur boven TDF en ETV bij een eGFR van 15-49.
Aangezien er geen onderscheid TAF en TDF in het antwoord staat is tenofovir in dit geval het goede antwoord.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

De commissie is van mening dat het commentaar van de aios terecht is. Er is in de vraag geen onderscheid gemaakt tussen tenofovir disoproxil fumarate (TDF) en tenofovir alafenamide (TAF). Dit levert verwarring op en derhalve komt deze vraag te vervallen.

Aanpassing:

Vraag komt te vervallen

**Ontvangen commentaren voortgangstoets aios MDL
19 november 2018 in de Jaarbeurs**

Vraag 19

Commentaar aios:

Meerdere antwoorden mogelijk. Ook volgens jullie bron <https://mdcalc.com/meld-score-model-end-stage-liver-disease-12-older>. Het natrium (sodium) doet namelijk ook mee in de berekening van de MELD score.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Het natrium doet alleen mee in de zogenaamde Na-MELD score, niet bij de berekening van de MELD score.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 21

Commentaar aios:

In de laatste ESGE richtlijn uit Gut van mei 2018 behoort een aankeurende nodus >5 mm ook tot de hoog risico stigmata en is een harde indicatie voor resectie. Het formaat van de nodus is nu niet beschreven, daarom zou antwoord D ook goedgekeurd moeten worden.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Icterus is in alle gevallen een hoog-risico stigma. Indien antwoord D correct zou zijn, zou de aanwezigheid van elke murale nodule (ongeacht te diameter) een indicatie zijn voor resectie. Dit is niet het geval.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 26

Commentaar aios:

Het goede antwoord staat er niet bij, dit moet namelijk zijn: OF zo snel mogelijk opereren OF alleen bij cholangitis of jeuk een metalen stent plaatsen.

De ESGE richtlijn waar naar gerefereerd wordt zegt het volgende:

3. Malignant extrahepatic biliary obstruction

3.1. Indications for biliary stenting

3.1.1. Preoperative biliary drainage:

RECOMMENDATION: ESGE recommends against routine preoperative biliary drainage in patients with malignant extrahepatic biliary obstruction; preoperative biliary drainage should be reserved for patients with cholangitis, severe symptomatic jaundice (e. g., intense pruritus), or delayed surgery, or for before neoadjuvant chemotherapy in jaundiced patients. Strong recommendation, moderate quality evidence.

RECOMMENDATION: ESGE recommends the endoscopic placement of a 10- mm diameter self-expandable metal stent (SEMS) for preoperative biliary drainage of extrahepatic malignant biliary obstruction* . Strong recommendation, moderate quality evidence.

Ik heb beredeneerd dat je in principe moet stenten bij cholangitis, jeuk of bili>250 (DROP trial). Aangezien deze patiënt een bili van 248 heeft (wat alleen maar zou doorstijgen) en ik iig geen plastic stent zou plaatsen, heb ik gekozen voor antwoord C.

* : Gut. 2016 Dec;65(12):1981-1987. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308762. Metal or plastic stents for preoperative biliary drainage in resectable pancreatic cancer.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Aios 1 beargumenteert volgens de commissie dat er in principe niet gestent moet worden, behalve bij cholangitis of ernstige jeuk. Dit komt o.i. overeen met antwoord A. Aios 2 beargumenteert dat je alleen moet stenten om dezelfde reden of indien het bilirubine >250 umol/L is. Dit is niet het geval. Patiënte kan dus direct geopereerd worden, zonder preoperatieve stenting.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 29

Commentaar aios:

Hier is in de vraagstelling geen goede terminologie gebruikt.

Er wordt gevraagd wat een gunstige prognostische factor is en niet welk feit ons in kan helpen in het nemen van de beslissing. Prognostische factoren die in de richtlijn genoemd worden zijn klinische, biologische én endoscopische remissie. Alhoewel er hier een grensgeval van biologisch remissie is (grens van calpro 300 afhankelijk van Lab), wordt de vraag hier niet als dusdanig gesteld dat er gekeken moet worden naar alle 3 factoren. En omdat er klinische remissie in de antwoorden staat en dat de enige gunstige “factor” is, is dat hier het juiste antwoord op de “vraag”. De lage infliximab spiegel is een gunstig gegeven! Bovendien word er niets vermeld over antistoffen wat voorstelbaar is bij de lage 6TG spiegel. En klinische ervaring leert dat bij sommige patiënten met een lage spiegel toch nog baat hebben, omdat na staken in die groep ook een snelle relaps te zien is.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Inderdaad kan de term “prognostisch” de aios op het verkeerde been zetten bij deze vraag; de vraag zou beter geformuleerd zijn geweest indien de term “prognostisch” weggelaten zou zijn geweest. Door de mogelijk verwarring zal antwoord D ook goedgekeurd worden.

Aanpassing:

Antwoord C en D worden beide goedgekeurd

Vraag 41

Commentaar aios:

Weliswaar voldoet patiënt wel aan de verwijscriteria voor AFAP/MAP en niet voor de verwijscriteria voor Lynch, toch lijkt mij de kans een stuk groter dat patiënt aan het syndroom van Lynch voldoet. Allereerst is de prevalentie van Lynch veel hoger, laat staan de prevalentie van niet gediagnosticeerde Lynch patiënten. Daarnaast is de kans dat patiënt had voldaan aan drie verschillende verwijscriteria voor Lynch naar de klinisch geneticus, had ze niet een coloscopie gehad, zo hoog dat verwijzing alsnog legitiem lijkt. Immers het intrinsieke risico op Lynch is niet afgenomen met het verwijderen van de adenomen.

A) heeft zij op haar 49e twee adenomen met HGD. De kans op CRC <50 was dus zeer aanzienlijk.

B) heeft ze twee 1e of 2e graads familieleden met een Lynch syndroom geassocieerde tumor <70 jaar. Als de HGD adenomen niet waren verwijderd, was de kans dat zij zelf CRC <70 zou ontwikkelen levensgroot. Dit maakt dus 3 Lynch syndroom geassocieerde tumoren <70.

C) De kans dat zij zelf metachrone CRC <70 jaar zou hebben ontwikkeld is met de 2 adenomen met HGD op 49 jaar natuurlijk ook levensgroot.

Al met al denk ik dat deze patiënt eerder Lynch heeft dan AFAP of MAP. Er bestaat helaas geen literatuur om deze argumentatie te onderbouwen. Ik ben zelf co-auteur van de richtlijn erfelijke darmkanker, misschien dus in ieder geval level IV evidence.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

De gedachtegang was dat het aantal adenomen te groot is voor een Lynch syndroom, maar de commissie kan zich voorstellen dat de aanwezigheid van het duodenumcarcinoom bij moeder (hetgeen een autosomaal recessief overervende ziekte onwaarschijnlijk maakt) en het opnemen van een autosomaal dominante en autosomaal recessieve aandoening in antwoord A tot hoofdbreken leidt bij het analyseren van deze familie anamnese. Antwoord C zal derhalve ook goed worden gerekend.

Aanpassing:

Antwoord A en C worden beiden goedgekeurd

Vraag 60

Commentaar aios:

- Er wordt in de vraag gesproken over ‘aanvullende gastroduodeno- en ileocolonoscopie laten geen afwijkingen zien’. Er wordt niet gesproken over het afnemen van eventuele biopten op coeliakie, noch van serologie op coeliakie. Naar mijn weten moet coeliakie eerst worden uitgesloten, derhalve lijkt antwoord A dan de beste optie (bij ontbreken uitsluiten coeliakie middels serologie). Een VCE wordt pas verricht als de ferriprievieve anemie persisteerd na het geven van ijzersuppletie, derhalve is antwoord D niet het goede antwoord.

Literatuur: Gut. 2011 Oct;60(10):1309-16. doi: 10.1136/gut.2010.228874. Epub 2011 May 11.

Guidelines for the management of iron deficiency anaemia.

Goddard AF1, James MW, McIntyre AS, Scott BB; British Society of Gastroenterology.

- Antwoord die gegeven wordt is videocapsule onderzoek, echter discussie blijft nog om stenose in dunne darm uit te sluiten middels MRI of een dummy oplosbare videocapsule, voordat een videocapsule onderzoek wordt verricht.
Bovendien zijn er nog academische centra in Nederland die geen capsule onderzoek doen en direct overgaan op enteroscopie.
Een bijkomstigheid van MRI dunne darm is dat eventuele tumoren toch ook zichtbaar op kunnen zijn waarop besloten kan worden om direct een enteroscopie te doen.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

De commissie is van mening dat het VCE onderzoek het beste antwoord is op deze vraag. Hoewel niet gegeven, zullen er (naar de commissie hoopt) bij een gastroduodenoscopie die wordt verricht naar aanleiding van een ijzergebreksanemie, door MDL-artsen in Nederland standaard biopten op coeliakie worden afgenomen. Het was wellicht beter geweest om expliciet te vermelden dat dit het geval was geweest. Bij patiënten waarbij er verdenking is op een mogelijke stenose (bijvoorbeeld bij M Crohn) is het verrichten van een patency capsule inderdaad gebruikelijk alvorens de VCE te doen. Bij patiënten waarbij er geen verdenking is op een stenose wordt dit niet routinematig gedaan. Op een MR enteroklyse zullen afwijkingen als angiodysplasieën worden gemist, en een pan-enteroscopie zonder dat er duidelijkheid is in welk deel van de dunne darm de mogelijke afwijkingen zich bevinden is wel een erg invasief onderzoek. De hoogte van het Hb was niet gegeven, bij een milde anemie zou de optie ijzer suppleren en afwachten te verdedigen zijn, maar deze optie werd niet geboden. De commissie blijft van mening dat van de gegeven antwoordopties antwoord D de beste keuze is.

Aanpassing:

Anwoordmodel handhaven

Vraag 73

Commentaar aios:

Richtlijn heelkunde diverticulitis 2018:

Aanbevelingen Een colonoscopie ter uitsluiting van een maligniteit lijkt niet geïndiceerd bij patiënten die *een episode* van ongecompliceerde diverticulitis hebben doorgemaakt.

Aanbeveling: Overweeg een colonoscopie te verrichten na een echo- of CT-bewezen, conservatief behandelde gecompliceerde diverticulitis (abces of perforatie), **bij patiënten met persisterende klachten** of anderszins een verdenking op maligniteit (alarmsymptomen als gewichtsverlies, microcytaire anemie of langduriger wisselend defaecatiepatroon etc.).

Bezwaar:

Aangezien patiënt een recidief diverticulitis doorgemaakt (weliswaar opnieuw ongecompliceerd) heb ik wel geïnterpreteerd als "persisterende klachten" en dus is een coloscopie wel zeker geïndiceerd (zie richtlijn hierboven). Dus antwoord B is ook goed.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Een tweede episode van ongecompliceerde diverticulitis, die (evenals de eerste) tot een volledig verdwijnen van de klachten heeft geleid, is niet hetzelfde als "persisterende klachten". Een coloscopie wordt in deze patiëntengroep niet aanbevolen.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 76

Commentaar aios:

Hier zou mijn interne opleider zeggen: "it's jumping to conclusion"

Er wordt hier alleen maar leverenzymen en Ferritine opgegeven en GEEN ENKEL kenmerk van het metabool syndroom. Het is ook bekend dat NAFLD ook zonder metabool syndroom kan voorkomen, dus vanwaar het metabool syndroom?

Eigenlijk is geen enkel antwoord hier goed.

In vergelijking met vraag 90 worden wel de kenmerken van metabool syndroom gegeven.

Dit is een slechte vraag en zou moeten vervallen.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Er wordt gevraagd naar de meest waarschijnlijke verklaring, m.a.w., wat hoort er bovenaan in de differentiaal diagnose te staan. Dat is iets anders dan "jumping to conclusions". De ferritine waarde is te laag om direct te denken aan een hemochromatose, vandaar dat antwoord A en B niet correct is. Evenmin leidt de consumptie van vitamine C-rijke vruchten tot een dergelijk ijzerspectrum.

Inderdaad is het zo dat NAFLD ook kan voorkomen zonder metabool syndroom en dat ook in dergelijke patiënten de weergegeven verstoring in het ijzerspectrum kan worden gezien. Aangezien de andere antwoorden evident onjuist zijn, maakt het dat antwoord C nog steeds het beste antwoord is op deze vraag.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 77

Commentaar aios:

Waarom niet eerst een uitgangs echo om evt cirrose zonder nog evidente leverchemiestoornis uit te sluiten!

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Gezien de normale leverbiochemie is er geen reden voor beeld vorming, zeker gezien het feit dat de AMA abusievelijk is bepaald. Dit maakt de a-priori kans op afwijkingen nog lager. Volledig normale levertesten vergen geen echo.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 84

Commentaar aios:

- Volgens mij moet het goede antwoord D zijn, een gastroscopie. Het is op dit punt in de vraag nog niet duidelijk of het een subepitheliale of mucosale laesie is. Dan is het volgens mij in eerste instantie aangewezen om te kijken of het een mucosale afwijking betreft waar je eenvoudig bipten van kan nemen.
- 2 antwoorden mogelijk. Bij een mogelijke laesie van de maag is de eerste stap naar mijn weten altijd eerst een gastroscopie om de maag inspecteren en te beoordelen of de laesie in de maag zichtbaar is en om te beoordelen of het een subepitheliale afwijking betreft. Dan kan vervolgens eventueel tijdens dezelfde sessie een EUS worden gedaan.
- Endo-echo wordt als antwoord gegeven. Hier zou mijn interne opleider hebben gezegd: "als een hamer je enigste gereedschap is, is alles wat je ziet een spijker".
Er wordt al gezegd in de CT dat de afwijking WAARSCHIJNLIJK uitgaat van de maagwand.
Men zou eerst in de maag moeten kijken en beoordelen of het in de maag te zien is, wat het aspect is (inderdaad bol) en of slijmvlies intact is of niet, of er toch niet een necrotische massa wat misschien doorgroeit. Indien dat niet het geval is, is een EUS een volgende stap. De AIOS moet geleerd worden om te differentiëren en niet gelijk aan 1 diagnose te denken.
Alhoewel met EUS ook gekeken wordt moet dat ook gezien worden als gastroscopie.
- Een CT-abdomen is onbetrouwbaar om afwijkingen van de maag goed te differentiëren, vandaar ook de beschrijving 'waarschijnlijk uitgaande van de maagwand'.
Met nog een zeer brede DD is een gastroscopie als 1^e onderzoek geïndiceerd, misschien is er wel sprake van een inflammatoire poliep, een drogbeeld of voedselresten, waarbij het elegant zou zijn om na de gastroscopie zo nodig direct een endo-echo te verrichten.

De meest aangewezen vervolgstap is dan ook een gastroscopie, antwoord D, met zo nodig een endo-echo.

NB met de endo-echo scoop eerst 'op het zicht' de maag beoordelen telt wat mij betreft als een gastroscopie als 1^e stap. Daarbij is de endoscopische beeldkwaliteit van een endo-echo scoop niet altijd even optimaal.

Oordeel voortgangstoetscommissie:

De beschreven afwijking is bolrond en waarschijnlijk uitgaande van de maagwand, hetgeen niet past bij bijvoorbeeld een maagcarcinoom. Het zou onjuist zijn om bij deze patiënt een gastroscopie aan te vragen, met een zeer grote voorafkans dat er slechts een impressie van een (tenminste) submucosaal gelegen afwijking gezien zou worden, en de patiënt vervolgens opnieuw in te plannen voor een endo-echografie. Het vervolgonderzoek dat primair aangevraagd dient te worden bij een dergelijke afwijking op de CT-scan is een endo-echografie.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven

Vraag 99

Commentaar aios:

Meerdere antwoorden mogelijk.

CMV reactivatie is beschreven bij niertransplantatie en ciclosporine gebruik.

Coeliakie kan ook deze waarden geven. Coeliakie hoeft niet gepaard te gaan met gewichtsverlies (en ook niet met diarree).

Oordeel voortgangstoetscommissie:

Coeliakie wordt minder waarschijnlijk geacht, gezien de klinische context en de relatie tussen de dosering van de immuunsuppressie en de laboratoriumafwijkingen. CMV serologie gaat waarschijnlijk ook niet helpen, aangezien de kans zeer groot is dat er sprake is van een doorgemaakte CMV. Hoewel reactivatie van CMV inderdaad een probleem kan zijn bij het gebruik van immuunsuppressie, zou in dit geval een PCR (load) bepaling zinvol zijn en zou serologie minder behulpzaam zijn. Vandaar dat antwoord E, een hepatitis E PCR, het meest aangewezen lijkt van de gegeven antwoorden.

Aanpassing:

Antwoordmodel handhaven