

**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Een vrouw van 35 jaar met cystic fibrosis (CF) waarvoor ze wordt behandeld met ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor (Kaftrio), komt bij u op de poli. Ondanks dat haar familieanamnese negatief is voor coloncarcinoom is ze bang voor colorectaal carcinoom (CRC). Ze vraagt of ze in verband met haar cystic fibrosis een verhoogd risico heeft op CRC en wat in haar geval het aangewezen beleid ten aanzien van CRC-screening is?

Wat is het meest juiste antwoord op de vraag van patiënte?

- A. Patiënte heeft door haar cystic fibrosis geen verhoogd risico op CRC; vanaf 55 jaar deelname aan bevolkingsonderzoek
- B. Patiënte heeft geen verhoogd risico op CRC vanwege ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor (Kaftrio) gebruik; vanaf 55 jaar deelname aan bevolkingsonderzoek
- C. Patiënte heeft verhoogd risico op CRC; colonscreening 40 jaar
- D. Patiënte heeft verhoogd risico op CRC; colonscreening vanaf 50 jaar

**Codering: 2025-01**

**Juiste antwoord:**

- C. Patiënte heeft verhoogd risico op CRC; colonscreening 40 jaar.

**Literatuur:** FMS Kwaliteitsstandaard "Cystic Fibrosis"

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard\\_cystic\\_fibrosis\\_cf/screening\\_op\\_maligniteiten\\_bij\\_cf.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_cystic_fibrosis_cf/screening_op_maligniteiten_bij_cf.html)



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Bij een gezonde 60-jarige vrouw is een EFTR in het sigmoïd verricht van een pT1 carcinoom, R0 met (lymf)angioinvasie. Het risico op lymfekliermetastase wordt geschat op 5-15%.

Wat is het aangewezen vervolg beleid volgens de Nederlandse richtlijn Colorectaal carcinoom?

- A. Actieve follow-up met alleen endoscopie
- B. Actieve follow-up met een combinatie van CEA, CT- Abdomen en endoscopie.
- C. Complementerende oncologische sigmoïdrectie

**Codering: 2025-02**

**Juiste antwoord:**

**B. Actieve follow-up met een combinatie van CEA, CT- Abdomen en endoscopie.**

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Colorectaal Carcinoom" 2025

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal\\_carcinoom\\_crc/follow-up\\_bij\\_crc/follow-up\\_na\\_lokale\\_behandeling\\_t1\\_cc.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/follow-up_bij_crc/follow-up_na_lokale_behandeling_t1_cc.html)



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Bij een 66-jarige man vindt u bij gastroscopie een C3M4 Barrett oesofagus. U ziet geen afwijkingen verdacht voor dysplasie in het Barrett segment en uit de random genomen biopten volgens Seattle protocol blijkt er geen sprake van dysplasie. Er is geen belaste familieanamnese voor slokdarmkanker.

Wat is het meest aangewezen vervolgsbeleid ten aanzien van endoscopische surveillance volgens de Nederlands richtlijn Barret oesofagus?

- A. Endoscopische surveillance na 1 jaar
- B. Endoscopische surveillance na 3 jaar
- C. Endoscopische surveillance na 5 jaar
- D. Expectatief beleid; geen endoscopische surveillance

**Codering: 2025-03**

**Juiste antwoord:**

- D. Expectatief beleid; geen endoscopische surveillance

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Barrett Oesofagus" 2025



### **Categorie 1: MDL-oncologie**

#### **Vraag:**

Tijdens een bevolkingsonderzoeks-coloscopie bij een 57-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis en een negatieve familie anamnese voor colorectaal carcinoom wordt een 5 cm grote poliep in het distale rectum gezien met de volgende kenmerken: Paris Ila+Is, lateral spreading tumor (LST)-granular nodular mixed en Hiroshima B.

Wat is het aangewezen beleid?

- A. Er wordt een afspraak gemaakt voor een vervolg-coloscopie met endoscopische mucosale resectie (EMR)
- B. Er wordt een afspraak gemaakt voor een vervolg-coloscopie met endoscopische submucosale dissectie (ESD)
- C. Er volgt een MRI-rectum. Als de MRI geen kenmerken toont van invasieve groei of pathologische klieren, volgt een coloscopie met endoscopische mucosale resectie (EMR)
- D. Er volgt een MRI-rectum. Als de MRI geen kenmerken toont van invasieve groei of pathologische klieren, volgt een coloscopie met endoscopische submucosale dissectie (ESD)

**Codering: 2025-04**

#### **Juiste antwoord:**

**B. Er wordt een afspraak gemaakt voor een vervolg-coloscopie met endoscopische submucosale dissectie (ESD)**

**Literatuur:** FMS Richtlijn “Poliepectomie van het rectum en colon” 2022

([https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/poliepectomie\\_van\\_het\\_rectum\\_en\\_colon/sessiele\\_en\\_vlakke\\_poliepen\\_20\\_mm\\_bij\\_poliepectomie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/poliepectomie_van_het_rectum_en_colon/sessiele_en_vlakke_poliepen_20_mm_bij_poliepectomie.html))

ESGE Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: ESGE Guideline – Update 2024 ([https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2024\\_a-2304-3219.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2024_a-2304-3219.pdf))

Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: ESGE guideline – Update 2022 ([https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2022\\_a-1811-7025.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2022_a-1811-7025.pdf))



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Een 56-jarige man met een C5M7 Barrett oesofagus ondergaat een endoscopische submucosale dissectie (ESD) van een zichtbare laesie in het Barrett slijmvlies. De PA-uitslag van het resectiepreparaat is: goed gedifferentieerd pT1a adenocarcinoom. Lymfe- en angioinvasie: niet aanwezig. Zijsnijvlakken: vrij. Basale snijvlak: vrij.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Aanvullende oesofagus-cardia resectie
- B. Aanvullende stadiëring middels PET-CT thorax/abdomen
- C. Adjuvante chemo-radiotherapie Gastroscopie over 3 jaar
- D. Radiofrequente ablatie (RFA) van het resterende Barrett slijmvlies

**Codering: 2025-05**

**Juiste antwoord:**

- D. Radiofrequente ablatie (RFA) van het resterende Barrett slijmvlies

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Barrett oesofagus" – revisie 2025

([https://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/Richtlijn\\_Barrett-Oesofagus -  
\\_TrackChanges\\_12\\_03\\_2025.pdf?u=1e7ckZ](https://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/Richtlijn_Barrett-Oesofagus_-_TrackChanges_12_03_2025.pdf?u=1e7ckZ))

ESGE Diagnosis and management of Barrett esophagus: ESGE Guideline

([https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2023\\_a-2176-2440.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2023_a-2176-2440.pdf))



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Een gezonde 64-jarige vrouw ondergaat een coloscopie in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Hierbij wordt een sessiele serrated lesie van 8mm met laaggradige dysplasie en bloc verwijderd uit het colon ascendens.

Wat is het aangewezen beleid?

- A. Coloscopie over 1 jaar
- B. Coloscopie over 3 jaar
- C. Coloscopie over 5 jaar
- D. Terugverwijzing naar bevolkingsonderzoek

**Codering: 2025-06**

**Juiste antwoord:**

- B. Coloscopie over 3 jaar**

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Coloscopie surveillance" 2022



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Lynch syndroom wordt veroorzaakt door een kiembaan mutatie in één van de mismatch repair genen. Bij een mutatie in één van deze vier genen is de kans op colorectaal carcinoom aanzienlijk lager dan bij aanwezigheid van een mutatie in één van de andere drie genen.

Bij een mutatie in welk mismatch repair gen bij het Lynch syndroom is de kans op het ontwikkelen van colorectaal carcinoom het laagst?

- A. MLH1
- B. MSH2
- C. MSH6
- D. PMS2

**Codering: 2025-07**

**Juiste antwoord:**

- D. PMS2

**Literatuur:** FMS richtlijn “Erfelijke darmkanker” 2015

Richtlijn Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren

<https://vkgn.stoet.nl/>



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Bij een vitale 67-jarige man met voorheen blanco voorgeschiedenis wordt een cT3N1M0 maagcarcinoom vastgesteld. Hij komt in aanmerking voor een in opzet curatieve behandeling.

Welke behandeling wordt, naast resectie, volgens de richtlijn geadviseerd voor deze patiënt?

- A. Adjuvante radiotherapie
- B. Intra-operatieve peritoneale chemotherapie
- C. Neo-adjuvante chemoradiotherapie
- D. Perioperatieve chemotherapie

**Codering: 2025-08**

**Juiste antwoord:**

- D. Perioperatieve chemotherapie

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Maagcarcinoom" 2024



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

De huisarts belt u voor advies aangaande een vrouw van 39 jaar met een familiale belasting voor colorectaal carcinoom (CRC). Haar vader kreeg op 65-jarige leeftijd de diagnose colorectaal carcinoom en haar broer op 51-jarige leeftijd. Er is geen wens tot klinisch genetisch onderzoek.

Wat is nu het meest aangewezen advies betreffende CRC screening?

- A. Coloscopie nu verrichten
- B. Colonoscopie op 45-jarige leeftijd en daarna elke 2 jaar
- C. Colonoscopie op 45-jarige leeftijd en daarna elke 5 jaar
- D. Meedoen aan bevolkingsonderzoek vanaf 55-jarige leeftijd

**Codering: 2025-09**

**Juiste antwoord:**

- C. Colonoscopie op 45-jarige leeftijd en daarna elke 5 jaar

**Literatuur:** FMS richtlijn "Erfelijke darmkanker" 2015  
Richtlijn Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Op uw spreekuur komt een 23-jarige man waarbij recent een Lynch syndroom (MLH-1 mutatie) is vastgesteld. Dit omdat zijn moeder eveneens deze diagnose heeft gekregen na een operatief verwijderd endometriumcarcinoom.

Wat is uw advies ten aanzien van het verrichten van colonoscopieën?

- A. Colonoscopie nu verrichten en daarna elke 2 jaar
- B. Colonoscopie nu verrichten en daarna elke 5 jaar
- C. Colonoscopie vanaf 25 jaar en daarna elke 2 jaar
- D. Colonoscopie vanaf 25 jaar en daarna elke 5 jaar
- E. Colonoscopie vanaf 45 jaar en daarna elke 2 jaar
- F. Colonoscopie vanaf 45 jaar en daarna elke 5 jaar

**Codering: 2025-10**

**Juiste antwoord:**

- C. Colonoscopie vanaf 25 jaar en daarna elke 2 jaar

**Literatuur:** FMS richtlijn "Erfelijke darmkanker" 2015 en STOET richtlijn



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Op je spreekuur zie je een vrouw van 42 jaar met een nieuw vastgesteld Barrett oesofagus C2M3. Er zijn biopten volgens Seattle protocol genomen waarin geen dysplasie wordt gevonden. Vader van patiënte is op 60-jarige leeftijd overleden aan een oesofaguscarcinoom.

Wat is het aangewezen beleid ten aanzien van Barrett surveillance volgens de Nederlandse richtlijn?

- A. Eenmalige surveillance gastroscopie op 55-jarige leeftijd
- B. Surveillance gastroscopie 1x per jaar
- C. Surveillance gastroscopie 1x per 3 jaar
- D. Surveillance gastroscopie 1x per 5 jaar

**Codering: 2025-11**

**Juiste antwoord:**

- C. Surveillance gastroscopie 1x per 3 jaar

**Literatuur:** [FMS Richtlijn "Barrett oesofagus" – revisie 2025](#)



**Categorie 1: MDL-oncologie**

**Vraag:**

Een vrouw met een niet te passeren rectosigmoidtumor ondergaat een curatieve chirurgische resectie. Zes maanden post-operatief ondergaat zij een volledige coloscopie. Hierbij worden proximaal nog 2 laagrisico poliepen gevonden en verwijderd.

Wanneer dient, volgens de Nederlandse richtlijn, de eerstvolgende surveillance coloscopie gepland te worden?

- A. 1 jaar na de index coloscopie (i.e. de scopie waarbij de rectosigmoid tumor werd gediagnosticeerd)
- B. 1 jaar na de laatste coloscopie
- C. 3 jaar na de index coloscopie (i.e. de scopie waarbij de rectosigmoid tumor werd gediagnosticeerd)
- D. 3 jaar na de laatste coloscopie
- E. 5 jaar na de index coloscopie (i.e. de scopie waarbij de rectosigmoid tumor werd gediagnosticeerd)
- F. 5 jaar na de laatste coloscopie

**Codering: 2025-12**

**Juiste antwoord:**

- B. 1 jaar na de laatste coloscopie**

**Literatuur:** [FMS richtlijn "Coloscopie Surveillance"2022](#)



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

**Vraag:**

Welke van de volgende medicijnen is gecontra-indiceerd tijdens de zwangerschap?

- A. Adalimumab
- B. Azathioprine
- C. Mesalazine
- D. Upadacitinib

**Codering: 2025-13**

**Juiste antwoord:**

- D. Upadacitinib

**Literatuur:** European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation Journal of Crohn's and Colitis, Volume 17, Issue 1, January 2023, Pages 1–27,

<https://doi.org/10.1093/ecco-icc/ijac115>

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/u/upadacitinib#zwangerschap>



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

**Vraag:**

Een 23-jarige man met de ziekte van Crohn komt naar uw spreekuur. Zijn ziekte was in remissie met infliximab, maar patient is hiermee gestopt vanwege een door infliximab geïnduceerde ernstige psoriasis palmoplantaris, die inmiddels is verdwenen. Hij presenteert zich met een opvlamming met diarree en buikpijn.

Wat is nu meest aangewezen beleid ten aanzien van de behandeling van de ziekte van Crohn gezien zijn psoriasis palmoplantaris ?

- A. Adalimumab starten
- B. Etrolizumab starten
- C. Secukinumab starten
- D. Ustekinumab starten

**Codering: 2025-14**

**Juiste antwoord:**

- D. Ustekinumab starten**

**Literatuur:** ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease

Journal of Crohn's and Colitis, Volume 18, Issue 1, January 2024, Pages 1–37,

<https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijad108>



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

**Vraag:**

Welke van de volgende parameters zijn allen onderdeel van de Montreal classificatie voor de ziekte van Crohn?

- A. Genetische markers, serologische markers en familieanamnese
- B. Leeftijd bij diagnose, ziekte lokalisatie, ziekte fenotype
- C. Voedingsstatus, rookgedrag, chirurgische voorgeschiedenis
- D. Ziekte duur, aanwezigheid van extra-intestinale manifestaties, therapierespons

**Codering: 2025-15**

**Juiste antwoord:**

- B. Leeftijd bij diagnose, ziekte lokalisatie, ziekte fenotype**

**Literatuur:** Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease. Lancet. 2024 Mar 23;403(10432):1177-1191. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02586-2. Epub 2024 Mar 1. PMID: 38437854.



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

**Vraag:**

Een 20-jarige man komt op de poli. Hij is bekend met colitis ulcerosa. Momenteel is er sprake van actieve ziekte met bij recente coloscopie het beeld van een linkszijdige colitis, MAYO 2. Laboratoriumonderzoek is als volgt:

Hemoglobine 6.8 mmol/l

MCV 82 fl

IJzer: 10 umol/l (10-25)

IJzerbindingscapaciteit: 40 umol/l (45-80)

Transferrineverzadiging: 12% (20-55)

Transferrine: 2.4 g/l (2.0-4.1)

Ferritine: 80 ug/l (10-150)

Wat is het aangewezen beleid ten aanzien van de anemie?

- A. Expectatief beleid; Geen indicatie voor ijzersuppletie
- B. Intraveneuze ijzersuppletie
- C. Orale ijzersuppletie
- D. Zowel orale als intraveneuze ijzertherapie

**Codering : 2025-16**

**Juiste antwoord:**

- B. Intraveneuze ijzersuppletie**

**Literatuur:** Hannah Gordon, Johan Burisch, Pierre Ellul, et al., ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 18, Issue 1, January 2024, Pages 1–37



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

**Vraag:**

Een patiënt met een actieve colitis ulcerosa blijkt ook een axiale spondylartritis te hebben.

Welke van de volgende geneesmiddelen is in dit geval het meest aangewezen om beide ziekten te behandelen ?

- A. Infliximab
- B. Methotrexaat
- C. Ozanimod
- D. Vedolizumab

**Codering: 2025-17**

**Juiste antwoord:**

- A. Infliximab**

**Literatuur:** Gordon H, et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 18, Issue 1, January 2024, Pages 1–37



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

**Vraag:**

Een 29-jarige vrouw heeft een ileitis terminalis op basis van ziekte van Crohn en is medicatie naïef. Ze ondergaat een ileocecaal resectie. Na 6 maanden wordt een ileocoloscopie verricht waarbij 10 aften worden gezien in het neoterminal ileum. De anastomose ziet er rustig uit. Ze heeft geen klachten.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Coloscopie herhalen over 6 maanden
- B. Expectatief beleid, geen extra controle
- C. Start anti-TNF
- D. Start entocort

**Codering: 2025-18**

**Juiste antwoord:**

- C. Start anti-TNF

**Literatuur:** Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Bey1st, Kerremans R, Hide M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology*. 1990;99:956-63

Bak, Michiel T.J. et al. Prognostic Value of the Modified Rutgeerts Score for Long-Term Outcomes After Primary Ileocecal Resection in Crohn's Disease. *The American Journal of Gastroenterology* 119(2):p 306-312, February 2024. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000002509

AGA guideline Management of CD after resection <https://gastro.org/clinical-guidance/management-of-crohns-disease-after-surgical-resection/>

Hanzel et al. Contemporary Management of Postoperative Crohn's Disease after Ileocolonic Resection, *J Clin Med* 2022 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36431223/>



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

**Vraag:**

De etiologie van inflammatory bowel disease (IBD) is multifactorieel en onvoldoende begrepen. Genetische- en omgevingsfactoren spelen hierbij een rol.

Welke (omgevings-)factor wordt gezien als een risicofactor voor het ontwikkelen van IBD?

- A. Antibioticagebruik op jonge leeftijd
- B. Het drinken van koffie
- C. Het hebben of hebben doorgemaakt van een *Helicobacter Pylori* infectie
- D. Het hebben van huisdieren

**Codering: 2025-19**

**Juiste antwoord:**

- A. Antibioticagebruik op jonge leeftijd

**Literatuur:** Chhibba et al. Environmental risk factors of inflammatory bowel disease: toward a strategy of preventative health <https://academic.oup.com/ecco-icc/advance-article/doi/10.1093/ecco-icc/jjaf042/8069031>

Wu et al. Risk factors for inflammatory bowel disease: an umbrella review. Front Cell Infect Microbio. 2025 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11802543/>



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

### **Vraag:**

Een 19-jarige man, bekend met colitis ulcerosa heeft een ernstige opvlamming met 15 keer per dag bloederige dunne ontlasting. Bacteriele fecestesten zijn negatief. Bij sigmoidoscopie wordt een ernstige colitis gezien en hij wordt behandeld met hoge dosis prednison gedurende 3 dagen. U vraagt zich af of hij een indicatie heeft voor subtotale colectomie.

Welke van onderstaande opties voorspelt de kans op subtotale colectomie bij ernstige colitis ulcerosa?

- A. Colitis activity index (CAI)
- B. Harvey-Bradshaw Index (HBI)
- C. MAYO score
- D. Travis criteria
- E. Truelove-Witts classification

**Codering: 2025-20**

### **Juiste antwoord:**

- D. Travis criteria**

**Literatuur:** Zheng et al. Predictors for colectomy in patients with acute severe ulcerative colitis: a systematic review and meta-analysis BMJ Open 2024

<https://bmjopengastro.bmj.com/content/11/1/e001587>



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

**Vraag:**

Een man van 35 jaar heeft 9 jaar geleden de diagnose colitis ulcerosa gekregen. 5 jaar geleden werd hij ook gediagnosticeerd met primair scleroserende cholangitis (PSC). Zijn ziekte is endoscopisch in remissie met mesalazine, er zijn geen post-inflammatoire poliepen en er is nooit dysplasie in zijn colon aangetoond.

Welk colon surveillance interval dient in dit geval te worden toegepast?

- A. Elke 2 jaar
- B. Elke 3 jaar
- C. Elke 5 jaar
- D. Jaarlijks

**Codering: 2025-21**

**Juiste antwoord:**

- D. Jaarlijks**

**Literatuur:** ECCO Guidelines on Inflammatory Bowel Disease and Malignancies | Journal of Crohn's and Colitis | Oxford Academic



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

**Vraag:**

Een 19-jarige man met recent gediagnosticeerde milde tot matige ziekte van Crohn in het terminale ileum bezoekt de IBD-polikliniek. Hij is gestart met inductietherapie met budesonide en zal binnenkort beginnen met onderhoudsbehandeling met azathioprine monotherapie. Hij vraagt naar het risico op maligniteiten bij gebruik van thiopurines.

Welke van de volgende maligniteiten komt aantoonbaar vaker voor bij IBD-patiënten die behandeld worden met thiopurines?

- A. Borstkanker en niet-melanoma huidkanker
- B. Lymfoproliferatieve aandoeningen en niet-melanoma huidkanker
- C. Melanoom en longkanker
- D. Myeloproliferatieve aandoeningen en melanoom

**Codering: 2025-22**

**Juiste antwoord:**

- B. Lymfoproliferatieve aandoeningen en niet-melanoma huidkanker

**Literatuur:** ECCO Guidelines on Inflammatory Bowel Disease and Malignancies 2022

<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/17/6/827/6931718>



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

**Vraag:**

Een 69-jarige vrouw met colitis ulcerosa heeft een exacerbatie onder goed gedoseerde ustekinumab. Bij coloscopie is er sprake van een Mayo 3 colitis. Haar medische voorgeschiedenis vermeldt eerder falen op azathioprine, infliximab en vedolizumab. In overleg met patiënte besluit u upadacitinib te starten. U licht haar in over de belangrijkste bijwerkingen en risico's van dit middel.

Voor welk risico dient de patiënt in dit geval te worden gewaarschuwd deze patiënte?

- A. Gewrichtsklachten
- B. Haaruitval
- C. Herpes zoster
- D. Melanoom

**Codering: 2025-23**

**Juiste antwoord:**

- C. Herpes zoster

**Literatuur:** [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl) (medicatieleidraad upadacitinib)

Aliment Pharmacol Ther. 2023 Mar;57(6):666-675

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/u/upadacitinib#bijwerkingen>



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

**Vraag:**

U wilt een 18-jarige vrouw met IBD behandelen met azathioprine en infliximab. Zij geeft te kennen dat zij het volgende jaar dolgraag een reis wil maken naar Oeganda, maar leest op de website dat vaccinatie voor gele koorts verplicht is.

Wat is het aangewezen beleid ten aanzien van gele koorts vaccinatie en behandeling met azathioprine en infliximab?

- A. Starten vaccineren gele koorts daarna minstens 4 weken wachten met start immuunsuppressiva
- B. Starten vaccineren gele koorts en azathioprine daarna minstens 4 weken wachten met start infliximab
- C. Starten vaccineren gele koorts en gelijktijdig starten met infliximab en azathioprine
- D. Starten vaccineren gele koorts en infliximab daarna minstens 4 weken wachten met start azathioprine

**Codering: 2025-24**

**Juiste antwoord:**

- A. Starten vaccineren gele koorts daarna minstens 4 weken wachten met start immuunsuppressiva

**Literatuur:** RIVM richtlijn "Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen"

<https://immunostart.nl/vaccinatie/#reisvaccinaties>



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

**Vraag:**

Het Crohn's disease Exclusion Diet (CDED) wordt steeds vaker toegepast bij patiënten met de ziekte van Crohn.

Wat is het belangrijkste doel van CDED?

- A. Het beperken van specifieke voedingscomponenten die de darmbarrière en microbiotica negatief beïnvloeden
- B. Het maximaliseren van de calorische inname om ondervoeding te voorkomen
- C. Het uitsluiten van alle dierlijke eiwitten om ontstekingsactiviteit te verminderen
- D. Het verhogen van de inname van oplosbare vezels om de darmflora te normaliseren

**Codering: 2025-25**

**Juiste antwoord:**

- A. Het beperken van specifieke voedingscomponenten die de darmbarrière en microbiotica negatief beïnvloeden

**Literatuur:** Successful Dietary Therapy in Paediatric Crohn's Disease is associated with Shifts in Bacterial Dysbiosis and Inflammatory Metabotype Towards Healthy Controls – J Crohns Colitis 2023

Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial – Gastroenterology 2019



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

**Vraag:**

Een 23-jarige vrouw met de ziekte van Crohn presenteert zich 1 week na een reis naar Turkije op de spoedeisende hulp met sinds 5 dagen bloederige diarree. Zij heeft hoge koorts (39.7 graden Celsius), tot 15 keer per dag bloederige ontlasting met flinke krampen en een CRP van 177 mg/L. Zij braakt sinds 3 dagen niet meer. Voor de ziekte van Crohn wordt ze behandeld met azathioprine 1 dd 100 mg en infliximab 5 mg/kg per 8 weken. Er wordt gedacht aan acute infectieuze diarree.

Wat is het aangewezen beleid volgens SWAB (Stichting Werkgroep Antibioticabeleid) richtlijn?

- A. Amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 1200 mg IV gedurende 5 dagen
- B. Azitromycine 1 dd 500 mg per os gedurende 3 dagen
- C. Ciprofloxacin 2 dd 500 mg per os gedurende 5 dagen
- D. Erytromycine 4 dd 500 mg IV en ceftriaxon 1 dd 2gr IV gedurende 5 dagen

**Codering: 2025-26**

**Juiste antwoord:**

- B. Azitromycine 1 dd 500 mg gedurende 3 dagen**

**Literatuur:** SWAB richtlijn 2023

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

**Vraag:**

Een 35-jarige vrouw afkomstig uit Syrië presenteert zich met aspecifieke buikklachten. Op echo abdomen wordt in de lever een 7cm ovale hypodense afwijking met enkele “dochtercysten” (honeycomb patroon) gezien.

Wat is nu de waarschijnlijkheidsdiagnose?

- A. Amoeben abces lever
- B. Caverneus hemangioom
- C. *Echinococcus cyste*
- D. *Schistosomiasis*

**Codering: 2025-27**

**Juiste antwoord:**

- C. *Echinococcus cyste*

**Literatuur:** Echinokokkose | LCI richtlijnen

Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics. 2000;20(3):795–817



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

**Vraag:**

Een vrouw van 23 jaar meldt zich na een vakantie in Tanzania op de eerste hulp in verband met koorts en pijn in rechter bovenbuik. CT-scan toont een beeld van peri-hepatitis.

Wat is de meest waarschijnlijke verwekker van dit klinische beeld?

- A. *Ascaris*
- B. *Chlamydia Trachomatis*
- C. *Clostridioides Difficile*
- D. *Hepatitis B virus*
- E. *Hepatitis E virus*
- F. *Plasmodium Falciparum*

**Codering: 2025-28**

**Juiste antwoord:**

- B. *Chlamydia Trachomatis*

**Literatuur:** Fitz-Hugh-Curtis Syndrome

Hajira Basit 1, Alexander Pop 2, Ahmad Malik 3, Sandeep Sharma 4

In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.

2023 Jul 3.



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

**Vraag:**

Een 38-jarige man heeft sinds enkele dagen bloederige diarree met initieel ook koorts. De verdere anamnese is niet bijdragend, behalve dat hij vertelt dat hij wisselende seksuele contacten heeft met mannen (MSM-contacten).

Welke gastro-intestinale infectie is geassocieerd met MSM-contact?

- A. *Campylobacter spp.*
- B. *Salmonella spp.*
- C. *Shigella spp.*
- D. *Yersinia spp.*

**Codering: 2025-29**

**Juiste antwoord:**

- C. *Shigella spp.*

**Literatuur:** Pijnacker R. et al, Rapportage pilot surveillance Shigella spp. op basis van whole genome sequencing, RIVM Rapport 2022-0062, 2022

Braam JF et al., Shigella is common in symptomatic and asymptomatic men who have sex with men visiting a sexual health clinic in Amsterdam, Sex Transm Infect. 2022 Dec;98(8):564-569



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

**Vraag:**

Een 48-jarige vrouw zonder relevante medische voorgeschiedenis ontwikkelt na een antibiotica kuur vanwege een ongecompliceerde urineweginfectie een *Clostridioides difficile* infectie waarvoor zij met succes wordt behandeld met vancomycine 4 dd 250 mg per os gedurende 10 dagen. Zes weken na afronden van de kuur wordt een recidief aangetoond, waarbij zij ook weer fors diarree heeft zonder dat er systemische ziekteverschijnselen zijn.

Wat is nu de meest aangewezen behandeling?

- A. Faecetransplantatie
- B. Fidaxomicine 2 dd 200 mg per os gedurende 10 dagen
- C. Metronidazol 3 dd 500 mg per os gedurende 10 dagen
- D. Vancomycine intraveneus op geleide van spiegelbepalingen

**Codering: 2025-30**

**Juiste antwoord:**

- B. Fidaxomicine 2 dd 200 mg per os gedurende 10 dagen

**Literatuur:** SWAB richtlijn antimicrobiële therapie voor acute infectieuze diarree 2023.



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

**Vraag:**

Een 64-jarige man presenteert zich met pijn in de buik, een temperatuur van 38.1 graden Celsius en een veranderd ontlastingspatroon. Een CT toont het beeld van een diverticulitis, met een duidelijke verdikte wand van het sigmoid en infiltratieve afwijkingen in het omliggende vet.

Wat is het aangewezen beleid?

- A. Antibiotica
- B. Expectatief beleid
- C. Radiologisch aanprikken van de flegmone en antibiotica
- D. Resectie van het ontstoken sigmoid

**Codering: 2025-31**

**Juiste antwoord:**

- B. Expectatief beleid**

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Acute diverticulitis" 2018



**Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:**

Een 60-jarige man met gedecompenseerde alcoholische levercirrose, Child Pugh B, wordt opgenomen met buikpijn bij ascites. Er wordt een diagnostische ascitespunctie verricht waarbij er een spontane bacteriële peritonitis (SBP) blijkt te zijn en antibiotica en albumine worden gestart. Hij heeft zuurbrandklachten en je besluit deze te behandelen.

Welk medicament is in dit geval gecontra-indiceerd?

- A. Esomeprazol
- B. Famotidine
- C. Pantoprazol
- D. Rabeprazol

**Codering: 2025-32**

**Juiste antwoord:**

- C. Pantopazol

**Literatuur:** [www.Geneesmiddelenbijlevercirrose.nl](http://www.Geneesmiddelenbijlevercirrose.nl)



**Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:**

Een 58-jarige man met een blanco voorgeschiedenis ondergaat in verband met chronische dyspepsie een gastroscopie waarbij het beeld wordt gezien van een atrofisch aspect van het antrum en het corpus (Kimura-Takemoto C3). Familie anamnese voor maagcarcinoom is negatief. Random bipten uit antrum en corpus laten ernstige atrofische gastritis (OLGA III/IV) zonder intestinale metaplasie zien, *Helicobacter pylori* wordt niet aangetoond.

Wat is het meest juiste endoscopische surveillance advies met betrekking tot de gevonden atrofische gastritis?

- A. Gastroscopie met bipten over 1 jaar
- B. Gastroscopie met bipten over 3 jaar
- C. Gastroscopie met bipten over 5 jaar
- D. Geen surveillance

**Codering: 2025-33**

**Juiste antwoord:**

- B. Gastroscopie met bipten over 3 jaar**

**Literatuur:** Dinis-Ribeiro et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in de stomach (MAPS III). Endoscopy 2025

[https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2025\\_a-2529-5025.pdf](https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2025_a-2529-5025.pdf)



**Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:**

De Lyon Consensus 2.0 (2024) formuleerde criteria voor en tegen de diagnose gastro-oesofageale refluxziekte (GERD)

Welke van de volgende criteria wordt volgens de Lyon Consensus 2.0 gedefinieerd als "Borderline or inconclusive evidence" voor GERD?

- A. Bewezen Barrett mucosa in oesofagusbiopt
- B. Los Angeles graad A oesofagitis
- C. Los Angeles graad B oesofagitis
- D. Peptische strictuur in oesofagus

**Codering: 2025-34**

**Juiste antwoord:**

- B. Los Angeles graad A oesofagitis**

**Literatuur:** Gyawali CP et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. Gut 2024;73:361-371.



**Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:**

Een 59-jarige man heeft last van zuurbranden en hij gebruikt pantoprazol 2 dd 40 mg. Middels gastroscopie wil je de diagnose gastro-oesofageale reflux vaststellen.

Wat is nu volgens de Lyon consensus het beste beleid betreffende PPI gebruik om de diagnose gastro-oesofageale reflux vast te stellen tijdens gastroscopie ?

- A. PPI 2-4 weken staken vòòr gastroscopie
- B. PPI 8 weken staken vòòr gastroscopie
- C. PPI continueren
- D. PPI dosering halveren

**Codering: 2025-35**

**Juiste antwoord:**

- A. PPI 2-4 weken staken vòòr gastroscopie

**Literatuur:** To maximise the diagnostic yield, endoscopy should be performed 2–4 weeks after discontinuation of PPI therapy in unproven GERD.

C Prakash Gyawali et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. Gut. 2023 Sep 21;73(2):361–371

**Categorie 4: Maagzuur gerelateerde afwijkingen**

**Vraag:**

Een 43-jarige vrouw meldt dat ze sinds enige weken klachten heeft van zuurbranden en regurgitatie. Ze heeft geen last van dysfagie of gewichtsverlies.

Wat is de meest aangewezen vervolgstap?

- A. 24 uurs pH-metrie meting verrichten
- B. Gastroscopie verrichten
- C. *Helicobacter Pylori* diagnostiek verrichten
- D. Starten proefbehandeling met een PPI 1 dd voor 8 weken

**Codering: 2025-36**

**Juiste antwoord:**

- D. Starten proefbehandeling met een PPI 1 dd voor 8 weken

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Gastro-oesofageale refluxziekte" 2024



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

**Vraag:**

Bij een echo-onderzoek van een 32-jarige man stelt de radioloog de aanwezigheid van een poliep met een diameter van 7 mm in de galblaas vast. Er zijn geen klachten.

Bij de aanwezigheid van welke co-morbiditeit is in dit geval cholecystectomie geïndiceerd?

- A. Auto-immuun hepatitis
- B. Hepatitis B
- C. Neurofibromatose
- D. Primair Scleroserende Cholangitis

**Codering: 2025-37**

**Juiste antwoord:**

- D. Primair Scleroserende Cholangitis

**Literatuur:** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9038818/>



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

**Vraag:**

U ziet een 55-jarige man met een doorgemaakte hepatitis B (HBsAg negatief, anti-HBc positief, anti-HBe positief). Zijn HBV-DNA is niet detecteerbaar en de leverfunctietesten (ALAT, ASAT) zijn binnen de normaalwaarden. De patiënt is gediagnosticeerd met een non-Hodgkin-lymfoom waarvoor rituximab-gebaseerde immunosuppressieve therapie gestart wordt.

Wat is het aangewezen beleid ten aanzien van zijn doorgemaakte hepatitis B om reactivatie te voorkomen?

- A. Expectatief beleid; er kan veilig gestart worden met rituximab-gebaseerde immunosuppressieve therapie bij deze patiënt
- B. Geen profylactische antivirale therapie starten en monitoren van leverfuncties en HBV-DNA tijdens de rituximab-gebaseerde immunosuppressieve therapie en bij reactivatie van hepatitis B starten met nucleotide analoog
- C. Starten met een nucleotide analoog en uitstellen van de rituximab-gebaseerde immunosuppressieve therapie totdat het anti-HBc negatief is.
- D. Starten met een nucleotide analoog vóór de start van de rituximab-gebaseerde immunosuppressieve therapie

**Codering: 2025-38**

**Juiste antwoord:**

**D. Starten met een nucleotide analoog vóór de start van de rituximab-gebaseerde immunosuppressieve therapie**

**Literatuur:**

Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. JHEP 2017.

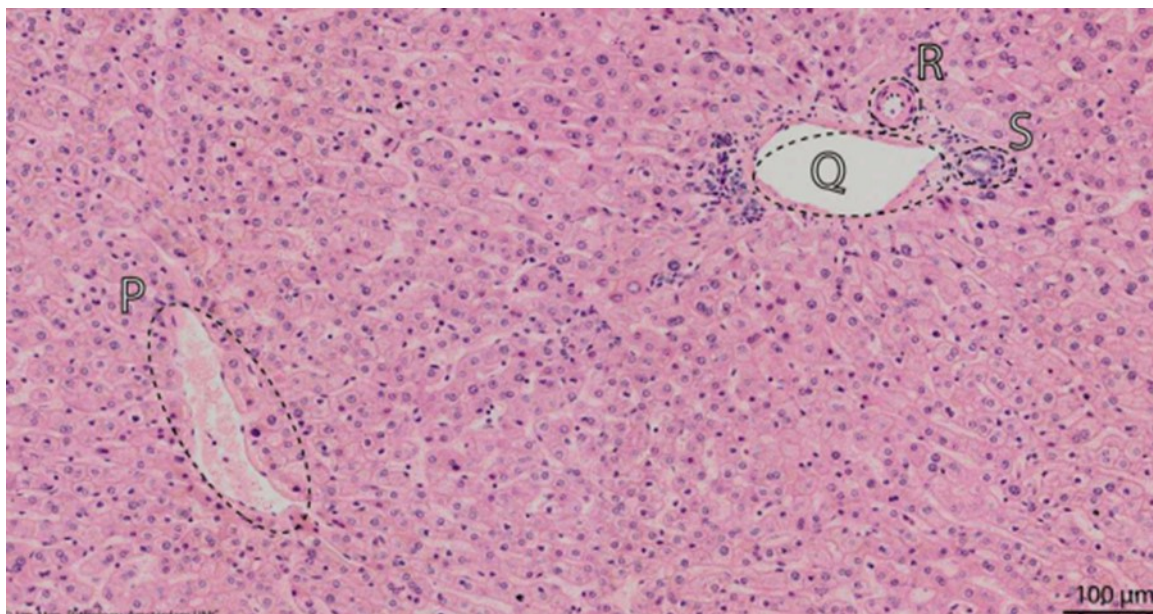
AGA Clinical Practice Guideline on the Prevention and Treatment of Hepatitis B Virus Reactivation in At-Risk Individuals. Gastroenterology 2025.

HBV richtsnoer (<https://www.hbvrichtsnoer.nl/>)

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

**Vraag:**

Hieronder zie je een histologisch preparaat van de lever met 4 verschillende structuren P,Q,R en S.



Met welke letter wordt de poortadertak aangegeven?

- A. =P
- B. =Q
- C. =R
- D. =S

**Codering: 2025-39**

**Juiste antwoord:**

- B. =Q**

**Literatuur:** Zakim & Boyer's Pathologic HEPATOLOGY A Textbook of Liver Disease 7th Edition 2018, Chapter 1 Anatomy of the Liver; ISBN 978-0-3233-7591-7



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

**Vraag:**

Een 30-jarige patiënt heeft genetisch aangetoonde M. Wilson. Patiënt heeft een BMI van 30 kg/m<sup>2</sup> en type 2 diabetes mellitus. Zijn zus heeft ook ziekte van Wilson en heeft recent een levertransplantatie ondergaan.

Patiënte heeft geen klachten, urine koperexcretie is verhoogd. ASAT en GGT zijn subtiel verhoogd wat kan passen bij steatohepatitis. Fibroscan uitslag past bij F0-F1 en ernstige steatose (S3).

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid naast aanpassing leefstijl en gewichtsreductie ?

- A. M. Wilson behandelen indien na aangetoonde aanpassing leefstijl en gewichtsreductie ASAT en GGT verhoogd blijven
- B. M. Wilson direct behandelen
- C. M. Wilson pas behandelen als er neurologisch uitval komt

**Codering: 2025-40**

**Juiste antwoord:**

- B. M. Wilson direct behandelen**

**Literatuur:** AASLD guideline: A multidisciplinary approach to the diagnosis and management of Wilson disease: 2022 Practice Guidance on Wilson disease from the American Association for the Study of Liver Diseases  
EASL-ERN Clinical Practice Guidelines on Wilson's disease 2025



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

**Vraag:**

Een 36-jarige, 14 weken zwangere vrouw met in de voorgeschiedenis levercirrose op basis van chronische hepatitis B infectie (waarvoor Tenofovir), komt op de poli. In de afgelopen 2 jaar zijn de controles uitgebleven om een onduidelijke reden. Er volgt een fibroscan en een echo. Een HCC wordt uitgesloten, er is een spoor ascites te zien, tevens is er sprake van splenomegalie en collateralen. De fibroscan laat een verhoogde miltstijfheid zien (SSM >50 kPa).

Wat is de volgende stap ten aanzien van eventuele oesofagusvarices tijdens de zwangerschap?

- A. Carvedilol starten
- B. Gastroscopie vroeg in het derde trimester
- C. Gastroscopie vroeg in het tweede trimester
- D. Propranolol starten

**Codering: 2025-41**

**Juiste antwoord:**

- C. Gastroscopie vroeg in het tweede trimester

**Literatuur:** Hepatology: Reproductive Health and Liver Disease: Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. 2021Jan; 73(1):318-365. Beschikbaar via: DOI: 10.1002/hep.31559

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/c/carvedilol#zwangerschap>

[https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/p/propranolol\\_cardiovasculair\\_of\\_neurologisch#zwangerschap](https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/p/propranolol_cardiovasculair_of_neurologisch#zwangerschap)

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy 2023

**Praktisch:**

- Preconceptie is endoscopische screening op varices (binnen 12 maanden preconceptioneel) geïndiceerd voor alle fertiele vrouwen met cirrose en een zwangerschapswens. Gezien de veranderingen in de bloedsomloop die normaal tijdens de zwangerschap optreden, kunnen de varices grootte en het risico op bloedingen toenemen. Het risico is het grootst in het tweede trimester van de zwangerschap.
- Indien er geen endoscopie is verricht voor zwangerschap wordt aanbevolen deze alsnog vroeg in het tweede trimester te verrichten.



- NSBB profylaxe (propranolol) kan worden overwogen bij de aanwezigheid van varices. Waarbij aandacht voor placenta dysfunctie (nadelige effecten zijn afhankelijk van de zwangerschapstermijn) waarbij er iedere 4 weken een indicatie is voor echografie om de foetale ontwikkeling en groei te kunnen monitoren. Tevens aandacht voor neonatale bradycardie (waarvoor observatie neonaat post partum gedurende 1-2 dagen).
- RBL indien varices > 5 mm of red whale marks (hoog risico stigmata)



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

**Vraag:**

Een 30-jarige man wordt gescreend op hepatitis B voor start van een ICSI (intra cytoplasmatische sperma injectie) procedure tijdens een fertiliteitstraject. Hij heeft een normaal ALAT, geen lever fibrose/cirrose. Er wordt een positief HBsAg gevonden, positief anti-HBc en negatief HBeAg en zijn HBV DNA is 700 IU/ML. De gynaecoloog vraagt of er een indicatie is voor antivirale therapie en wat de onderliggende reden daarvoor is.

Wat is het meest juiste antwoord op de vraag van de gynaecoloog?

- A. Behandeling is geïndiceerd omdat dit de slagingskans van het fertiliteitstraject verhoogt
- B. Behandeling is geïndiceerd omdat patiënt een ICSI traject in gaat
- C. Behandeling is niet geïndiceerd omdat HBV DNA laag is en er geen verhoogde transaminasen en/of gevorderde fibrose zijn/is
- D. Behandeling is niet geïndiceerd omdat patiënt is gevaccineerd tegen hepatitis B

**Codering: 2025-42**

**Juiste antwoord:**

- B. Behandeling is geïndiceerd omdat patiënt een ICSI traject in gaat**

**Literatuur:** HBV richtsnoer - Fertiliteit en zwangerschap - definitief Standpunt Geassisteerde Voortplanting en Infecties.pdf

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

**Vraag:**

Een 53-jarige man komt op uw poli in verband met onder andere een ontdekte hepatitis D infectie.

Met welke co-infectie gaat een hepatitis D infectie altijd gepaard?

- A. Hepatitis A
- B. Hepatitis B
- C. Hepatitis C
- D. Hepatitis E

**Codering: 2025-43**

**Juiste antwoord:**

- B. Hepatitis B**

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus 2023



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

**Vraag:**

Op uw spreekuur komt een man van 46 jaar met overgewicht en metabole disfunctie geassocieerde steatotische leverziekte (MASLD). Bij Fibroscan en leverbiopsie is er sprake van F3 fibrose. Overige (chronische) leverziekten zijn uitgesloten.

Wat is hier het juiste beleid ten aanzien van hepatocellulair carcinoom (HCC) surveillance?

- A. HCC surveillance is geïndiceerd middels alfa-foetoproteïne en echografie
- B. HCC surveillance is geïndiceerd middels echografie
- C. HCC surveillance is geïndiceerd middels MRI lever
- D. HCC surveillance is hier niet geïndiceerd

**Codering: 2025-44**

**Juiste antwoord:**

- D. HCC surveillance is hier niet geïndiceerd

**Literatuur:**

FMS richtlijn "MASLD/MASH" 2024

Hoofdstuk 8. HCC-surveillance

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma 2025



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

**Vraag:**

Een 55-jarige man presenteert zich met nieuwe diagnose cirrose. Bij aanvullend onderzoek blijkt het te gaan om een alfa-1-antitrypsine deficiëntie, genotype PI\*ZZ.

Welke ander orgaan is potentieel naast de lever betrokken zijn alfa-1-antitrypsine deficiëntie?

- A. Colon (colitis)
- B. Longen (COPD/emfyseem)
- C. Pancreas (pancreatitis)
- D. Schildklier (thyreoiditis)

**Codering: 2025-45**

**Juiste antwoord:**

- B. Longen (COPD/emfyseem)**

**Literatuur:** Clark et al. Clinical and histological features of adults with alpha-1-antitrypsin deficiency in a non-cirrhotic cohort. J Hepatol. 2018 Dec;69(6):1357-1364. doi: 0.1016/j.jhep.2018.08.005



## Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

### Vraag:

U ziet een 50-jarige man met in verleden alcoholabusus en zonder aanwijzingen voor overige chronische leverziekten bij wie echografisch hobbelige levercontouren met een stompe leverpunt zijn vastgesteld. U verricht een transiënte elastografie van de lever en meet 26 kPa met IQR/med 10%. Tevens is sprake van een trombopenie van  $135 \times 10^9/L$ .

Wat is nu het meest aangewezen vervolgbeleid?

- A. Gastroscopie voor screening varices
- B. Hepatic venous pressure gradient (HVPG) meting
- C. Herhalen van de leverstijfheidsmeting over 1 jaar
- D. Start carvedilol vanwege het aanzienlijke risico op klinisch significante portale hypertensie

**Codering: 2025-46**

### Juiste antwoord:

**D. Start carvedilol vanwege het aanzienlijke risico op klinisch significante portale hypertensie**

### Toelichting:

In patients with virus- and/or alcohol-related cACLD and non-obese (BMI <30 kg/m<sup>2</sup>) NASH-related cACLD, a LSM value by TE of  $\geq 25$  kPa is sufficient to rule in CSPH (specificity and positive predictive value >90%), defining the group of patients at risk of endoscopic signs of portal hypertension and at higher risk of decompensation. (B.1)

2.17 In patients with virus- and/or alcohol-related and nonobese 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%. (B.2) (New)

**Literatuur:** De Francis et al. BAVENO VII – Renewing consensus in portal hypertension. J Hep 2022



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

**Vraag:**

Een 59-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis presenteert zich met sinds enkele weken bestaande klachten van een zeurend gevoel rechtsboven in de buik.

Laboratoriumonderzoek is als volgt: bilirubine van 36  $\mu\text{mol/l}$ , INR 1.1, Albumine 48 g/l, GGT 765 U/L, AF 421 U/L, ASAT 42 U/L, ALAT 52 U/L, AFP 19.970  $\mu\text{g/l}$ .

Beeldvorming middels MRI-MRCP toont het beeld dat past bij een hepatocellulair carcinoom (HCC) van 15 cm in segment 5 en 6, zonder aanwijzingen voor vaatingroei of lymfadenopathie.

Een leverbiopsie bevestigt de diagnose HCC en het omringende leverweefsel toont geen steatose, fibrose of ontsteking. Een curatieve resectie wordt gezien de centrale ligging niet mogelijk geacht.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Behandelen met radioembolisatie
- B. Palliatieve behandeling met immunotherapie
- C. Palliatieve behandeling met sorafenib
- D. Screenen voor levertransplantatie

**Codering: 2025-47**

**Juiste antwoord:**

- D. Screenen voor levertransplantatie

**Literatuur:** Richtsnoer Levertransplantatie bij Hepatocellulair Carcinoom. Nederlandse Transplantatie Vereniging.



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

**Vraag:**

Een 62-jarige man presenteert zich met een acute oesofagusvaricesbloeding. In de voorgeschiedenis heeft hij alcoholische levercirrose (Child Pugh B8, MELD score 12 punten, MELDNa 13 punten) en status na een spontane bacteriële peritonitis. Er wordt gestart met octreotide en bij gastroscopie is er sprake van veel vers bloed en actief bloedverlies uit de distale oesofagus. Het lukt niet om voldoende overzicht te krijgen, waarna een self-expandable stent wordt geplaatst.

Welke vervolgbehandeling is nu aangewezen om het risico op hernieuwde bloeding en mortaliteit het meest effectief te voorkomen?

- A. Binnen 72 uur plaatsing van een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt
- B. Levertransplantatie na een versnelde screening
- C. Na maximaal 72 uur stent verwijderen en endoscopische bandligatie met carvedilol in maximaal getolereerde dosis
- B. Na maximaal 72 uur stent verwijderen en endoscopische bandligatie met propranolol in maximaal getolereerde dosis

**Codering: 2025-48**

**Juiste antwoord:**

- A. Binnen 72 uur plaatsing van een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt

**Literatuur:** Baveno VII– Renewing consensus in portal hypertension. Roberto de Franchis et al. On behalf of the Baveno VII Faculty. Journal of Hepatology 2022;76:959-974.



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

#### **Vraag:**

In de afgelopen jaren zijn de indicaties voor levertransplantatie uitgebreid dankzij verbeteringen in de behandeling van patiënten met levertumoren en ernstig zieke patiënten met acuut-op-chronisch leverfalen. Levertransplantatie kan bij sterk geselecteerde patiënten met diverse levertumoren en acuut-op-chronisch leverfalen uitgevoerd worden.

Welke van de volgende aandoeningen vormt op dit moment een absolute **contra**-indicatie binnen Nederland voor levertransplantatie?

- A. Acut-op-chronisch leverfalen graad 3 (lever, nier, cerebraal falen)
- B. Intrahepatisch cholangiocarcinoom in een niet-cirrotische lever
- C. Niet-resectabele metastasen van colorectaal carcinoom, beperkt tot de lever
- D. Niet-resectabel vroeg-stadium perihilair cholangiocarcinoom

**Codering: 2025-49**

#### **Juiste antwoord:**

- B. Intrahepatisch cholangiocarcinoom in een niet-cirrotische lever**

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guidelines on liver transplantation. Journal of Hepatology 2024;81:1040-1086

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



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

**Vraag:**

Een 60-jarige vrouw zonder klachten komt bij u op het spreekuur. Op een echo abdomen vervaardigd in verband met recidiverende urineweginfecties werden ook diverse lesies in de lever gevonden. De nieren waren normaal. Een aanvullende MRI toont multipele (> 25) ongecompliceerde levercysten in vooral de linker hemilever, met een grootte van 1-4 cm zonder verdere complicaties. U stelt de diagnose polycysteuze leverziekte (PCLD).

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Starten met somatostatine analogen
- B. Terugverwijzing naar de huisarts
- C. Verwijzing naar de chirurgie voor fenestratie van de grootste cysten
- D. Verwijzen naar chirurg voor hemihepatectomie links

**Codering: 2025-50**

**Juiste antwoord:**

- B. Terugverwijzing naar de huisarts**

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guideline on the management of cystic liver disease (2022)



**Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie**

**Vraag:**

Welk scoringsstelsel voorspelt het meest betrouwbaar de 30 dagen mortaliteit in alcoholische hepatitis?

- A. IMRIE score
- B. Maddreys discriminant function score
- C. MELD score

**Codering: 2025-51**

**Juiste antwoord:**

- C. MELD score

**Literatuur:** The MELD score is superior to the Maddrey discriminant function score to predict short term mortality in alcohol-associated hepatitis: A global study. Am J Gastroenterol 2022;117:301–310.



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

#### **Vraag:**

Een 56-jarige man komt bij u op het spreekuur voor controle. Hij is sinds 2007 bekend met hemochromatose waarvoor hij 4x/jaar aderlatingen krijgt. U ziet de volgende bloeduitslagen: Hemoglobine 8,2 mmol/L, ALAT 29 U/L, ferritine 42 ug/L, transferrinesaturatie 38%.

Wat is de meest aangewezen vervolgstap in de onderhoudsbehandeling bij deze patiënt met hemochromatose volgens de Nederlandse richtlijn?

- A. Onderhoudsfrequentie aderlatingen verhogen
- B. Onderhoudsfrequentie aderlatingen verlagen
- C. Start erythrocytaferese
- D. Zo door met aderlatingen in de huidige frequentie

**Codering: 2025-52**

#### **Juiste antwoord:**

- B. Onderhoudsfrequentie aderlatingen verlagen**

In de bestaande internationale richtlijnen wordt voor de depletiefase geadviseerd te streven naar een ferritine < 50 µg/l, maar bewijs daarvoor is nihil. Het streven naar een dergelijk lage ferritineconcentratie heeft als nadeel dat er een risico op ijzergebrek en anemie ontstaat. Tevens is er een onnodige intensiteit aan behandeling. Streef ferritine is 50 – 100 ug/L.

#### **Literatuur:**

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hereditaire\\_hemochromatose\\_hh/behandeling/streefwaarde\\_ferritine.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hereditaire_hemochromatose_hh/behandeling/streefwaarde_ferritine.html)



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

**Vraag:**

Op je spreekuur zie je een 55-jarige man die naar je wordt verwezen door de huisarts vanwege toegenomen buikomvang. Bij analyse blijkt er sprake van een gedecompenseerde levercirrose met portale hypertensie op basis van alcohol. Inmiddels is patiënt 10 maanden abstinente van alcohol. Echo toont een kleine hobbelige lever en graad 3 ascites. De vena porta is open. Naast een zoutbeperking en adviezen met betrekking tot vocht inname wordt gestart met diuretica. Helaas lukt het niet de ascites onder controle te krijgen en ontstaat er noodzaak voor ontlastende ascitesdrainages. Er is sprake van een Child Pugh C cirrose.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Alfa-pomp plaatsen
- B. Opwerken voor TIPS plaatsen
- C. Periodieke ascites drainages continueren
- D. Verwijzen naar een transplantatiecentrum voor screening levertransplantatie

**Codering: 2025-53**

**Juiste antwoord:**

- D. Verwijzen naar een transplantatiecentrum voor screening levertransplantatie

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis



**Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie**

**Vraag:**

Een 63-jarige man met gedecompenseerde levercirrose en langer bestaande ascites wordt behandeld met spironolacton 50 mg en furosemide 20 mg alsmede een zoutbeperkt dieet (max 5 gram NaCl per 24 uur). Bij poliklinische controle blijken gewicht en ascites toe te nemen. Lab onderzoek toont normale electrolyten en nierfunctie alsmede in een portie urine een Na<sup>+</sup> concentratie van 82 mMol/L en een K<sup>+</sup> concentratie van 41 mMol/L (Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ratio = 1.5).

Wat is nu de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Herverwijzing naar diëtiste in verband met onvoldoende adherence zoutbeperking
- B. Ophogen furosemide naar 1 dd 40 mg
- C. Ophogen spironolacton naar 1 dd 100 mg
- D. Ophogen van zowel spironolacton als furosemide naar 1 dd 100 mg respectievelijk 1 dd 40 mg

**Codering: 2025-54**

**Juiste antwoord:**

- A. Herverwijzing naar diëtiste in verband met onvoldoende adherence zoutbeperking

**Literatuur:** Biggins, SW et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association of Clinical Hepatologists. *Hepatology* 2021;74:1014-1048  
 Park J et al., Diagnostic usefulness of the random urine Na/K ratio in cirrhotic patients with ascites: a pilot study *Korean J Hepatol* 2010 ;16:66-74.

El-Bokl MA et al. Spot urinary sodium for assessing dietary sodium restriction in cirrhotic ascites. *World J Gastroenterol* 2009;15:3631-3635



**Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie**

**Vraag:**

Op uw spreekuur komt een 35-jarige man met verhoogde leverwaarden waarbij u hemochromatose wilt uitsluiten. Er komt geen hemochromatose voor in zijn familie.

Welke onderzoek(en) is/zijn in dit geval het meest aangewezen om als eerste aan te vragen?

- A. Ferritine en transferrine saturatie
- B. Genotypering op p.C282Y en p.H63D
- C. Hepcidine
- D. Leverbiopt

**Codering: 2025-55**

**Juiste antwoord:**

- A. Ferritine en transferrine saturatie

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guidelines on haemochromatosis  
Journal of Hepatology 2022; page 3/24



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

**Vraag:**

Een 53-jarige vrouw wordt door de gynaecoloog verwezen vanwege een pancreascyste van 2,2 cm op de Ct-scan gemaakt n.a.v. buikpijnlachten. Er wordt aanvullend een MRI-pancreas + MRCP verricht. De uitslag toont een Intraductale Papillair Mucineuze Neoplasie (IPMN) in de pancreaskop zonder worrisome features. De ductus pancreaticus is niet verwijd. Het CA-19.9 bedraagt 10 U/mL (N: < 37 U/mL).

Wat is nu het meest aangewezen vervolgbeleid volgens de Europese richtlijn?

- A. CA-19.9 + MRI/endo-echo van het pancreas over 6 maanden herhalen
- B. CA-19.9 + MRI/endo-echo van het pancreas over 1 jaar herhalen
- C. CA-19.9 + MRI/endo-echo van het pancreas over 5 jaar herhalen
- D. Nu Pylorus Preserving Pancreatico Duodenectomy

**Codering: 2025-56**

**Juiste antwoord:**

- A. CA-19.9 + MRI/endo-echo van het pancreas over 6 maanden herhalen

**Literatuur:** The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. Gut 2018; 67:789–804. Doi:10.1136/gutjnl-2018-316027



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

**Vraag:**

Een 55-jarige man met een gemetastaseerd pancreascarcinoom en een levensverwachting van < 6 maanden presenteert zich met Gastric Outlet Obstruction (GOOS) klachten. Bij gastroscopie is er compressie van het duodenum waardoor er nog net een sonde kon plaatsen.

Voor welke behandelmodaliteit is in dit geval het meest aangewezen?

- A. Continueren sondevoeding
- B. Endoscopische gastroenterostomie
- C. Laparoscopische gastroenterostomie
- D. Ongecoverde duodenumstent (uSEMS)

**Codering: 2025-57**

**Juiste antwoord:**

- B. Endoscopische gastroenterostomie**

Geeft veel sneller hervatting van normale intake t.o.v. laparoscopische gastroenterostomie, en minder risico op stentobstructie tov uSEMS. Sondevoeding geeft nauwelijks verbetering van kwaliteit van leven.

**Literatuur:** Endoscopic versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastric outlet obstruction (ENDURO): a randomised controlled trial 2025 (vd Pavert, Lancet Gastro)



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

**Vraag:**

Een 37-jarige vrouw ligt op de MDL-afdeling opgenomen wegens een voorspeld ernstige biliare pancreatitis. Ze is nu in de derde week na start van klachten en ontwikkelt nu koorts 39 graden. CT-abdomen laat een nieuwe peripancreatische collectie die nog niet volledig afgekapseld is met enkele luchtbelletjes passend bij geïnfecteerde necrose zien.

Wat is het beste beleid op dit moment?

- A. Geen antibiotica, wel zo snel mogelijk percutane drainage
- B. Start antibiotica, percutane drain via de rechterflank
- C. Start antibiotica, transgastrische drainage met pigtail endoprotheses
- D. Start antibiotica, verder expectatief

**Codering: 2025-58**

**Juiste antwoord:**

- D. Start antibiotica, verder expectatief

**Literatuur:** Boxhoorn L, Dutch Pancreatitis Study Group. Immediate versus Postponed Intervention for Infected Necrotizing Pancreatitis. N Engl J Med. 2021 Oct 7;385(15):1372-1381. Doi: 10.1056/NEJMoa2100826. PMID: 34614330.



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

#### **Vraag:**

Je vraagt een ERCP aan voor een 82-jarige man in verband met icterus bij verdenking pancreaskopcarcinoom, de voorgeschiedenis is verder blanco. In de aanvraag moet je aangeven of de patiënt diclofenac zetpil moet krijgen en of er antibiotica profylaxe gegeven moet worden.

Wat is nu het meest aangewezen beleid voorafgaand aan deze ERCP?

- A. 50 mg diclofenac zetpil en antibiotica profylaxe
- B. 50 mg diclofenac zetpil, geen antibiotica profylaxe
- C. 100 mg diclofenac zetpil en antibiotica profylaxe
- D. 100 mg diclofenac zetpil, geen antibiotica profylaxe

**Codering: 2025-59**

#### **Juiste antwoord:**

- D. 100 mg diclofenac zetpil, geen antibiotica profylaxe**

**Literatuur:** DOI <https://doi.org/10.1055/a-1075-4080> |

Endoscopy 2020; 52:127-149

De richtlijnen van de European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) adviseren de routine rectale toediening van 100 mg diclofenac of indomethacine onmiddellijk voor ERCP bij alle patiënten zonder contra-indicaties

Daarnaast wordt antibiotica profylaxe aanbevolen in gevallen van verwachte incomplete galwegdrainage, bij ernstig immuungecompromitteerde patiënten, en bij cholangioscopie



### Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

#### Vraag:

Een vitale 67- jarige vrouw zonder relevante voorgeschiedenis komt op uw spreekuur in verband met een bij toeval gevonden cysteuze afwijking in de pancreasstaart (zie afbeelding). Het verslag van de radioloog is als volgt: cysteuze afwijking pancreasstaart van ca 21mm welke in verbinding lijkt te staan met de PD. Aankleurende nodus van ca 7mm in de cyste.



Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. EUS met bipten van de nodus
- B. EUS met fine needle aspiratie van cystevocht
- C. Pancreasstaart resectie
- D. Surveillance MRI/MRCP over ca 6 maanden.

**Codering: 2025-60**

#### Juiste antwoord:

- C. Pancreasstaart resectie

**Literatuur:** Een aankleurende nodus van >5mm is een high risk stigmata en indicatie voor resectie.

Pancreatic Cysts, Tamas A. Gonda, M.D., Djuna L. Cahen, M.D., Ph.D., and James J. Farrell, M.D. NEJM 391;9, September 5, 2024

European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms 2018

The presence of high-risk stigmata (including biliary obstruction, dilatation of the main pancreatic duct of >10 mm, and a solid enhancing mural nodule of  $\geq 5$  mm) has a high positive predictive value for advanced neoplasia, ranging from 56 to 89%.



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

**Vraag:**

Een 38-jarige vrouw wordt opgenomen via met een pancreatitis eci (leverfuncties, het calcium en de triglyceriden normaal en slanke intra- en extrahepatische galwegen en een echolucente galblaas bij ECHO onderzoek).

U bespreekt met patiënte dat u graag aanvullend onderzoek wil doen naar de oorzaak van de pancreatitis in de vorm van een endosonografie.

Hoe hoog is de kans in dat er bij dit onderzoek alsnog een oorzaak van pancreatitis wordt gevonden?

- A. Ca 10%
- B. Ca 30%
- C. Ca 50%
- D. Ca 70%

**Codering: 2025-61**

**Juiste antwoord:**

- B. Ca 30%**

**Literatuur:** Picus-1 Studie. Prospective multicentre study of indications for surgery in patients with idiopathic acute pancreatitis following endoscopic ultrasonography (PICUS). Umans et al. BJS, 2023, 110, 1877–1882

'In 34 patients (32 per cent), EUS detected an aetiology: (micro)lithiasis and biliary sludge (23.8 per cent), chronic pancreatitis (6.7 per cent), and neoplasms (2.9 per cent)'



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

**Vraag:**

Patiënten met primaire scleroserende cholangitis hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van maligniteiten.

Welke maligniteit heeft de hoogste incidentie in patiënten met primaire scleroserende cholangitis?

- A. Cholangiocarcinoom
- B. Galblaascarcinoom
- C. Hepatocellulair carcinoom
- D. Pancreascarcinoom

**Codering: 2025-62**

**Juiste antwoord:**

- A. Cholangiocarcinoom

**Literatuur:** Boonstra et al. Population-based epidemiology, malignancy risk, and outcome of primary sclerosing cholangitis. *Hepatology*. 2013 Dec;58(6):2045-55. Doi: 10.1002/hep.26565.

Fung et al. Cancer risk in primary sclerosing cholangitis: Epidemiology, prevention, and surveillance strategies 2019



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

**Vraag:**

Een 43-jarige man ondergaat een echo abdomen vanwege aanvalsgewijze buikpijn en verhoogde leverwaarden; AF 130 U/l, GGT 200 U/l, bilirubine 19 umol/l.

Conclusie echo abdomen: Cholecystolithiasis. Ductus choledochus 9 mm.

Wat is nu de meest aangewezen eerstvolgende stap?

- A. ERCP
- B. Leverwaarden de volgende dag nogmaals bepalen
- C. MRCP of EUS
- D. Verwijzen naar chirurg voor cholecystectomie

**Codering: 2025-63**

**Juiste antwoord:**

- C. MRCP of EUS

**Literatuur:** Manes et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy 2019; 51(05): 472-491



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

#### **Vraag:**

Een 55-jarige man komt op uw spreekuur met een chronische alcoholische pancreatitis. Hij heeft klachten van gewichtsverlies, vette diarree en een opgeblazen gevoel. U start alvast met pancreasenzymen en verricht in de tussentijd een faeces elastase. De uitslag toont een waarde van 85 µg/g op vaste ontlasting.

Wat is in dit geval de meest correcte interpretatie van bovenstaande gegevens?

- A. Deze gegevens passen bij een milde vorm van EPI en vereisen een herhaling van de test
- B. Deze gegevens sluiten een exocriene pancreasinsufficiëntie (EPI) uit
- C. Deze gegevens zijn sterk suggestief voor EPI en vormen een indicatie voor doorzetten van behandeling
- D. Deze gegevens zijn vertekend omdat patiënt pancreasenzymen gebruikte

**Codering: 2025-64**

#### **Juiste antwoord:**

- C. Deze gegevens zijn sterk suggestief voor EPI en vormen een indicatie voor doorzetten van behandeling

**Literatuur:** Gastroenterology 2023;165:1292–1301



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

**Vraag:**

U controleert een 60-jarige man met chronische pancreatitis en exocriene pancreasinsufficiëntie. Hiervoor gebruikt hij pancreasenzym-suppletie in de dosering 3 dd 10K-10K-25K IU lipase en heeft een goede compliantie. Daarnaast gebruikt hij omeprazol 1 dd 40 mg. Bij poliklinische controle geeft hij toename steatorroe en 2 kg gewichtsverlies aan.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Feces elastase bepalen
- B. Inname vet in voeding beperken
- C. Verdubbelen dosering omeprazol
- D. Verdubbelen dosering pancreasenzym-suppletie

**Codering: 2025-65**

**Juiste antwoord:**

- D. Verdubbelen dosering pancreasenzym-suppletie**

**Literatuur:** European guidelines on the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO, and ESPCG evidence-based recommendations J. Enrique Dominguez-Muñoz. United European Gastroenterol J. 2025 Feb;13(1):125-172.



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntproblematiek**

**Vraag:**

Chronisch braken en misselijkheid zijn veel voorkomende symptomen die het gevolg kunnen zijn van vele ziektes zoals organische en functionele gastro-intestinale ziektes.

Welke van onderstaande kenmerken is typerend voor patiënten met het cyclisch braken syndroom (cyclic vomiting syndrome)?

- A. Begin van de klachten 's ochtends.
- B. Meer dan 4x per maand een symptoomepisode.
- C. Tussen de aanvallen is er sprake van misselijkheid zonder braken
- D. Symptoomepisodes van maximaal 24 uur.

**Codering: 2025-66**

**Juiste antwoord:**

- A. Begin van de klachten 's ochtends.

**Literatuur:** Malagelada C. et al. European Guideline on Chronic Nausea and Vomiting—AUEG and ESNM Consensus for Clinical Management. United European Gastroenterology Journal, 2025; 00:1–45



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodempatiëntproblematiek**

**Vraag:**

De longarts verwijst een 58-jarige man naar je op de MDL-poli met de vraag of zijn hoesten bij astma gerelateerd is aan reflux. Een kortdurende kuur met protonpomp remmer gaf geen verbetering van de klachten. Er is reeds een gastroscopie verricht, zonder afwijkingen. Biopsies van de slokdarm zijn negatief voor eosinofiele oesofagitis.

Welke aanvullende test is nu aangewezen om de relatie tussen reflux en hoesten te beoordelen?

- A. 24 uurs pH meting.
- B. 24 uurs pH en impedantie meting.
- C. 24 uurs pH meting met 24 uurs ambulante manometrie
- D. 24 uurs pH en impedantie meting met 24 uurs ambulante manometrie.

**Codering: 2025-67**

**Juiste antwoord:**

**D. 24 uurs pH en impedantie meting met 24 uurs ambulante manometrie.**

**Literatuur:** FMS richtlijn "Gastro-oesofageale refluxziekte" 2024.



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

**Vraag:**

Antireflux chirurgie, kan, mits er een volledige work-up is uitgevoerd een goed alternatief zijn voor medicamenteuze behandeling.

Wat is een absolute **contra**-indicatie voor antireflux chirurgie?

- A. Functioneel zuurbranden
- B. Hypersensitieve slokdarm
- C. Non erosieve refluxziekte
- D. Sclerodermie

**Codering: 2025-68**

**Juiste antwoord:**

- A. Functioneel zuurbranden

Er is geen sprake van pathologisch zure reflux of een relatie tussen zuur in de slokdarm en de klachten van patiënt. De klachten zullen dan ook niet verbeteren met zuurremmende medicatie of chirurgie.

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Gastro-oesofageale refluxziekte" 2024.



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodembodem problematiek**

**Vraag:**

Een 32-jarige man komt op uw spreekuur. Hij heeft last van herhaaldelijke, moeiteloze terugvloed van recent ingenomen voedsel tot in de mond waarna hij het opnieuw doorslikt.

Welke van onderstaande behandelopties biedt nu de grootste kans op succes?

- A. 5HT3-antagonist
- B. Dopamine-antagonist
- C. Logopedie
- D. Protonpompremmer

**Codering: 2025-69**

**Juiste antwoord:**

- C. Logopedie

**Literatuur:** Malagelada, C., Keller, J., Sifrim, D., Serra, J., Tack, J., Mulak, A., ... & Surdea-Blaga, T. (2025). European Guideline on Chronic Nausea and Vomiting—A UEG and ESNM Consensus for Clinical Management. *United European Gastroenterology Journal*.



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodembodem problematiek**

**Vraag:**

U ziet een 56-jarige man met een voorgeschiedenis van diabetes mellitus op uw spreekuur. Er is sprake van misselijkheid en braken en u constateert dat er sprake is van diabetische gastroparese. U overweegt een off-label behandeling met aprepitant, omdat eerdere antiemetische behandeling gefaald heeft. De patiënt wil weten hoe dit werkt.

Wat is het primaire werkingmechanisme waardoor aprepitant antiemetisch werkt?

- A. Dopamine D<sub>2</sub> antagonisme
- B. Histamine H<sub>1</sub> antagonisme
- C. Neurokinine NK<sub>1</sub> antagonisme
- D. Serotonine 5HT<sub>3</sub> antagonisme

**Codering: 2025-70**

**Juiste antwoord**

- C. Neurokinine NK<sub>1</sub> antagonisme

**Literatuur:** Sanger and Andrews. Aliment Pharmacol Ther. 2023 May;57(9):962-978.



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodemb problematiek**

**Vraag:**

U ziet een 50-jarige patiënt met morbide obesitas die onlangs gestart is met semaglutide. De patiënt werd naar uw spreekuur verwezen in verband met misselijkheid, braken en buikpijn. U vermoedt dat dit te maken heeft met een semaglutide geïnduceerde vertraging van de maaglediging. De man vraagt om uitleg welk mechanisme verantwoordelijk is voor de semaglutide-geïnduceerde vertraging van de maaglediging.

Welk mechanisme is verantwoordelijk voor het door semaglutide-geïnduceerde vertraging van de maaglediging?

- A. Gastric inhibitory polypeptide agonisme
- B. Glucagon-like peptide-1 agonisme
- C. Motiline antagonisme
- D. Serotonine 5-HT<sub>3</sub> antagonisme

**Codering: 2025-71**

**Juiste antwoord:**

- B. Glucagon-like peptide-1 agonisme

**Literatuur:**

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/s/semaglutide>



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodemb problematiek**

**Vraag:**

Een 33-jarige man komt bij u vanwege sinds een week bestaande anale pijn. Zijn medische voorgeschiedenis is blanco, hij heeft geen obstipatie of harde defecatie en er is geen belaste familieanamnese voor darmkanker. Rectaal toucher op de spreekkamer is pijnlijk, er is een hoge sphincterspanning en u voelt een anale fissuur.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Dieetadviezen en laxantia
- B. Diltiazem zalf 2%
- C. ISDN-zalf 1%
- D. Sphincterotomie

**Codering: 2025-72**

**Juiste antwoord:**

- B. Diltiazem zalf 2%

**Literatuur:** FMS richtlijn "Proctologie"2024



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodembodem problematiek**

**Vraag:**

Je verricht een gastroscopie bij een 46-jarige vrouw met een status na gastric bypass een jaar eerder in verband met pijn in de bovenbuik en passageklachten. Het gewicht is gestabiliseerd. Ze gebruikt geen maagzuurremmers en rookt 15 sigaretten per dag. Bij gastroscopie zie je een niet bloedend ulcus ter plaatse van de gastroenterostomie. De gastroenterostomie is gestenoseerd maar betrekkelijk makkelijk te passeren met een gastroscoop.

Wat is nu de meest aangewezen behandeling naast stoppen met roken?

- A. Chirurgische revisie van de gastroenterostomie
- B. Directe endoscopische dilatatie met CRE-ballon
- C. H2 antagonist in combinatie met sucralfaaf tweemaal daags
- D. Open capsule protonpompremmer tweemaal daags

**Codering: 2025-73**

**Juiste antwoord:**

- D. Open capsule protonpompremmer tweemaal daags

**Literatuur:** Wesley Vosburg et al, Surgery for obesity and related diseases 2025, Vol 2, Issue 1, P1-8

ASMBS literature review on the treatment of marginal ulcers after metabolic and bariatric surgery

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2024.10.003>



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodembodem problematiek**

**Vraag:**

Een 48-jarige man met chronische obstipatie wordt voor second opinion verwezen naar uw spreekuur. Hij gebruikt nu dagelijks macrogolpoeder met electrolyten, bisacodyl en psylliumvezels en geen andere medicatie.

Welk laxeermiddel is een zinnige **toevoeging** aan deze behandeling zonder huidige medicatie te staken?

- A. Linaclotide
- B. Magnesiumhydroxide
- C. Naloxegol
- D. Senna-alkaloiden

**Codering: 2025-74**

**Juiste antwoord:**

- A. Linaclotide

**Literatuur:** Farmacotherapeutisch kompas, lemma indicatie obstipatie.



**Categorie 8: NGM, proctologie en bekkenbodembodem problematiek**

**Vraag:**

Een 26-jarige vrouw die eerder verwezen werd wegens dysfagie komt op uw spreekuur na een stationaire high resolution oesofagusmanometrie om met u de uitslag te bespreken. Er worden 100% failed contracties gezien zonder panoesofageale pressurisaties. De 4 seconds integrated relaxation pressure (IRP4s) is verhoogd met 36.

Wat is de de meest waarschijnlijke diagnose die het beste past bij deze manometrie uitslag?

- A. Absent contractility
- B. Achalasie type 1
- C. Achalasie type 2
- D. Achalasie type 3
- E. Esophagogastric junctionoutflow obstruction

**Codering: 2025-75**

**Juiste antwoord:**

- B. Achalasie type 1**

**Literatuur:** Hoge Resolutie Manometrie Hoofddocument

Leidraad druk- en zuurmetingen van de slokdarm

Document is opgesteld door de commissie neurogastroenterologie en motiliteit van de NVMDL 30-7-2024

<https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/files/Hoofddocument%20Hoge%20Resolutie%20Manometrie%20definitief%202024.pdf>

Yadlapati et al. High-Resolution Esophageal Manometry: Interpretation in Clinical Practice 2018



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

**Vraag:**

Een 60-jarige man met een recent aangelegd ileostoma wegens acute mesenteriale ischemie presenteert zich met een high-output stoma (>1500 ml output per 24 u, tenminste gedurende 3 dagen), tekenen van dehydratie en elektrolytenstoornissen.

Welke dieetmaatregel is nu het meest effectief om de vocht- en elektrolytenbalans te verbeteren?

- A. Beperken van zoutinname tot 5 gram per dag
- B. Overschakelen op een vezelrijk dieet
- C. Stimuleren van waterinname tot >3 L per dag
- D. Vochtbeperking van 1,5-2 L grotendeels isotone dranken per dag met zetmeelrijke voeding

**Codering : 2025-76**

**Juiste antwoord:**

- D. Vochtbeperking van 1,5-2 L grotendeels isotone dranken per dag met zetmeelrijke voeding

**Literatuur:** Pironi et al. ESPEN guideline on chronic intestinal failure in adults-Update 2023. Clinical Nutrition 2023;42:1940°2021



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

**Vraag:**

Een 45-jarige man wordt door de huisarts verwezen wegens een asymptomatische anemie. De voorgeschiedenis vermeldt een ileocoecaal-resectie na een abdominaal trauma.

Welke deficiëntie veroorzaakt het meest waarschijnlijk de anemie?

- A. Foliumzuur
- B. Ijzer
- C. Magnesium
- D. Vitamine B12

**Codering: 2025-77**

**Juiste antwoord:**

- D. Vitamine B12

**Literatuur:** O'Leary F, Samman S. Vitamin B12 in health and disease. *Nutrients*. 2010;2(3):299-316.



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

#### **Vraag:**

Een 33-jarige vrouw met een gecompenseerde levercirrose o.b.v. metabole dysfunctie geassocieerde steatohepatitis (MASH) komt voor routine controle op uw spreekuur. Haar BMI is 24kg/m<sup>2</sup> en zij wil graag haar voedingspatroon aanpassen.

Wat is nu het meest aangewezen voedingsadvies voor haar?

- A. Eiwit verrijkt dieet
- B. Hypocalorisch diet van 2000 kcal per dag
- C. Ketogeen dieet
- D. Zoutbeperking < 3g per 24h

**Codering: 2025-78**

#### **Juiste antwoord:**

- A. Eiwit verrijkt dieet

**Literatuur:** European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. J Hepatol. 2019;70(1):172-193.



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

#### **Vraag:**

Overtuigend is aangetoond dat de samenstelling en hoeveelheid van voeding het risico op diverse aandoeningen kan verhogen.

Van welk macronutriënt wordt in de laatste Nederlandse richtlijn gezonde voeding uit 2015, geadviseerd om de inname tot 10% van de dagelijkse calorieën te beperken?

- A. Eiwitten
- B. Koolhydraten
- C. Onverzadigde vetten
- D. Verzadigde vetten

#### **Codering: 2025-79**

#### **Juiste antwoord:**

- D. Verzadigde vetten**

**Literatuur:** Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/24. [Richtlijnen goede voeding 2015 | Advies | Gezondheidsraad](#)

Kromhout D, Spaaij CJ, de Goede J, Weggemans RM. The 2015 Dutch food-based dietary guidelines. Eur J Clin Nutr. 2016 Aug;70(8):869-78. Doi: 10.1038/ejcn.2016.52. Epub 2016 Apr 6. PMID: 27049034; PMCID: PMC5399142

Kromhout D, Spaaij CJ, de Goede J, Weggemans RM. The 2015 Dutch food-based dietary guidelines. Eur J Clin Nutr. 2016 Aug;70(8):869-78. Doi: 10.1038/ejcn.2016.52. Epub 2016 Apr 6. PMID: 27049034; PMCID: PMC5399142



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

**Vraag:**

Het microbioom in onze darmen wordt beïnvloed door de voeding die we tot ons nemen.

Wat is de term voor niet-verteerbare voedingsingrediënten die de groei en activiteit van bepaalde bacteriën in de dikke darm stimuleren?

- A. Onoplosbare vezels
- B. Oplosbare vezels
- C. Prebiotica
- D. Probiotica

**Codering: 2025-80**

**Juiste antwoord:**

- C. Prebiotica**

**Literatuur:** Yoo S, Jung SC, Kwak K, Kim JS. The Role of Prebiotics in Modulating Gut Microbiota: Implications for Human Health. *Int J Mol Sci.* 2024 Apr 29;25(9):4834. Doi: 10.3390/ijms25094834. PMID: 38732060; PMCID: PMC11084426.

**Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:**

Bij een 60-jarige man met melena verricht u een spoedgastroscoopie. Hierbij ziet u een ulcus ventriculi met een visible vessel, wat u behandelt met adrenaline injectietherapie en goldprobe coagulatie.

Wat is de juiste Forrest classificatie van dit ulcus?

- A. Forrest Ib
- B. Forrest IIa
- C. Forrest IIb
- D. Forrest IIc

**Codering: 2025-81**

**Juiste antwoord:**

- B. Forrest IIa**

**Literatuur:** Forrest J.A., et al. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974; 2: 394-7.



### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

#### **Vraag:**

Een 45-jarige man met blanco voorgeschiedenis meldt zich op de SEH ivm sinds 3 dagen bestaande continue pijn rechtsboven in de buik. Hij is hemodynamisch stabiel; zijn temperatuur is 38.3 graden Celsius.

Laboratoriumonderzoek toont: ASAT 23 U/L, ALAT 20 U/L, LDH 146 U/L, Gamma GT 46 U/L, bilirubine totaal 88 umol/L, bilirubine direct 11 umol/L, alkalische fosfatase 96 U/L, hemoglobine 8.5 mmol/L, trombocyten  $308 \times 10^9/L$ , leukocyten  $22.0 \times 10^9/L$ , CRP 154 mg/L

Echo abdomen toont: galblaas met stenen in situ. Verdikte wand van 10 mm. Echografisch drukpijnlijke galblaas. Geen vrij vocht rondom. De ductus choledochus heeft een diameter van 6 mm zonder zichtbare stenen. De intrahepatische galwegen zijn slank. Normale pancreas.

Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Cholecystectomie
- B. EUS of MRCP
- C. ERCP
- D. Start antibiotica en volgende dag lab herhalen

**Codering: 2025-82**

#### **Juiste antwoord:**

- A. Cholecystectomie

**Literatuur:** Endoscopic management of common il educt stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline; Endoscopy 2019



### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

#### **Vraag:**

Een 73-jarige man met morbus Parkinson wordt door de huisarts naar de SEH verwezen met verdenking ileus. Hij heeft sinds 8 dagen geen stoelgang, progressieve buikpijn en is misselijk. Bij lichamelijk onderzoek is de buik bol en hypertympaan, de peristaltiek is zeer spaarzaam bij auscultatie. Bij rectaal toucher vindt u geen afwijkingen, aan de handschoen is wat bruine feces zichtbaar.

In het laboratoriumonderzoek worden geen bijzonderheden gevonden.

Op de X-BOZ ziet u een gedilateerd colon van coecum tot flexura lienalis en lucht in het rectum.

Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Mechanische ileus op basis van obstruerend carcinoom linker hemicolon
- B. Pseudo-obstructie (Ogilvie syndroom)
- C. Sigmoidvolvulus
- D. Toxisch megacolon

**Codering: 2025-83**

#### **Juiste antwoord:**

- B. Pseudo-obstructie (Ogilvie syndroom)**

**Literatuur:** Update on the Diagnosis and Management of Acute Colonic Pseudo obstruction (ACPO); Current Gastroenterology Reports 2023



**Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:**

Een 30-jarige vrouw met een colitis ulcerosa waarvoor ze 4 gram mesalazine oraal gebruikt en sedert vijf dagen prednison 40mg per dag, komt op de spoedeisende hulp met algehele zwakte met daarbij toename van buikpijn en ontlastingsfrequentie.

Haar ontlastingsfrequentie is inmiddels 10 keer per 24 uur (waarvan 3 keer 's nachts), 75% van de keren met bloed en ze heeft enorm veel urgency-klachten waardoor ze het toilet niet altijd haalt.

Bij lichamelijk en aanvullend onderzoek heeft ze: een tachycardie van 95 slagen per minuut, een temperatuur van 37.4 graden Celsius, een Hb van 7.2 mmol/L, een leukocytengetal van  $18 \times 10^9/L$ , een CRP van 39 mg/L en een natrium van 149 mmol/L.

Welk gegeven uit bovenstaand draagt, naast de ontlastingsfrequentie en de tachycardie, bij aan de diagnose 'acute severe colitis'?

- A. Aantal keren nachtelijke ontlasting van 3 keer
- B. CRP van 39mg/L
- C. Hb van 7.2 mmol/L
- D. Leukocytengetal van  $18 \times 10^9/L$

**Codering: 2025-84**

**Juiste antwoord:**

- B. CRP van 39mg/L**

**Literatuur:** Magro et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. Journal of Crohn's and Colitis, Volume 11, Issue 6, June 2017, Pages 649–670



**Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:**

U denkt bij een vrouw van 67 jaar met diabetes mellitus en nicotineabusus en sinds gisteren ontstane buikpijn aan acute dunne darm ischemie.

Welk vat is door afsluiting met trombosevorming in dit geval het meest waarschijnlijk verantwoordelijk hiervoor?

- A. Arteria Iliaca
- B. Arteria mesenterica inferior
- C. Arteria mesenterica superior
- D. Truncus coeliacus

**Codering: 2025-85**

**Juiste antwoord:**

- C. Arteria mesenterica superior

**Literatuur:** The diagnosis of acute mesenteric ischemia: A systematic review and meta-analysis. Cudnik MT, Darbha S, Jones J, Macedo J, Stockton SW, Hiestand BC Acad Emerg Med. 2013;20(11):1087



### **Categorie 10: Spoedeisende MDL**

#### **Vraag:**

Een 27-jarige vrouw die 32 weken zwanger is, komt op de spoedeisende hulp met sinds 2 weken malaise, misselijkheid en braken.

Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen stigmata van chronische leverziekte, pols is 105/min en bloeddruk 150/90 mmHg. Ze heeft pijn in het rechterbovenkwadrant en perifeer oedeem.

Bij laboratoriumonderzoek heeft zij:

Hemoglobine 7,0 mmol/L

Trombocyten  $75 \times 10^9/L$

Sferocytose

INR 1,5

Totaal bilirubine  $80 \mu\text{mol/L}$

ALAT 163 U/L

ASAT 250 U/L

AF 230 U/L

gGT 70 U/L

LDH 654 U/L

Wat is nu de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute fatty liver of pregnancy
- B. Budd-Chiari-syndroom
- C. HELLP-syndroom
- D. Intrahepatische cholestase van de zwangerschap

**Codering: 2025-86**

#### **Juiste antwoord:**

- C. HELLP-syndroom

**Literatuur:** EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy.

Journal of hepatology

**CLINICAL PRACTICE GUIDELINES**

[Volume 79, Issue 3](#)

P768-828

September 2023

[https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(23\)00181-2/fulltext#tbl6](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(23)00181-2/fulltext#tbl6)



**Categorie 10: Spoedeisende MDL**

**Vraag:**

Een 40-jarige vrouw zonder cardiale co-morbiditeit presenteert zich op de SEH met hematemesis. Zij is hemodynamisch stabiel. Het Hb is 3.4 mmol/l.

Wat is het meest aangewezen bloedtransfusiebeleid?

- A. Geen indicatie voor bloedtransfusie
- B. Indicatie voor bloedtransfusie, er wordt een Hb tussen de 3.5 en 4.5 mmol/l nagestreefd
- C. Indicatie voor bloedtransfusie, er wordt een Hb tussen de 4.5 en 5.5 mmol/l nagestreefd
- D. Indicatie voor bloedtransfusie, er wordt een Hb tussen de 5.5 en 6.5 mmol/l nagestreefd

**Codering: 2025-87**

**Juiste antwoord:**

- C. Indicatie voor bloedtransfusie, er wordt een Hb tussen de 4.5 en 5.5 mmol/l nagestreefd

**Literatuur:** Richtlijn Bloedingen tractus digestivus NVMDL 2017

Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline– Update 2021



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Op uw spreekuur ziet u een 42-jarige man bekend met een extensieve (E3) colitis ulcerosa. De patiënt heeft geen PSC of pseudopoliepen en heeft geen familiegeschiedenis van CRC. Hij is momenteel asymptomatisch. De laatste coloscopie was 10 jaar geleden ten tijde van het vaststellen van de diagnose. De laatste sigmoidoscopie van 2 jaar geleden liet geen tekenen van actieve ontsteking zien (endoscopische Mayo-score 0).

Wat is nu het meest aangewezen beleid ten aanzien van surveillance coloscopie?

- A. Expectatief beleid, geen surveillance coloscopie
- B. Surveillance coloscopie nu verrichten
- C. Surveillance coloscopie over 1 jaar
- D. Surveillance coloscopie over 3 jaar

**Codering: 2025-88**

**Juiste antwoord:**

- B. Surveillance coloscopie nu verrichten**

**Literatuur:** Clinical outcomes in frail elderly patients undergoing small-bowel capsule endoscopy, Grant RK, Robertson AR, Lennon KA, et al. Frontline Gastroenterology 2025;16:30–36.



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Een vrouw van 87 wordt verwezen in verband met symptomatische anemie, zonder macroscopisch bloedverlies. Laboratoriumonderzoek: Hb 5.7 mmol/L, ferritine 3,4 umol/L. In de voorgeschiedenis heeft ze hypertensie en paroxysmaal boezemfibrilleren. Als medicatie gebruikt ze edoxaban en metoprolol.

Een gastroscopie is zonder afwijkingen, evenals een CT-colografie.

U overweegt een videocapsule onderzoek.

Wat is de meest waarschijnlijke oorzaak van haar anemie?

- A. Angiodysplasieën in de dunne darm
- B. Dieulafoy laesie in de dunne darm
- C. Meckel's divertikel in dunne darm
- D. Ulcus duodeni

**Codering: 2025-89**

**Juiste antwoord:**

- A. Angiodysplasieën in de dunne darm

**Literatuur:** Clinical outcomes in frail elderly patients undergoing small-bowel capsule endoscopy, Grant RK, Robertson AR, Lennon KA, et al. Frontline Gastroenterology 2025;16:30–36.



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Een 55-jarige man is drie weken geleden opgenomen op de MDL-afdeling met een necrotiserende pancreatitis. In verband met klinische achteruitgang en koorts wordt een CT verricht, waarbij sprake is van een geïnfecteerde necrotische collectie, die endoscopisch goed te draineren lijkt. De man vraagt tijdens de visite wanneer het ideale moment van drainage is?

Wat is in dit geval het meest juiste antwoord om aan de man te vertellen?

- A. Uitstellen van drainage heeft als nadeel dat er vaak meer endoscopische interventies nodig zijn
- B. Uitstellen van drainage leidt bij circa 1/3 van de patiënten tot spontaan herstel
- C. Vroege drainage geeft een groter risico op SIRS en heropname op de ICU
- D. Vroege drainage leidt tot een kortere opnameduur

**Codering: 2025-90**

**Juiste antwoord:**

- B. Uitstellen van drainage leidt bij circa 1/3 van de patiënten tot spontaan herstel

**Literatuur:** POINTER trial, NEJM 2021 Oct 7;385(15):1372-1381



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Een 45-jarige man ondergaat een eerste coloscopie vanwege familiair voorkomen colorectaal carcinoom (CRC) . Op 52-jarige leeftijd werd bij zijn moeder en haar zus CRC gediagnosticeerd.

Bij coloscopie wordt 1 poliep van 5 mm koud gelist in het rectum met als PA-uitslag een traditional serrated adenoom.

Wat is het beleid ten aanzien van surveillance voor deze patiënt?

- A. Geen surveillance, deelname aan het bevolkingsonderzoek over 10 jaren
- B. Surveillance coloscopie over 3 jaar
- C. Surveillance coloscopie over 5 jaar
- D. Surveillance coloscopie over 10 jaar

**Codering: 2025-91**

**Juiste antwoord:**

- B. Surveillance coloscopie over 3 jaar**

**Literatuur:**

FMS richtlijn "Coloscopie Surveillance" 2022

Richtlijn Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

U verwijdert bij een 71-jarige vrouw (die nooit eerder een colonoscopie onderging) een sessiele poliep van 8 mm uit het colon ascendens. Dit blijkt een “sessiel serrated adenoom met laaggradige dysplasie” te zijn.

Wat is het meest aangewezen beleid ten aanzien van surveillance coloscopie advies?

- A. Surveillance over 3 jaar
- B. Surveillance over 5 jaar
- C. Surveillance over 10 jaar
- D. Surveillance is niet geïndiceerd

**Codering: 2025-92**

**Juiste antwoord:**

- A. Surveillance over 3 jaar

**Literatuur:** FMS richtlijn “coloscopie” surveillance 2022



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

U start met een ERCP bij een patiënte met cholangitis op basis van choledocholithiasis. Helaas komt u niet stabiel voor de papil te liggen en het lijkt een lastige canulatie te worden.

Vanaf hoeveel aanrakingen van de papil wordt er gesproken van een moeilijke canulatie en dient te worden overgegaan naar alternatieve manier van canuleren volgens ESGE richtlijn?

- A. 5 aanrakingen
- B. 7 aanrakingen
- C. 9 aanrakingen
- D. 11 aanrakingen

**Codering: 2025-93**

**Juiste antwoord:**

- A. 5 aanrakingen

**Literatuur:** Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Een 78-jarige man meldt zich met klachten van hoge dysfagie, halitose en een storend borrelend geluid bij eten en drinken. Na aanvullend onderzoek blijkt hij een 5 cm diep Zenker's divertikel te hebben. Meneer heeft een behandelwens.

Welke behandeling is nu de eerste keus?

- A. Diverticulectomie via de uitwendige benadering (Hoofd-hals-chirurg)
- B. Flexible Endoscopic Septotomy (FES)
- C. PerOral Endoscopic Septotomy (POES)
- D. Zenker-PerOral Endoscopic Myotomy (Z-POEM)

**Codering: 2025-94**

**Juiste antwoord:**

- B. Flexible Endoscopic Septotomy (FES)**

**Literatuur:** ESGE guideline Endoscopic management of gastrointestinal motility disorders – part 2 (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1171-3174>)



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

U plaatst in een vlotte en ongecompliceerde procedure een percutane endoscopische gastrostomie (PEG) bij een 72-jarige patiënte, die een groot cerebrovasculair accident (CVA) heeft doorgemaakt. Een half uur later wordt u gebeld door de zaalarts: patiënte heeft geen klachten, wanneer mag er gestart worden met voeding via de PEG?

Wat is volgens de FMS richtlijn "Enterale voeding" het meest juiste antwoord op de vraag van de zaalarts?

- A. 2 uur na PEG plaatsing
- B. 6 uur na de PEG plaatsing
- C. 24 uur na PEG plaatsing
- D. Nadat met behulp van een opspuitfoto is bewezen dat de PEG goed geplaatst is
- E. Onmiddellijk na PEG plaatsing

**Codering: 2025-95**

**Juiste antwoord:**

- A. 2 uur na de PEG plaatsing

**Literatuur:** FMS Richtlijn "Enterale toegang" 2022



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Een 40-jarige man meldt zich op de Spoedeisende Hulp met klachten van melena sinds één dag. Hij heeft geen buikpijn, voelt zich licht in het hoofd, maar is niet flauwgevallen. Hij gebruikt geen medicatie. Bij het lichamelijke onderzoek is hij alert met een bloeddruk van 125/80 mmHg en een polsfrequentie van 88x/min. Zijn Hb is 8.1 mmol/L en het ureum is 5.8 mmol/L. Er zijn geen tekenen van leverlijden of hartfalen.

Wat is nu het meest aangewezen beleid ten aanzien van opname en gastroscopie?

- A. Expectatief beleid, geen opname en geen gastroscopie
- B. Geen opname en poliklinische gastroscopie
- C. Opname met gastroscopie < 12 uur
- D. Opname met spoedgastroscopie < 2 uur

**Codering: 2025-96**

**Juiste antwoord:**

- B. Geen opname en poliklinische gastroscopie**

**Literatuur:** NVMDL Richtlijn: 'Bloedingen tractus digestivus' 2017



### **Categorie 11: Endoscopie**

#### **Vraag:**

Een 65-jarige man met een negatieve familieanamnese voor maagkanker ondergaat een gastroscopie. Prepylorisch ziet u kleine wittige plekjes endoscopisch verdacht voor intestinale metaplasie. U ziet in de maag geen tekenen van atrofie, en in het corpus ziet u geen voor intestinale metaplasie verdachte laesies. Biopten uit het antrum bevestigen het bestaan van intestinale metaplasie, maar random biopten uit het corpus tonen geen intestinale metaplasie of atrofie. *Helicobacter Pylori* test is negatief.

Wat is het meest aangewezen beleid met betrekking tot surveillance?

- A. Eenmalige surveillance gastroscopie over 5 jaar
- B. Geen surveillance middels gastroscopie
- C. Surveillance gastroscopie elke 3 jaar
- D. Surveillance gastroscopie elke 5 jaar

**Codering: 2025-97**

#### **Juiste antwoord:**

**B. Geen surveillance middels gastroscopie**

**Literatuur:** ESGE guideline: Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): ESGE, EHMSG, and ESP guideline update 2025



**Categorie 11: Endoscopie**

**Vraag:**

Een man van 45 jaar komt om 21.00 uur op de SEH omdat er een stuk biefstuk vast zit in de slokdarm. Hij heeft een bakje onder zijn kin waarin hij al zijn speeksel uitspuugt.

Wat is het aangewezen beleid?

- A. Dezelfde avond gastroscopie voor verwijderen van het stuk vlees
- B. Ontslag naar huis en poliklinische gastroscopie de volgende ochtend om 9 uur voor verwijderen van het stuk vlees
- C. Ontslag naar huis met advies spa rood of cola te drinken en instructie aan patiënt dat als het de volgende dag nog niet gezakt is, hij contact opneemt met het ziekenhuis voor verder beleid
- D. Opname en gastroscopie de volgende ochtend om 9 uur voor verwijderen van het stuk vlees

**Codering: 2025-98**

**Juiste antwoord:**

- A. Dezelfde avond gastroscopie voor verwijderen van het stuk vlees

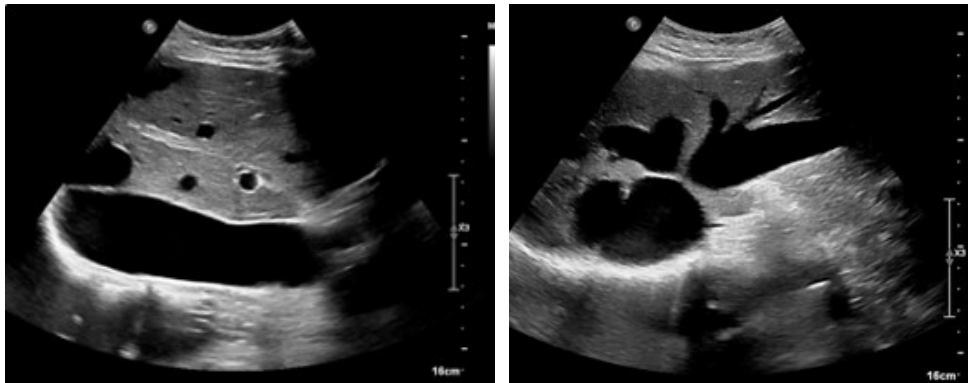
**Literatuur:** Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline Endoscopy 2016;48:1-8

**Categorie 12: Abdominale echografie**

**Vraag:**

Er wordt een echo lever verricht bij een 50-jarige vrouw. Hierbij worden de volgende beelden gevonden.

Wat is de juiste interpretatie van het ECHO beeld?



- A. Dit echografisch beeld past bij een Budd Chairi syndroom
- B. Dit echografisch beeld past bij hartfalen
- C. Dit echografisch beeld past bij een normale lever
- D. Dit echografisch beeld past bij een vena portae trombose

**Codering: 2025-99**

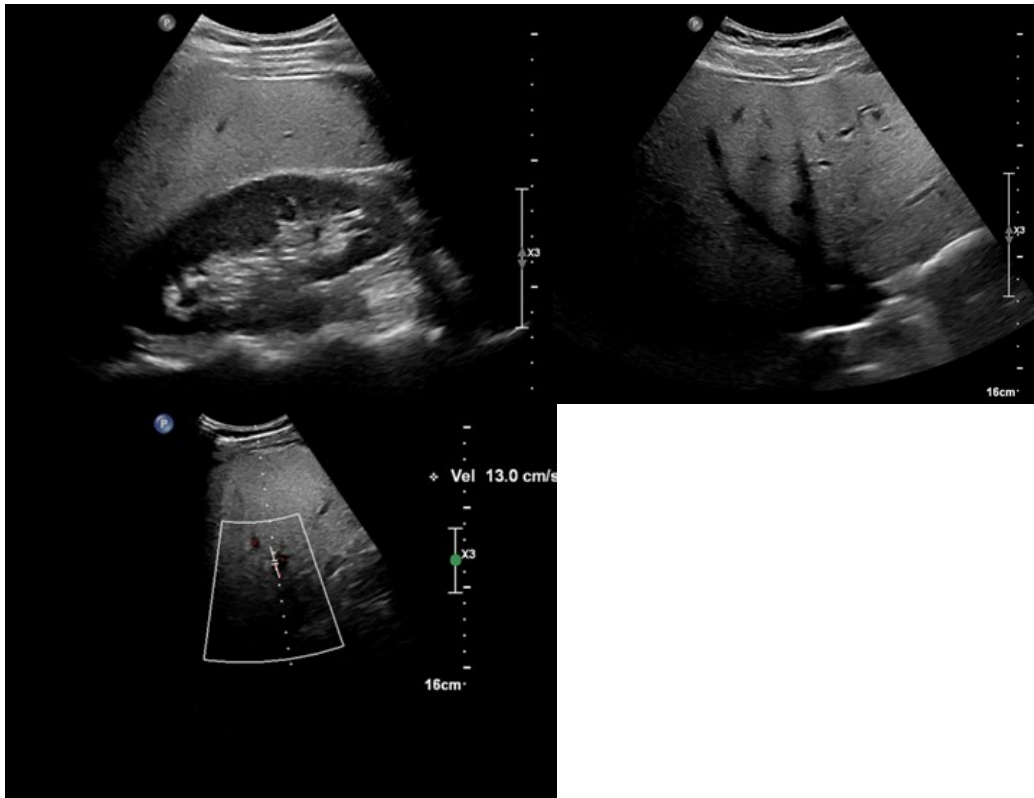
**Juiste antwoord:**

- B. Dit echografisch beeld past bij hartfalen**

**Categorie 12: Abdominale echografie**

**Vraag:**

Een 30-jarige man komt vanwege leverenzymafwijkingen voor een echografisch onderzoek en u ziet onderstaande beelden.



Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Budd Chiari
- B. Cholecystolithiasis
- C. Cholecystitis
- D. Levercirrose
- E. Steatosis hepatis

**Codering: 2025-100**

**Juiste antwoord:**

- E. Steatosis hepatis