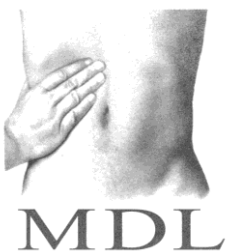


# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Graag uw aandacht voor het volgende

- Hulpmiddelen zijn NIET toegestaan
- De antwoorden op deze toets moeten worden ingevuld op het zogenaamde schrapformulier
- Het schrapformulier mag niet gevouwen worden
- Op uw tafel mag uitsluitend liggen: de toets, het schrapformulier, uw legitimatie
- Telefoon moet uit staan, en in de tas op de grond of inleveren aan de registratiebalie
- Afkijken of spreken met andere kandidaten leidt tot verwijdering uit de zaal
- Indien u klaar bent met de toets dan kunt u het ingevulde schrapformulier voor in de zaal inleveren
- U mag de zaal echter niet eerder dan 30 minuten na aanvang van de toets verlaten
- Deze set toetsvragen kunt u behouden, de antwoorden worden gepubliceerd op de website



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 1

In welk jaar van de MDL-opleiding bent u:

- A. jaar 3
- B. jaar 4
- C. jaar 5
- D. jaar 6

## Vraag 2

Gegeven: Een 63-jarige vrouw ondergaat een echo van de buik vanwege leverenzymstoornissen. De conclusie van het verslag luidt: hepatomegalie 16 cm en homogeen hyperechoogeen leverparenchym.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijk diagnose?

- A. Auto-immuun hepatitis
- B. Levercirrose
- C. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)
- D. Primair scleroserende cholangitis
- E. Virale hepatitis

**Juiste antwoord: C**

Literatuur:

The Diagnosis and Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association  
Naga Chalasani, MD, FACP,1 Zobair Younossi, MD, FACP,2 Joel E. Lavine, MD, PhD,3 Anna Mae Diehl, MD,4 Elizabeth M. Brunt, MD,5 Kenneth Cusi, MD,6 Michael Charlton, MD,7 and Arun J. Sanyal, MD  
HEPATOLOGY, 2012; 55; 6:2005-23.

## Vraag 3

Gegeven: Een vrouw van 51 jaar klaagt over pijn aanvallen in de rechter bovenbuik sinds een aantal weken na het eten van 'vette' maaltijden. Leverlab is normaal. Op de echo wordt een 15 mm galblaaspoliep gezien.

Vraag: Wat is in dit geval nu het meest aangewezen beleid?

- A. CT-scan
- B. Expectatief beleid en geruststellen
- C. Periodieke echografische controle van de poliep
- D. Starten met ursodeoxycholzuur (UDCA) 10-15 mg/kg
- E. Verwijzing naar de chirurg voor galblaasresectie

**Juiste antwoord: E**

Literatuur: Myers RP, Shaffer EA, Beck PL . Gallbladder polyps: epidemiology , natural history and mangement. Can J gastroenterol 2002;16: 187-94

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 4

Gegeven: U ziet een 54-jarige patiënt met chronische hepatitis C. Deze heeft hij opgelopen in de late jaren zeventig toen hij experimenteerde met drugs. Hij is onbehandeld. Hij heeft een leverbiopt ondergaan waarbij beperkte (Metavir F1) fibrose aantoonbaar is.

Vraag: Welke factor is in dit geval de MINST belangrijke factor bij de progressie van de leverziekte?

- A. Alcohol gebruik
- B. Hepatitis B co-infectie
- C. Hepatitis C genotype
- D. Leeftijd bij besmetting
- E. Mannelijk geslacht

Juiste antwoord: C

Literatuur: Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. Lancet. 1997 Mar 22;349(9055):825-32.

## Vraag 5

Gegeven: Een 57-jarige vrouw met een chronische hepatitis C en klinische tekenen van cirrose en portale hypertensie ondergaat echo onderzoek van de buik en de bevindingen zijn passend bij cirrose met splenomegalie en ascites in de onderbuik. De fibroscan toont een betrouwbare uitslag (36.4 kPa; IQR 3.1, 100% succes rate) passend bij fibrose graad 4 (Metavir score)/cirrose. Bij een Child-Pugh score C (10) is de MELD (Model of End stage Liver Disease) score 19. Patiënte ondergaat screening onderzoek voor levertransplantatie.

Vraag: Welke van de volgende scores bepaalt in dit geval de wachttijd tot transplantatie voor de patiënte?

- A. Child-Pugh score
- B. Fibroscan
- C. MELD score
- D. Metavir score

Juiste antwoord: C

Literatuur: Asrani & Kim. Model of end stage liver disease: the end of the first decade. Clin Liver Dis 2011;15:685

## Vraag 6

Vraag: Welke oorzaak was tot voor kort de meest frequente oorzaak voor acuut leverfalen bij volwassenen in Nederland?

- A. Autoimmuun hepatitis
- B. Hepatitis A+C+D+E
- C. Hepatitis B
- D. Toxiciteitsreacties op geneesmiddelen
- E. Zwangerschaps-geassocieerde leverziekte

Juiste antwoord: D

Literatuur: Richtlijn acuut leverfalen, NIV 2010

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 7

Gegeven: Een vrouw van 24 jaar, moeder van 2 kinderen, wordt plotseling geel en klaagt over vermoeidheid en gewrichtsklachten. Het bloedonderzoek toont: ASAT 420 U/l (n<40), ALAT 450 U/l (n<45), AF 143 U/l (n<120), bilirubine totaal 150 micromol/L (n<17), IgG 26 g/L (n<16), antinucleaire antistoffen positief, gladde spier antilichamen positief, onderzoek op virussen negatief. Echo onderzoek toont een normale vorm van de lever, slanke galwegen en normale galblaas, open vaten, en een splenomegalie (14 cm transversaal).

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. D-Penicillamine
- B. Leverbiopt
- C. Levertransplantatie screening
- D. Prednisolon + (na 2-4 weken) Azathioprine
- E. Valaciclovir

Juiste antwoord: B

Literatuur: Manns MP et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. AASLD Practice Guidelines Autoimmune Hepatitis. Hepatology 2010;51:2193-2213

## Vraag 8

Gegeven: Bij een 52-jarige man wordt een chronische hepatitis C als oorzaak van zijn symptomatische leverziekte met ascites gediagnosticeerd. Het echo is passend bij cirrose. De fibroscan toont een betrouwbare uitslag passend bij fibrose graad 4/cirrose (32.1 kPa; IQR 2.3, 100%). Bij een Child-Pugh score C (10 punten) is de MELD (Model of End stage Liver Disease) score 19. Gezien de hoge MELD score > 15 wordt besloten tot een voorbereiding voor levertransplantatie.

Vraag: Wat is in dit geval de verwachting ten aanzien van de HCV voor de donorlever?

- A. HCV infectie verdwijnt, de cirrose komt bij  $\pm 30\%$  van de patiënten binnen 5 jaar terug
- B. HCV infectie persisteert, de cirrose komt bij  $\pm 30\%$  van de patiënten binnen 5 jaar terug
- C. HCV infectie verdwijnt, de cirrose komt bij  $\pm 60\%$  van de patiënten binnen 5 jaar terug
- D. HCV infectie persisteert, de cirrose komt bij  $\pm 60\%$  van de patiënten binnen 5 jaar terug

Juiste antwoord: B

Literatuur: EASL Recommendations for treatment of chronic hepatitis C. J Hepatol 2014, epub ahead of print.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 9

Gegeven: Een 38-jarige patiënte komt op uw poli met klachten van wisselende diarree en flatulentie sinds maanden, rugklachten, tintelingen aan de voeten en een amenorroe. Bij lichamelijk onderzoek van de verzwakt blijkende vrouw vallen huidafwijkingen op passend bij een hyperkeratotische dermatitis, perifere oedemen en sensibiliteitsstoornissen aan de voeten. Basaal laboratoriumonderzoek toont normale serumelektrolyten, een normale nierfunctie, maar lichte verhoging van ALAT (2.2xN) en ASAT (1.8xN) (bij normaal gamma-GT en alkalische fosfatase) en een verlaagd Hb bij een MCV van 108 fl.

Uw coassistent heeft een aantal serologische tests op een lijstje gezet die zij graag wil laten bepalen.

Vraag: Welke van onderstaande tests is nu het meest aangewezen om snel tot een diagnose te komen (en toch het budget te beschermen)?

- A. ANCA
- B. Anti-tissue Transglutaminase (tTG)-IgA (en totaal IgA)
- C. Antilichamen tegen *Campylobacter jejuni*
- D. Coombs test
- E. HBsAg

Juiste antwoord: B

Literatuur: Rubio-Tapia & Murray. The liver in celiac disease. *Hepatology* 2007;46:1650.

## Vraag 10

Gegeven: Een 55-jarige Nederlandse vrouw komt op uw spreekuur met haar laboratoriumuitslagen van een ander ziekenhuis. Er is virusserologie bepaald. Zij gaat op reis naar India.

Mevrouw wil weten welke antistoffen bescherming bieden tegen een virus(her)infectie.

Vraag: Welke antistoffen met een titer > 300 IU/ml bieden bescherming tegen een virus(her)infectie?

- A. Anti-HBs
- B. Anti-HCV
- C. Anti-HDV
- D. Anti-HEV
- E. Antistoffen soluble liver antigen (SLA)

Juiste antwoord: A

Literatuur: Wedemeyer et al. Immunopathogenesis of HEV infection. *Sem Liver Dis* 2013;33:71

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 11

Gegeven: U wordt gebeld door de coassistent over een 22-jarige patiënte die hij zojuist op de spoedeisende hulp gezien heeft. Hij denkt bij deze acuut zieke vrouw aan een Budd-Chiari syndroom.

Vraag: Wat is de klassieke klinische trias die de coassistent terecht aan een acuut Budd-Chiari syndroom laat denken?

- A. Hepatomegalie, ascites en buikpijn
- B. Hepatomegalie, spider naevi en icterus
- C. Hepatomegalie, perifere oedemen, en icterus
- D. Splenomegalie, misselijkheid en buikpijn
- E. Varicesbloeding, caput medusae, en icterus

Juiste antwoord: A

Literatuur: Plessier et al. Management of hepatic vascular diseases. J Hepatol 2012;56:S25.

## Vraag 12

Gegeven: Een 56-jarige vrouw met vermoeidheidsklachten en vooral 's nachts jeukklachten aan armen en benen komt op uw spreekuur. Lichamelijk onderzoek toont krabsporen aan de onderbenen. Het basaal lab onderzoek toont een cholestatisch enzym patroon met vooral een verhoging van alkalische fosfatase en GGT en een milde verhoging van ALAT en ASAT. Bij uw verder labonderzoek op serum IgM en antimitochondriale antilichamen toont patiënte inderdaad een verhoging van IgM en is positief voor AMA. U stelt de diagnose van een primair biliare cirrose (PBC).

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling voor de PBC?

- A. Cholestyramine, 4 g voor en na ontbijt
- B. Chenodeoxycholzuur, 10 mg/kg/d
- C. Cholzuur, 15 mg/kg/d
- D. Obeticholzuur, 0.1 mg/kg/d
- E. Ursodeoxycholzuur, 13-15 mg/kg/d

Juiste antwoord: E

Literatuur: EASL Clin Pract Guidelines for the management of cholestatic liver diseases. J Hepatol 2009;51:237.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 13

Gegeven: Een 45-jarige homoseksuele man is elders bekend met chronische hepatitis B. Hij heeft altijd in Nederland gewoond. Hij drinkt zelden alcohol en gebruikt geen medicatie. Hij is met zijn vaste partner tot 4 weken geleden naar Thailand op vakantie geweest en meldt zich nu moe en icterisch op uw spreekuur. De lever is net palpabel en drukpijnlijk, de milt wordt niet gevoeld. Verder zijn er bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. Bloedonderzoek toont: Totaal bilirubine 70  $\mu\text{mol/l}$  (voornamelijk geconjugeerd), alkalisch fosfatase 90 IU/l (<60), gamma glutamyl transferase 120 IU/l (<60), alanine aminotransferase 300 IU/l, aspartaat aminotransferase 400 IU/l. INR, albumine en aantal trombocyten zijn normaal. Virologie: IgG anti-HAV positief, IgM anti-HAV positief, HBsAg positief, anti-HBs negatief, IgG anti-HBc positief, HBeAg positief, anti-HBe negatief, HBV-DNA load te laag om te kwantificeren, kwalitatief HBV-DNA positief, anti-HCV negatief, IgG anti-HDV negatief, IgM anti-HDV negatief, IgG anti-HEV negatief, IgM anti-HEV negatief.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute exacerbatie van chronische hepatitis B
- B. Acute hepatitis A bij chronische hepatitis B
- C. Acute hepatitis E bij chronische hepatitis B
- D. Co-infectie van hepatitis C bij chronische hepatitis B

Juiste antwoord: B

Literatuur: volgt

## Vraag 14

Gegeven: Een 29-jarige verpleegkundige heeft zich 1 maand geleden aan een naald van een patiënt met hepatitis B geprikt. Omdat ze gevaccineerd was tegen hepatitis B maakte ze zich geen zorgen. Nu komt ze bij u omdat haar echtgenoot opmerkte dat haar ogen geel werden. De laatste week was ze meer vermoeid geworden dan voorheen. Alcoholgebruik is 2 glazen wijn per week. Ze gebruikt geen medicatie en heeft een blanco voorgeschiedenis. Ook is er geen recent tropenbezoek. Bloedonderzoek toont: totaal bilirubine 60  $\mu\text{mol/l}$ , alkalische fosfatase 70 IU/l (<60), gamma glutamyl transferase 100 IU/l (<60), alanine aminotransferase 900 IU/l (<35), aspartaat aminotransferase 1200 IU/l (<30), albumine 30 g/l, INR 1.2. Bij lichamelijk onderzoek, behoudens lichte icterus geen afwijkingen. Virologisch onderzoek: IgG anti-HAV positief, IgM anti-HAV negatief, HBsAg negatief, anti-HBs positief, anti-HBc negatief, anti-HCV negatief, HCV-RNA positief, IgG anti-HEV positief, IgM anti-HEV negatief, anti-HIV 1/2 negatief, HIV-RNA negatief.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute hepatitis B bij chronische hepatitis C
- B. Acute hepatitis C bij immuniteit tegen hepatitis B
- C. Acute hepatitis E bij immuniteit tegen hepatitis B
- D. Chronische hepatitis B (non-responder op vaccinatie) met acute hepatitis A
- E. Chronische hepatitis C bij status na geslaagde vaccinatie tegen hepatitis B

Juiste antwoord: B

Literatuur: volgt

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 15

Gegeven: Een 48-jarige alleenstaande man met blanco medische voorgeschiedenis wordt door de huisarts naar de spoedeisende hulp verwezen wegens icterus en verwardheid. Hij drinkt gemiddeld 3 glazen bier per dag en heeft wisselende homoseksuele contacten. De laatste 3 weken is hij toenemend moe, sinds een week is er toenemende geelzucht en sinds een dag ook verwardheid. Bij lichamelijk onderzoek is hij diep icterisch, traag, verward en onrustig. Bloedonderzoek toont: ASAT 11000 U/l, ALAT 15000 U/l, AF 130 U/l, GGT 70 U/l, albumine 20 g/l, INR 4.0, bilirubine 350  $\mu\text{mol/l}$ , trombocyten  $300 \times 10^9/\text{l}$ .

IgG anti-HAV positief, IgM anti-HAV negatief, HBsAg negatief, anti-HBs negatief, IgG anti-HBc negatief, IgM anti-HBc positief, HBV-DNA positief, anti-HCV negatief, HCV-RNA negatief, IgG anti-HDV negatief, IgM anti-HDV negatief, IgG anti-HEV positief, IgM anti-HEV negatief, anti-HIV ½ negatief. Echografie van de bovenbuik toont een kleine lever, verder geen afwijkingen.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute hepatitis B met acuut leverfalen
- B. Flare van chronische hepatitis B
- C. Hepatitis C met acuut leverfalen
- D. Hepatitis delta superinfectie bij chronische hepatitis B met cirrose en encefalopathie
- E. Chronische hepatitis E met gedecompenseerde cirrose

Juiste antwoord: A

Literatuur: zal door ons worden opgevraagd

## Vraag 16

Gegeven: Een 70-jarige patiënt met alcoholische levercirrose en ascites wordt met ceftriaxon behandeld voor een spontaan bacteriële peritonitis.

Vraag: Wanneer dient in dit geval additionele behandeling met albumine te worden ingesteld?

- A. Alleen indien er sprake is van een gestoorde nierfunctie
- B. Alleen indien er sprake is van een verhoogd bilirubine ( $>68 \mu\text{mol/L}$ )
- C. In alle gevallen van spontaan bacteriële peritonitis
- D. Indien er sprake is van een gestoorde nierfunctie en / of verhoogd bilirubine ( $>68 \mu\text{mol/L}$ )
- E. Indien er sprake is van hepatische encefalopathie

Juiste antwoord: D

Literatuur: Runyon BA. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. *Hepatology*. 2013 Apr;57(4):1651-3. doi: 10.1002/hep.26359 and [www.aasld.org/guidelines](http://www.aasld.org/guidelines)



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 17

Gegeven: De GGD verwijst een 42-jarige patiënt met chronische hepatitis-B-virusinfectie naar de MDL-arts. Hij is afkomstig uit Turkije en heeft geen klachten. Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen bijzonderheden. Het aanvullend onderzoek staat vermeld in de tabel.

ALAT	120 IU/L
HBeAg	positief
HBsAg	positief
HBV DNA	$2 \times 10^6$ IU/ml
Fibroscan	8 kPa
Echografie	Geen focale afwijkingen

Op basis van deze gegevens stelt u het beleid op.

Vraag: Welk beleid is volgens de meest recente richtlijn behandeling van chronische hepatitis-B-virusinfectie in dit geval aangewezen?

- A. Behandeling met lamivudine
- B. Behandeling met peginterferon
- C. Behandeling met peginterferon en entecavir
- D. Behandeling met telbivudine

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: NVMDL Richtlijn behandeling chronische hepatitis B, 2012

## Vraag 18

Gegeven: Een 61-jarige patiënt wordt verwezen voor een levertransplantatie vanwege een hepatocellulair carcinoom. Hij is bekend met een post-alcoholische levercirrose. Er is sprake van portale hypertensie. De CT-scan toont 3 haarden met de specifieke radiologische kenmerken van een HCC. De grootste haard in segment IV is 4.2 cm en twee haarden in segment V en VI van respectievelijk 2 en 2.7 cm. Er zijn geen aanwijzingen voor extra-hepatische maligniteit en de patiënt verkeert in een goede algehele conditie. De MDL-arts vertelt de patiënt dat hij op dit moment niet in aanmerking kan komen voor een levertransplantatie.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Behandelen met sorafenib en daarna herevalueren voor levertransplantatie
- B. RFA van de drie haarden en daarna herevalueren voor levertransplantatie
- C. TACE van de grootste haard en daarna herevalueren voor levertransplantatie
- D. TACE van de grootste haard en RFA van de twee kleine haarden en daarna herevalueren voor levertransplantatie

**Juiste antwoord: D**

Literatuur:

IKNL Richtlijn Hepatocellulair carcinoom; <http://www.oncoline.nl/hepatocellulair-carcinoom>

A. N. Gordon-Weeks<sup>1</sup>, A. Snaith<sup>1</sup>, T. Petrinic<sup>1</sup>, P. J. Friend<sup>1</sup>, A. Burls<sup>2</sup> and M. A. Silva<sup>1</sup> Systematic review of outcome of downstaging hepatocellular cancer before liver transplantation in patients outside the Milan Criteria. Br Journ Surg 2011.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 19

Gegeven: U ziet een vrouw van 20 jaar met in de voorgeschiedenis een gediagnosticeerde colitis ulcerosa op 12-jarige leeftijd. Toen presenteerde ze zich met een ulceratieve proctitis die goed onder controle was met "mesalamine" zepillen. Twaalf maanden geleden ontwikkelde ze verslechterende symptomen inclusief bloederige diarree. Een coloscopie toonde gematigde tot ernstige pancolitis. Ze is begonnen met Asacol ("mesalamine") 800 mg, drie maal per dag en prednison. Het lukte haar niet om steroïde-onafhankelijk te worden zonder terugkerende symptomen te ervaren. Zes maanden geleden was ze begonnen met azathioprine, 2.5 mg/kg zonder significante respons. Momenteel gebruikt ze Prednison, 30 mg, dagelijks en ze heeft 4 tot 5 maal zachte ontlasting per dag.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Azathioprine continueren en beginnen met Tacrolimus, 0.1 mg/kg per dag, verdeeld over twee maal per dag
- B. Azathioprine continueren en Infliximab starten, 5 mg/kg IV op 0,2, en 6 weken
- C. Azathioprine stoppen en beginnen met Methotrexaat, 15 mg, intramusculair per week
- D. Overstappen van Asacol naar Colazal (Balsalazide) en de volgende 4 weken klinisch vervolgen
- E. Prednison afbouwen en Entocort EC (Budesonide) starten, 9 mg per dag

Juiste antwoord: B

Literatuur: volgt

## Vraag 20

Gegeven: Een patiënte met incontinentie voor ontlasting bezoekt uw spreekuur. In de voorgeschiedenis heeft zij een derdegraads ruptuur van de anale sfincter. Zij defeceert 1-3 x daags en is wekelijks incontinent.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Diagnostiek verrichten: anale endo-echo
- B. Diagnostiek verrichten: anale endo-echo en anale manometrie
- C. Therapie: vezels geven
- D. Therapie: vezels en fysiotherapie

Juiste antwoord: D

Literatuur: Lam TJ, Mulder CJ, Felt-Bersma RJ. Critical reappraisal of anorectal function tests in patients with faecal incontinence who have failed conservative treatment. *Int J Colorectal Dis.* 2012 Jul;27(7):931-7. doi: 10.1007/s00384-012-1415-9. Epub 2012 Feb 18. PubMed PMID: 22350189; PubMed Central PMCID: PMC3378831.

Lam TJ, Kuik DJ, Felt-Bersma RJ. Anorectal function evaluation and predictive factors for faecal incontinence in 600 patients. *Colorectal Dis.* 2012 Feb;14(2):214-23. doi: 10.1111/j.1463-1318.2011.02548.x. PubMed PMID: 21689265.

ZIE OOK RICHTIJK TOTAALRUPTUUR GYN (2013)

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 21

Gegeven: Een patiënte met obstipatie heeft een evacuatieprobleem/outletobstructie.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke oorzaak?

- A. Dyssynergie van de bekkenbodern
- B. Descensus perinei
- C. Intussusceptie
- D. Rectocele

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: Lam TJ, Felt-Bersma RJ. [Women with chronic constipation: clinical examination is more important than anorectal function testing]. Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(8):A5665. Review. Dutch. PubMed PMID: 23425716.

Lam TJ, Felt-Bersma RJ. Clinical examination remains more important than anorectal function tests to identify treatable conditions in women with constipation. Int Urogynecol J. 2013 Jan;24(1):67-72. doi:

10.1007/s00192-012-1796-x. Epub 2012 May 23. PubMed PMID: 22618205; PubMed

Central PMCID: PMC3536997.

ZIE OOK RICHTLIJN PROLAPS GYN (2014)

## Vraag 22

Gegeven: Een 30-jarige patiënt klaagt over pijn in de anus bij defecatie sedert enkele weken met soms een spootje bloed. U verdenkt hem van een fissuur.

Vraag: Wat is op dit moment het meest aangewezen vervolgonderzoek?

- A. Rectaal toucher
- B. Rectaal toucher, proctoscopie
- C. Rectaal toucher, proctoscopie en coloscopie
- D. Proctoscopie/ sigmoidoscopie en rectaal toucher na sedatie

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: Felt-Bersma RJ, Bartelsman JF. Haemorrhoids, rectal prolapse, anal fissure, peri-anal fistulae and sexually transmitted diseases. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2009;23(4):575-92. doi:

10.1016/j.bpg.2009.04.010. Review. PubMed

PMID: 19647691.

ZIE OOK RICHTLIJN PROCTOLOGIE (2014-2015 PLANNING)

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 23

Gegeven: De heer Bayrakhtar is 28 jaar oud en heeft al jaren pijn tijdens de defecatie die soms gepaard gaat met rectaal bloedverlies. De ontlasting is daarbij normaal gevormd, niet hard, maar komt maar eens per 2-3 dagen. Bij inspectie van de anus ziet het er niet afwijkend uit, maar rectaal toucher is niet mogelijk, aangezien hij te veel knijpt. U doet een sigmoïdoscopie met een gastroscop met een diameter van 9 mm en ziet in inversie de top van een kleine fissuur. De huisarts schreef hem al driemaal daags isosorbidedinitraat crème voor.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Biofeedback fysiotherapie ter relaxatie van de bekkenbodern en het vermijden van paradoxaal persgedrag.
- B. Macrogol / electrolyten.
- C. Isosorbidedinitraat crème 1% vijfmaal daags behalve 's nachts gedurende 6-12 weken.
- D. Diltiazemcrème 2% tweemaal daags gedurende 6-12 weken
- E. Leefregels uitleggen (o.a. persvermijding, lichaamsbeweging, de anus reinigen met warm water na defecatie, voorzichtig drogen met een zachte doek en vervolgens wat zinkzalf aanbrengen).

Juiste antwoord: E

Literatuur: Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. Cochrane Database Syst Rev 2012; Febr 15;2: CD003431. doi: 10.1002/14651858.CD003431.pub3.

## Vraag 24

Gegeven: Een 68-jarige dame blijkt al jaren last te hebben van ongewild verlies van kleine hoeveelheden wat matig gevormde faeces wat haar sociaal functioneren blokkeert. Onder verdenking van paradoxe diarree is zij behandeld met laxantia maar daar werd het alleen maar erger van. Een coloscopie 3 jaar geleden was normaal. Bij navraag blijkt zij tijdens de derde partus 40 jaar geleden een flinke ruptuur gehad te hebben. Daarna heeft ze echter nooit problemen gehad met faecale incontinentie. Bij rectaal onderzoek vindt u een slappe sfincter met een vrij korte drukzone. Wanneer u het septum rectovaginale bimanueel palpeert is de externe sfincter aan de voorzijde erg dun. De knijpkracht lijkt redelijk.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Anorectaal functieonderzoek
- B. Coloscopie herhalen
- C. Dynamische defecografie
- D. Proefbehandeling met bijvoorbeeld loperamide 1-2 dd 2 mg
- E. Rectale endo-echografie van de sfincter

Juiste antwoord: D

Literatuur: Omar M, Alexander CE. Cochrane Database Syst Rev 2013, jun 11;6: CD002116. doi: 10.1002/14651858.CD002116.pub2

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 25

Gegeven: Een man van 52 jaar heeft een colonoscopie ondergaan vanwege een veranderd ontlastingspatroon. Zijn broer heeft een coloncarcinoom gehad op 55-jarige leeftijd. Bij de colonoscopie is één tubulair adenoom met laaggradige dysplasie van 5 mm verwijderd uit het sigmoïd.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Coloscopische controle over 1 jaar
- B. Coloscopische controle over 3 jaar
- C. Coloscopische controle over 5 jaar
- D. Coloscopische controle over 7 jaar
- E. Expectatief, geen reguliere coloscopische controle is nu aangewezen; over 10 jaar weer deelname aan het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker

Juiste antwoord: E

Literatuur: CBO-richtlijn familiale darmkanker 2008 en Richtlijn Colonoscopie-surveillance 2013

## Vraag 26

Gegeven: Een 67-jarige man wordt opgenomen met haematemesis. De voorgeschiedenis is blanco. Hij gebruikt verder geen medicatie. Bij spoed gastroscopie wordt oud bloed in de maag gezien met stolsels. Uitgebreid spoelen en wegzuigen levert geen verklaring op. Controle scopie na 24 uur toont geen afwijkingen in een goed beoordeelbare maag. Dezelfde avond heeft hij opnieuw last van haematemesis. Bij spoed re-scopie wordt opnieuw veel bloed in de maag gezien zonder actief bloedingsfocus.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Aorto-enterale fistel
- B. Cryptogene cardiavarix
- C. Dieulafoy's laesie
- D. Mallory-Weiss syndroom
- E. Post-pylorisch ulcus

Juiste antwoord: C

Literatuur: Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. M Baxter and EH Aly, Ann R Coll Surg Engl. Oct 2010; 92(7): 548–554.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 27

Gegeven: Een 71-jarige vrouw presenteert zich in de nacht op de spoedeisende hulp wegens fors helder rood bloedverlies sinds enkele uren. Zij is niet duizelig, haar bloeddruk is 145/90 liggend en 135/85 staand en de pols is 82 en regulair. Lab laat een Hb zien van 7.8 mmol/L, MCV 87 fl, Creatinine 76 micromol/L en een ureum van 5 mmol/L.

Vraag: Wat is van belang met betrekking tot de timing van een colonoscopie?

- A. Een colonoscopie binnen 24 uur leidt vaker tot een diagnose dan een latere colonoscopie
- B. Een colonoscopie tussen 25-48 uur leidt vaker tot een diagnose dan een later colonoscopie
- C. De opnameduur is korter indien de colonoscopie binnen 24 uur wordt verricht
- D. De opnameduur is korter indien de colonoscopie tussen de 25 en 48 uur wordt verricht

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: Laine, L. and Shah, A. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding. *American Journal of Gastroenterology*, 2010;105(12):2636-41.

Green, B.T, Rockey, D.C., Portwood, et al. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trail. *American Journal of Gastroenterology*, 2005;100: 2395-2402.

## Vraag 28

Gegeven: Een jongen van 16 jaar wordt door de huisarts naar u verwezen in verband met buikklachten. De klachten bestaan voornamelijk uit buikkrampen en obstipatie. Bij doorvragen blijkt de defecatie al zijn hele leven moeizaam te verlopen. Als kleuter is dit geduid als het gevolg van stress rondom de scheiding van zijn ouders, later als IBS-C. Verschillende laxantia hadden geen of weinig effect op de klachten. Hij is niet eerder door een specialist gezien.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Afname van een rectumzuigbiopt
- B. Coeliakie serologie
- C. MRI-defecografie
- D. Nogmaals starten met laxantia, nu in combinatie, en na 3 maanden terug

**Juiste antwoord: D**

Literatuur: Sleisenger And Fortrans's Gastrointestinal and Liver Disease, 6th edition, chapter 108, p 1813. Feldtman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 29

Gegeven: Een 53-jarige man is gediagnosticeerd met M. Crohn van het terminale ileum. Na succesvolle inductie van remissie met prednison start hij onderhoudstherapie in de vorm van 6-mercaptopurine. In de daaropvolgende 2 maanden ondergaat hij een aantal controles middels bloedafname om potentiële bijwerkingen in een vroeg stadium op te sporen. Inderdaad heeft hij afwijkingen ontwikkeld in deze periode en metabolieten van 6-mercaptopurine worden bepaald om een verklaring hiervoor te vinden.

Een van deze potentiële bijwerkingen is specifiek gerelateerd aan hoge spiegels van een metaboliet van 6-mercaptopurine, namelijk 6-thioguanine.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke bijwerking?

- A. Hypo-albuminemie
- B. Leukopenie
- C. Leverenzymstoornissen
- D. Nierfunctiestoornissen
- E. Pancreatitis

Juiste antwoord: B

Literatuur: Gisbert JP, Gomollon F. Thiopurine-induced myelotoxicity in patients with inflammatory bowel disease: a review. *Am J Gastroenterol.*2008;103:1783–1800.

## Vraag 30

Gegeven: Bij een 37-jarige man werd 12 jaar geleden de diagnose colitis ulcerosa gesteld. Bij de laatste exacerbatie, 4 jaar geleden, bleek er sprake van een pancolitis. Verder is hij sinds 2 jaar bekend met een PSC. U verricht een surveillance coloscopie waarbij behalve enige verlittekening, geen aanwijzingen voor dysplasie of actieve ontsteking worden gevonden.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid ten aanzien van verdere surveillance scopieën?

- A. Dit is gezien de langdurige remissie niet geïndiceerd
- B. Dit moet jaarlijks gebeuren
- C. Dit moet om de 3 jaar gebeuren
- D. Dit moet om de 5 a 6 jaar gebeuren

Juiste antwoord: B

Literatuur: Second European Evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 3: special situations. Van Assche et al. *J. Crohns colitis* 2013;7:1-33

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 31

Gegeven: Een jonge vrouw met een colitis in het kader van de ziekte van Crohn is in remissie met onderhoudsmedicatie in de vorm van azathioprine. Zij maakt zich zorgen over het risico op het ontstaan van colorectaal carcinoom (CRC) in het kader van de IBD.

Vraag: Welk advies/opmerking is in dit geval het meest aangewezen ten aanzien van het risico op het ontstaan van colorectaal carcinoom (CRC) in het kader van de IBD?

- A. Alleen in geval van stenoses in het colon is er sprake van een verhoogd risico
- B. Azathioprine vermindert de kans op het ontwikkelen van IBD-geassocieerd CRC
- C. In geval van de ziekte van Crohn is (in tegenstelling tot colitis ulcerosa) het risico op CRC feitelijk niet verhoogd
- D. Omdat er geen sprake is van fistels is er in haar geval geen extra risico op CRC

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: Risk of colorectal high-grade dysplasia and cancer in a prospective observational cohort of patients with inflammatory bowel disease. Beaugerie et al. Gastroenterol 2013;145:166-175  
Thiopurines prevent advanced colorectal neoplasia in patients with IBD. Van Schaik et al. Gut 2012;61:235-40

## Vraag 32

Gegeven: Een 46-jarige vrouw heeft sedert 4 jaar wisselend perioden met waterdunne diarree. Ze heeft 10-12 maal daags waterdunne diarree en veel kramp. Bij endoscopie worden geen macroscopische afwijkingen gezien, biopsen tonen een collageneuze colitis.

Vraag: Wat is in dit geval de voorkeursbehandeling?

- A. Budesonide 9 mg
- B. Loperamide 3 dd 2 mg
- C. Mesalazine 3-4 gram daags
- D. Prednison 30 mg

**Juiste antwoord: A**

Literatuur:

1. Pardi DS, Kelly CP. Microscopic colitis. Gastroenterology. 2011 Apr;140(4):1155-65.
2. Münch A, Aust D, Bohr J et al. Microscopic colitis: Current status, present and future challenges: statements of the European Microscopic Colitis Group. J Crohns Colitis. 2012 Oct;6(9):932-45



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 33

Gegeven: Een 28-jarige vrouw presenteert zich met sinds 6 weken bestaande klachten van bloederige diarree met slijm. Zij voelt zich niet ziek, maar wordt gehinderd door een defaecatiefrequentie van 8 keer per dag. U verricht een colonoscopie en vindt een actieve proctitis over een traject van 0-8 cm van de anus. Biopsen tonen een beeld passend bij proctitis ulcerosa.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Mesalazine oraal 1 dd 2 gram
- B. Mesalazine oraal 1 dd 4 gram
- C. Mesalazine supp 2 dd 500 mg
- D. Prednisolon oraal 1 dd 30 mg
- E. Prednisolon supp 1 dd 10 mg

Juiste antwoord: C

Literatuur: Richtlijn diagnostiek en behandeling IBD bij volwassenen.

Sutherland L, Macdonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2006 9; : CD 000543.Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2003; CD000543.

## Vraag 34

Gegeven: Bij een 60-jarige patiënt, via de huisarts verwezen vanwege diarree en bloedverlies, vindt u bij coloscopie een matig actieve linkszijdige colitis ulcerosa (van rectum tot flexura lienalis). De diagnose wordt PA bevestigd, feces onderzoek (kweek) is negatief. U wil starten met behandeling op basis van de Nederlandse IBD richtlijn.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Mesalazine oraal
- B. Mesalazine oraal en rectaal
- C. Steroïden oraal
- D. Steroïden oraal en rectaal
- E. Steroïden oraal en rectaal en na 4 weken start thiopurine

Juiste antwoord: B

Literatuur:

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van IBD bij volwassenen 2009 , blz 54 ev.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 35

Gegeven: U ziet een 40-jarige patiënt met buikklasten en intermitterend diarree. Er is klinisch vermoeden op de diagnose Irritable Bowel Syndrome (IBS).

Vraag: Welke diagnostiek is in het kader van analyse IBS nu zinvol en wordt in de Nederlandse richtlijn aanbevolen?

- A. Feceskweek op Salmonella, Shigella, Campylobacter en Yersinia
- B. Glucose ademtest voor bacteriële overgroei
- C. Schildklierfunctie
- D. Tissue Transglutaminase (tTG) antistoffen
- E. Proctoscopie

**Juiste antwoord: D**

Literatuur:

Multidisciplinaire richtlijn PDS 2011 , blz 14 ev Hoofdstuk Diagnostiek en behandeling

## Vraag 36

Gegeven: Een 30-jarige man met een matig ernstige stenoserende M. Crohn wordt sinds 5 maanden behandeld met een anti-TNF alfa preparaat in de vorm van infliximab 5 mg/kg á 8 weken na gebruikelijk inductieschema. Initieel leek er een sprake van redelijke respons op deze behandeling. Inmiddels is er een toename van klachten waarbij er bij endoscopische evaluatie geen verbetering wordt gezien ten opzichte van de endoscopie vóór start van infliximab. De dalspiegel van infliximab en antistoffen tegen infliximab worden bepaald. De dalspiegel betreft 7 ug/ml en antistoffen tegen infliximab zijn niet aantoonbaar.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Switch naar een andere TNF alfa blokker, bijvoorbeeld adalimumab
- B. Switch naar een biological met een ander aangrijpingspunt
- C. Verhogen van de dosis infliximab naar 10 mg/kg
- D. Verkorten van het dosisinterval van infliximab naar 4 weken

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: Ben-Horin et al. Autoimmun Rev. Optimizing anti-TNF treatments in inflammatory bowel disease. Autoimmun Rev 2014 Jan;13(1):24-30

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 37

Gegeven: Een 25-jarige studente culturele antropologie wordt door u behandeld met een TNF-alfa remmer voor haar ziekte van Crohn (colitis). Na een periode met forse ziekteactiviteit is de aandoening geheel in remissie. Zij gaat binnenkort vier weken op reis naar midden Afrika en komt dan in gebieden waar medische zorg niet of nauwelijks voorhanden is. Zij belt u en vraagt advies welke maatregelen zij tevoren moet treffen.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen advies met betrekking tot te nemen maatregelen?

- A. Akkoord met vaccinatie tegen gele koorts
- B. Advies om hepatitis A en B vaccinatie te herhalen (booster)
- C. Recept antibiotica, te gebruiken bij koorts of klachten
- D. Recept anthelmintica, te gebruiken bij pruritus ani

Juiste antwoord: C

Literatuur:

Richtlijn Verantwoord gebruik van biologicals 2011 , hoofdstuk 8 , blz 77 ev

## Vraag 38

Gegeven: Een 26-jarige Nederlander wordt opgenomen met krampende buikpijn en niet-bloederige diarree. De klachten bestaan sinds drie dagen. Hij is misselijk en niet in de staat om te eten en drinken. De patiënt is verder gezond en gebruikt geen geneesmiddelen. Hij wordt opgenomen. Na rehydratie lijkt het beter te gaan. In de feces wordt *Campylobacter jejuni* aangetoond.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen vervolgbeleid?

- A. Antibiotische therapie met ciprofloxacin 2dd500mg oraal
- B. Antibiotische therapie met ciprofloxacin 2dd400mg intraveneus
- C. Antibiotische therapie met azithromycine 1dd500mg oraal
- D. Antibiotische therapie met azithromycine 1dd500mg intraveneus
- E. Infuustherapie en correctie van elektrolytstoornissen

Juiste antwoord: E

Literatuur: Ruiz-Palacios GM. The health burden of *Campylobacter* infection and the impact of antimicrobial resistance: playing chicken. Clin Infect Dis 2007;44:701-705

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 39

Gegeven: Vier dagen na het eten van een hamburger ontwikkelde een 55-jarige vrouw een zelflimiterende bloedige diarree. De klachten verdwenen zonder specifieke therapie na een aantal dagen. Daarna was haar stoelgang weer normaal. Tien dagen later wordt de patiënte van de huisarts op het spoed-spreekuur gepresenteerd voor de analyse van algehele malaise en hoofdpijn. De huisarts denkt aan een samenhang met de recente diarree.

Op het spreekuur wordt een bleke, zieke vrouw gezien met een bloeddruk van 200/100 mmHg. In het bloed worden volgende afwijkingen gevonden: Creatinine 345  $\mu\text{mol/l}$ , Hemoglobine 5,2 mmol/l, leucocyten  $15,2 \times 10^9/\text{l}$ , trombocyten  $45 \times 10^9/\text{l}$ .

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Dehydratie bij doorgemaakte, ernstige, waarschijnlijk bacteriële enteritis
- B. Salmonelle typhi enteritis met secundaire complicaties
- C. Verdenking inflammatoire darmziekte
- D. Verdenking op Hantavirus infectie
- E. Verdenking op hemolytisch-uremisch syndroom na enteritis met EHEC

Juiste antwoord: E

Literatuur: Karmali et al. The association between idiopathic hemolytic uremic syndrome and infection by verotoxin-producing *Escherichia coli*. *J Infect Dis* 1985;151:775-781

## Vraag 40

Gegeven: Een man van 24 jaar presenteert zich op de polikliniek. Hij heeft een jaar geleden een rondreis door Thailand, Cambodja en Laos gemaakt en heeft daar hij enkele dagen heftige diarree gehad. Daarna is de ontlasting dun gebleven, heeft hij buikkrampen en klachten van algehele malaise. Hij is een paar kilo afgevallen. In het laboratorium onderzoek is het albumine licht verlaagd en is er sprake van een licht verlaagd vitamine B12. Faecesonderzoek toont de aanwezigheid van *Giardia Lamblia*.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Expectatief, *Giardia* is een self-limiting disease
- B. Metronidazol 1 dd 2 gram gedurende 3 dagen
- C. Metronidazol 3 dd 500 mg gedurende 7 dagen
- D. Paromycine 3 dd 500 mg gedurende 10 dagen
- E. Vancomycine 4 dd 125 mg gedurende 5 dagen

Juiste antwoord: B

Literatuur: *SWAB richtlijn 2014: Antibiotische behandeling van acute infectieuze diarree*; Granados CE, Reveiz L, Uribe LG, Criollo CP. Drugs for treating giardiasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD007787.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 41

Gegeven: Bij een 23-jarige vrouw met pijn na het eten en gewichtsverlies wordt d.m.v. angiografie een stenose van de art coeliaca aangetoond. Bij een functietest wordt ischemie gedocumenteerd.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Chirurgische release van het crux van het diafragma
- B. Dieetmaatregelen (kleine, frequente maaltijden) met maagzuurremming
- C. Dilatatie van de vernauwde art coeliaca
- D. Plaatsing van een ballon-expandable stent in de art coeliaca

Juiste antwoord: A

Literatuur:

1. Mensink PB, van Petersen AS, Kolkman JJ, Otte JA, Huisman AB, Geelkerken RH. Gastric exercise tonometry: the key investigation in patients with suspected celiac artery compression syndrome. J Vasc Surg. 2006 Aug;44(2):277-81
2. van Petersen AS, Vriens BH, Huisman AB, Kolkman JJ, Geelkerken RH. Retroperitoneal endoscopic release in the management of celiac artery compression syndrome. J Vasc Surg. 2009 Jul;50(1):140-7

## Vraag 42

Gegeven: Een 73-jarige patiënt presenteert zich met drie weken bestaande bloederige diarree. De voorgeschiedenis vermeldt perifeer vaatlijden waarvoor hij ascal gebruikt. Bij coloscopie worden in het colon transversum en ascendens uitgeponste ulceraties, met tussenliggend normaal slijmvlies gevonden.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen vervolgonderzoek?

- A. Drie fasen CT-scan
- B. H-E kleuring van de colonbiopten
- C. Ontlastingsonderzoek
- D. Ziehl Neelsen kleuring van de colonbiopten

Juiste antwoord: A

Literatuur: Kolkman JJ, Bargeman M, Huisman AB, Geelkerken RH. Diagnosis and management of splanchnic ischemia. World J Gastroenterol. 2008 Dec 28;14(48):7309-20

## Vraag 43

Gegeven: Een 39-jarige vrouw met status na een 'gastric sleeve' wordt naar uw spreekuur verwezen in verband met braken. Bij het consult klaagt patiënte ook over dubbelzien en zwakte aan de extremiteiten. U besluit laboratoriumonderzoek te verrichten omdat u een vermoeden op deficiëntie van een vitamine heeft.

Vraag: Van welke vitamine deficiëntie is in dit geval het meest waarschijnlijk sprake?

- A. Vitamine A
- B. Vitamine B1
- C. Vitamine B12
- D. Vitamine C
- E. Vitamine E

Juiste antwoord: B

Literatuur: Beriberi na bariatrische chirurgie Goselink et al.. Ned Tijdschr Geneeskunde 2012;156:A4500

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 44

Gegeven: Een 28-jarige man wordt verwezen in verband met chronische niet-bloederige diarree. Anamnestic zijn er geen duidelijke aanknopingspunten, met name geen tropenbezoek, antibioticagebruik etc. Wel vertelt hij al vele jaren klachten te hebben. Laboratoriumonderzoek toont geen afwijkingen behoudens milde ferriprive anemie en een verlaagd serum IgA. Antistoffen tegen tTG en endomysium zijn negatief. Faecesonderzoek toont geen aanwijzing voor pathogene bacteriën of parasieten. Bij gastroscopie worden geen afwijkingen gevonden maar bipten van het duodenum tonen subtotaal vlokatrofie. Een glutenvrij dieet wordt gestart onder verdenking van coeliakie maar controle bipten van het duodenum na 3 maanden dieet tonen geen verbetering. Antistoffen tTG en endomysium wederom negatief. Aanvullende HLA-DQ typering is niet passend bij coeliakie.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Auto-immuun enteropathie
- B. Collagene spruw
- C. Infectie met *Giardia lamblia*
- D. Refractaire coeliakie
- E. Tropische spruw

Juiste antwoord: A

Literatuur: Corazza GR, Biagi F, Volta U, Andreani ML, De Franceschi L, Gasbarrini G. Autoantimmune enteropathy and villous atrophy in adults. *Lancet* 1997; 350: 106-109

Noncoeliac Enteropathy

The Differential Diagnosis of Villous Atrophy in Contemporary Clinical Practice

K. Pallav, D. A. Leffler, S. Tariq, T. Kabbani, J. Hansen, A. Peer, A. Bhansali, R. Najarian, C. P. Kelly [Disclosures](#), *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;35(3):380-390.

## Vraag 45

Gegeven: Een 34-jarige vrouw wordt naar de poli MDL verwezen in verband met een door de huisarts geconstateerd verlaagd vit B12 van 120 pmol/L (N = 160-660). Reden van bepalen was de vaak aanwezige vermoeidheid. De voorgeschiedenis is blanco, het dieet volwaardig. Aanvullend lab toont een normaal Hb en MCV. Patiënte dringt aan op verder onderzoek want zij heeft op internet gelezen dat maag- en darmaandoeningen de oorzaak kunnen zijn.

Vraag: Welk onderzoek is nu het meest aangewezen als eerste stap in de analyse?

- A. Antistoffen intrinsic factor en pariëtale cel
- B. Bepaling van serum foliumzuur
- C. Bepaling van serum methylmalonzuur (MMA)
- D. Gecombineerde gastroscopie en ileocoloscopie met bipten
- E. Serum gastrine

Juiste antwoord: C

Literatuur: De diagnostiek van vitamine B12-deficiëntie herzien - Wiersinga WJ et al. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:2789-94

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 46

Gegeven: Een 60-jarige man komt naar uw ziekenhuis een maand na partiële gastrectomie in verband met een maagcarcinoom. Hij klaagt over postprandiale pijn, misselijkheid, braken en diarree. Hij klaagt daarnaast over flushes en kortademigheid. Patiënt drinkt geen alcohol en rookt niet. Als medicatie gebruikt hij omeprazol en atorvastatine. Lichamelijk onderzoek levert geen afwijkingen op behalve een wat opgezette buik en luide peristaltiek. Het litteken van de operatie ziet er gezond uit.

Vraag: Wat is het meest aangewezen advies aan deze patiënt?

- A. Dosis omeprazol verhogen
- B. Loperamide voorschrijven
- C. Verhogen van de vezelrijkheid van het dieet
- D. Verminderen percentage koolhydraten in dieet
- E. Verminderen percentage vetten in dieet

Juiste antwoord: D

Literatuur: Postoperative problems: fundoplication and obesity surgery. Bron: Gastroenterol Clin North Am. 2011 Dec;40:809-21. Review. Auteurs: Rohof W, Bisschops R, Tack J, Boeckxstaens G.

## Vraag 47

Gegeven: Een 46-jarige man is sinds 1 jaar 5 kg (7%) afgevallen, wat geassocieerd is met laag volume diarree. Hij heeft daarnaast polyarthritis en klaagt over soms optredende visuele hallucinaties. Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen zichtbare gewrichtsafwijkingen. Een CT abdomen laat een gegeneraliseerde lymfadenopathie zien. Bij gastroscopie worden in het duodenum brede afgevlakte villi gezien. Biopsieën laten talrijke PAS-positieve macrofagen in de submucosa zien.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Antibiotica
- B. Corticosteroiden
- C. Glutenvrij dieet
- D. Protonpompremmers
- E. Segmentresectie duodenum

Juiste antwoord: A

Literatuur: De ziekte van Whipple Bron: Ned Tijdschr Geneeskd. 1999;143:388-92. Auteurs: Zaaijer H, Savelkoul P, Vandenbroucke-Grauls C.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 48

Gegeven: Een 64-jarige man heeft al jaren last van brandend maagzuur en reageert nauwelijks op zuurremmende medicatie. Bij endoscopie werd een kleine hernia diafragmatica gezien.

Vraag: Welke onderzoeken zijn in dit geval essentieel om vast te stellen of de patiënt kandidaat is voor antireflux chirurgie?

- A. X-oesofagus en 24-uurs pH meting
- B. X-oesofagus en slokdarmmanometrie
- C. X-oesofagus en maagontledigingsscan
- D. 24-uurs pH meting en slokdarmmanometrie
- E. 24-uurs pH meting en maagontledigingsscan
- F. Maagontledigingsscan en slokdarmmanometrie

Juiste antwoord: D

Literatuur: Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJ. Erroneous diagnosis of gastroesophageal reflux disease in achalasia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011;9:1020-4

## Vraag 49

Gegeven: Een 78-jarige man komt met de ambulance op de spoedeisende hulp in verband met acuut ontstane buikpijn. De voorgeschiedenis vermeldt alleen atriumfibrilleren. In verband met een geplande kiesextractie, die de volgende dag zou plaatsvinden, is de acenocoumarol nu 4 dagen gestaakt. Door de pijn is het lastig met de patiënt te communiceren, maar zijn echtgenote meldt dat hij acuut hevige pijn in de gehele buik kreeg, vrijwel direct gevolgd door braken en niet-bloedige diarree. U ziet een oudere man, die zeer hevige pijn lijkt te hebben. Bij onderzoek van de buik is er spaarzame peristaltiek. De buik is niet geprikkeld. Laboratorium onderzoek toont een leukocytengetal van  $26 \times 10^9/L$ . Het amylase bedraagt 128 IE/ml. Verder oriënterend bloedonderzoek is normaal.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute appendicitis
- B. Acute diverticulitis
- C. Acute mesenteriale ischemie
- D. Acute pancreatitis
- E. Maagperforatie

Juiste antwoord: C

Literatuur: Sise MJ. Acute mesenteric ischemia. Surg Clin North Am. 2014 Feb;94(1):165-81



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 50

Gegeven: Een 60-jarige niet acuut zieke vrouw presenteerde zich op de spoedeisende hulp met subacuut ontstane buikpijn en melena. In het lab werd een microcytaire ferriprive anemie geconstateerd (Hb 5 mmol/l), het CRP was 22 mg/l, normale leucocyten, trombocyten, levertests, creatinine en ureum. Geen koorts, normale controles. Het abdomen was drukpijnlijk ter plaatse van de rechter bovenbuik, er werd normaal klinkende peristaltiek gehoord. Een echo abdomen liet geen afwijkingen zien: normale galblaas, de fraaie appendix kwam goed a vue. Patiënte werd opgenomen ter observatie en onderging een gastroscopie en ileocolonoscopie die geen bijzonderheden lieten zien. Het CRP steeg door naar 100 mg/l, het Hb bleef stabiel. Een CT abdomen toonde een hypodense structuur met een diameter van 1 cm in de onderbuik welke uitging van de dunne darm met vetinfiltratie en enkele luchtbelletjes.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Cholecystitis
- B. Prikkelbaar darm syndroom
- C. Ontstoken divertikel van Meckel
- D. Ovarium cyste, al dan niet geruptureerd
- E. Sigmadiverticulitis

Juiste antwoord: C

Literatuur: 1. Uppal K, Tubbs RS, Matusz P et al. Meckel's diverticulum: a review. Clin Anat. 2011; May;24(4):416–22.  
2. Dumper J, Mckenzie S Mitchell P et al. Complications of Meckel's diverticula in adults. Can J Surg 2006.  
3. Mantas D, Kykalos S, Patsouras D et al. Small intestine diverticula: is there anything new? World Journal of Gastrointestinal Surgery, 2011; 3:49–53.

## Vraag 51

Gegeven: Een 70-jarige patiënt wordt opgenomen ter behandeling van ondervoeding bij een chronische darmziekte. U start enterale voeding.

Vraag: Welke parameter is het meest sensitief om bij deze patiënt al op korte termijn een verbetering van voedingstoestand waar te kunnen nemen?

- A. Knijpkracht met behulp van handknijpkrachtmeter
- B. Mid-bovenarm omtrek meting
- C. Plasma citrulline gehalte
- D. Serum pre-albumine
- E. Triceps huidplooimeting

Juiste antwoord: D

Literatuur: Caccialanza et al. Serum prealbumin as independent marker of short term energy intake. Nutrition 2013; 29: 580-2

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 52

Gegeven: Een 50-jarige man ondergaat een coloscopie wegens buikpijnklachten. Er worden bij deze scopie 15 adenomen aangetroffen, die in twee sessies allen worden verwijderd. Bij navraag blijkt zijn broer darmkanker gehad te hebben; ook deze had bij diverse coloscopieën meermalen adenomateuze poliepen. Hun beide ouders zijn niet bekend met darmpoliepen of darmkanker.

Vraag: Wat is in dit geval het meest waarschijnlijke erfelijk tumorsyndroom?

- A. (Attenuated)FAP
- B. Lynch syndroom
- C. MutYH geassocieerde polyposis
- D. Peutz-Jeghers syndroom
- E. Syndroom van Cowden

Juiste antwoord: C

Literatuur: volgt

## Vraag 53

Gegeven: De huisarts verwijst een 60-jarige man naar uw polikliniek in verband met een positieve familieanamnese voor darmkanker. Patiënt heeft geen klachten. U vraagt de familieanamnese uit en hierbij blijkt dat vader van patiënt op 62-jarige leeftijd aan een coloncarcinoom is overleden. Zus van vader had een cervixcarcinoom op 45-jarige leeftijd. De overige eerstegraads familieleden hadden geen coloncarcinoom of een ander type kanker. Patiënt heeft wel 2 broers die beiden al een coloscopie ondergingen en resp. 3 en 2 poliepen hadden.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. U legt patiënt uit dat zijn risico slechts marginaal verhoogd is ten opzichte van dat van de algemene bevolking en raadt hem aan mee te doen aan het landelijk bevolkingsonderzoek
- B. U stelt de diagnose Familiair Coloncarcinoom en spreekt een coloscopie af
- C. U legt patiënt uit dat u denkt aan Lynch-syndroom, doet een coloscopie en verwijst hem ook alvast door naar de polikliniek Klinische Genetica
- D. U legt patiënt uit dat u denkt aan AFAP (attenuated familiale adenomateuze polyposis) en doet een coloscopie. Als er meerdere poliepen zijn verwijst U hem door naar de polikliniek Klinische Genetica

Juiste antwoord: A

Literatuur: CBO-Richtlijn erfelijke darmkanker 2008: <http://oncoline.nl/erfelijke-darmkanker>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 54

Gegeven: Een patiënt met een slokdarmadenocarcinoom wordt verwezen voor endo-echografie. Bij endoscopie was er een geringe vernauwing in de slokdarm te zien die goed te passeren is. Het endo-echografisch beeld toont ingroei in de m. propria van de slokdarmwand. Er worden geen verdachte lymfomen onder het diafragma en bij de truncus coeliacus gezien. Proximaal van de tumor op 2 cm afstand wordt een 15mm grote bolvormig hypoechogeen para-oesophageaal lymfoom gezien.

Vraag: Wat is de meest waarschijnlijke stadiering bij deze patient?

- A. T1N0mx
- B. T2N0Mx
- C. T2N1Mx
- D. T3N1Mx

Juiste antwoord: C

Literatuur: TNM classification

## Vraag 55

Gegeven: Bij een 35-jarige vrouw wordt een colonoscopie verricht in verband met rectaal bloedverlies. Er worden drie poliepen gevonden met een doorsnede van 0.5-1.5 cm in het rechter hemicolon, waarvan 1 bij pathologisch onderzoek een intramucosaal carcinoom bevat. Uit de familieanamnese blijkt dat moeder van patiënte overleden is aan colorectaal carcinoom op 39-jarige leeftijd en dat een broer van patiënte op 37-jarige leeftijd een uretercarcinoom heeft gehad.

Vraag: Welke erfelijke aandoening speelt het meest waarschijnlijk in deze familie?

- A. Attenuated FAP (AFAP)
- B. Familiaire adenomateuze polyposis (FAP)
- C. Familiair colorectaal carcinoom
- D. Lynch syndroom
- E. MUTYH-geassocieerde polyposis (MAP)

Juiste antwoord: D (gecorrigeerd)

Literatuur: Erfelijke tumoren. Richtlijnen voor diagnostiek en preventie. Vereniging klinische genetica Nederland, 2010.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 56

Gegeven: Bij gastroscopie wordt een kleine focale laesie van 1x1 cm gevonden halverwege in een C6M6 Barrett oesofagus. PA onderzoek van de laesie toont adenocarcinoom; overige bipten van het Barrett slijmvlies tonen geen dysplasie. De laesie kan endoscopisch worden verwijderd.

Vraag: Welke diagnostische stap is nu als eerste geïndiceerd?

- A. CT-thorax/abdomen
- B. Endoechografie
- C. Endoscopische mucosale resectie
- D. PET-CT

Juiste antwoord: C

Literatuur: Fitzgerald RC et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. Gut 2014;63:7-42

## Vraag 57

Gegeven: U ziet op uw spreekuur een 21-jarige vrouw, met een blanco voorgeschiedenis, in verband met bovenbuikkachten. Tijdens het uitvragen van de familieanamnese vermeldt zij dat bij verschillende familieleden 'kanker' van de maag is gediagnosticeerd. Er is genetisch onderzoek verricht en er blijkt sprake van een E-cadherine mutatie in de familie.

Vraag: Van welke maligniteit(en) heeft zij een verhoogd risico indien de mutatie bij haar aanwezig is?

- A. Borstkanker en diffuus type adenocarcinoom van de maag
- B. Carcinoïd van de maag en schildkliercarcinoom
- C. Endometriumcarcinoom, colorectaalcarcinoom en intestinaal type adenocarcinoom van de maag
- D. Gastrointestinale stromacel tumoren (GIST)
- E. Intestinaal type adenocarcinoom van de maag en colorectaal carcinoom

Juiste antwoord: A

Literatuur: Fitzgerald RC et al, Hereditary diffuse gastric cancer: updated consensus guidelines for clinical management and directions for future research. J Med Genet. 2010 Jul;47(7):436-44.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 58

Gegeven: Op de polikliniek ziet u een 23-jarige vrouw waarbij recent coeliakie is gediagnosticeerd. Haar vader is erg ongerust over een verhoogde kans op kanker bij deze aandoening waar hij wel eens over heeft gehoord.

Vraag: Wat is in dit geval het meest juiste advies om aan de vader te geven?

- A. Er is sprake van een sterk verhoogd relatief risico op colorectaal carcinoom, echter het absolute risico hierop is laag
- B. Er is sprake van een verhoogd relatief risico op een enteropathy-associated T-cellymfoom, echter het absolute risico hierop is laag
- C. Er is sprake van een sterk verhoogd relatief risico op Morbus Hodgkin, echter het absolute risico hierop is laag
- D. Er zijn geen geassocieerde maligniteiten bekend

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: Verbeek WH et al, Incidence of enteropathy-associated T-cell lymphoma; a nation-wide study of a population based registry in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2008;43(11): 1322-8

## Vraag 59

Gegeven: Een 26-jarige vrouw, niet bekend met een leverziekte wordt naar uw spreekuur verwezen onder de verdenking van een hepatocellulair carcinoom. Afbeeldend onderzoek met contrast echo en MRI geeft de volgende karakteristieken: er zijn geen aanwijzingen voor een leverziekte, in segment 6 bevindt zich een solide laesie van 5 cm, met een centraal litteken. In het litteken bevinden zich arteriële vaatstructuren die radiaal als een spaakwiel naar de periferie van de laesie verlopen.

Vraag: Hoe dient deze afwijking het meest waarschijnlijk te worden geclassificeerd?

- A. Adenoom
- B. Focaal Nodulaire Hyperplasie (FNH)
- C. Haemangioom
- D. Hepatocellulair carcinoom
- E. Levercyste

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: Sherlock S, Dooley. *Diseases of the Liver*. Benign Liver Tumours.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 60

Gegeven: Een 58-jarige man heeft een slokdarmresectie met buismaagreconstructie ondergaan in verband met een distaal slokdarmcarcinoom.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid ten aanzien van de follow-up?

- A. Aanvullend onderzoek op indicatie
- B. Eerste jaar beeldvorming middels een CT-scan na 6 maanden, gevolgd door jaarlijks een CT-scan
- C. Jaarlijks beeldvorming door middel van een CT-scan
- D. Jaarlijks een gastroscopie

Juiste antwoord: A

Literatuur: Nederlandse richtlijn slokdarmkanker

## Vraag 61

Gegeven: Een 62-jarige man komt met een mid-oesofageaal slokdarmcarcinoom, type plaveiselcelcarcinoom T3N0M0 op uw spreekuur.

Vraag: Welke vorm van pre-operatieve behandeling biedt in dit geval het meest waarschijnlijk de grootste overlevingswinst?

- A. Geen enkele vorm van neo-adjuvante therapie
- B. Pre-operatieve chemotherapie
- C. Pre-operatieve chemoradiotherapie
- D. Pre-operatieve radiotherapie

Juiste antwoord: C

Literatuur: preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer, New Engl J Med, 2012 May 31; 366(22):2074-84

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 62

Gegeven: Een 55-jarige vrouw presenteert zich met rectaal bloedverlies. Bij colonoscopie wordt een niet-obstruerende rectumtumor gevonden, die de helft van de circumferentie beslaat. PA toont een matig gedifferentieerd adenocarcinoom. Stadiëringsonderzoek toont geen aanwijzingen voor metastasen op afstand. Op de MRI van het rectum is een tumor van 4 cm zichtbaar. Er is geen extramurale invasie. De afstand tot de mesorectale fascia is 1,2 cm. Er zijn geen pathologische lymfeklieren. De tumor wordt gestadieerd als T1-2N0M0.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Endoscopische verwijdering
- B. Neo-adjuvante chemoradiotherapie
- C. Resectie volgens TME principe
- D. Neo-adjuvante chemoradiotherapie gevolgd door resectie volgens TME principe
- E. Trans-ale endoscopische mucosectomie

Juiste antwoord: C (gecorrigeerd)

Literatuur: Taylor et al. Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study. *Ann. Surg.* 2011; 253 (4): 711-9

## Vraag 63

Gegeven: Een vrouw van 73 jaar presenteert zich met rectaal bloedverlies. Bij rectaal toucher voelt de huisarts een vaste weerstand, hij heeft bloed aan de handschoen. Patiënte wordt verwezen voor colonoscopie. Daar wordt op 5 cm van de anus een schotelvormig proces gezien, verdacht voor maligniteit, over een lengte van 2 cm, te passeren voor de scoop. Het proces wordt gebiopteerd en distaal geïnk. Het hele colon kan geïnspecteerd worden en bevat behoudens de rectale tumor geen andere afwijkingen.

Vraag: Welk aanvullend onderzoek is nu het meest aangewezen ter stadiering van de tumor?

- A. CT-colonografie en CT-thorax
- B. CT-thorax en CT-abdomen
- C. CT-colonografie en CT-abdomen
- D. MRI bekken en CT-thorax en CT-abdomen
- E. MRI bekken en CT-abdomen en X-thorax
- F. MRI bekken en MRI abdomen en X-thorax

Juiste antwoord: E

Literatuur: Richtlijn colorectaal carcinoom 2013 Oncoline

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 64

Gegeven: Een 55-jarige man met een blanco voorgeschiedenis presenteert zich met een stille icterus en jeuk. Verder is hij in de afgelopen 3 maanden spontaan 6 kg afgevallen. Echo abdomen is niet conclusief door overprojecterend darmgas.

Vraag: Welk onderzoek is in dit geval als eerste aangewezen?

- A. CA19-9 in serum
- B. CT
- C. ERCP
- D. EUS
- E. IgG4 in serum

Juiste antwoord: B

Literatuur: IKNL Landelijke Richtlijn Pancreascarcinoom, 2011

## Vraag 65

Gegeven: Patiënten met een potentieel resectabel slokdarmcarcinoom worden voorafgaand aan chirurgie behandeld met neo-adjuvante chemoradiotherapie.

Vraag: Bij welk tumor type wordt het grootste overlevingsvoordeel gezien na deze neo-adjuvante therapie gevolgd door chirurgie ten opzichte van chirurgie alleen?

- A. Adenocarcinoom
- B. Grootcellig ongedifferentieerd carcinoom
- C. Plaveiselcelcarcinoom
- D. Zegelringcelcarcinoom

Juiste antwoord: C

Literatuur: Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. van Hagen P et al. N Engl J Med. 2012 May 31;366(22):2074-84. doi: 10.1056/NEJMoa1112088.



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 66

Gegeven: Een patiënt van 47 jaar komt op uw spreekuur met de vraag of hij geen verhoogd risico heeft op colorectaal carcinoom en of hij niet verwezen moet worden voor een colonoscopie. In de anamnese heeft zijn moeder op 68-jarige leeftijd colorectaal carcinoom gekregen, waaraan ze is overleden. Hij is de jongste en heeft 6 broers en zussen. Eén zus heeft cervixcarcinoom gehad op haar 43<sup>e</sup>. Eén broer heeft longcarcinoom gekregen op zijn 53<sup>e</sup> en wordt daarvoor nog steeds behandeld, één broer heeft colorectaal carcinoom gekregen op zijn 52<sup>e</sup>.

Vraag: Van welke erfelijke of familiale vorm van colorectaal carcinoom is in bovengenoemde familie het meest waarschijnlijk sprake?

- A. Familiare adenomateuze polyposis (FAP)
- B. Familial atypical multiple mole melanoma (FAMMM)
- C. Familiair colorectaal carcinoom (FCC)
- D. Lynch syndroom
- E. MutYH geassocieerde polyposis (MAP)

Juiste antwoord: C

Literatuur: Erfelijke tumor. Richtlijn voor diagnostiek en preventie. STOET 2012

## Vraag 67

Gegeven: Patiënten met levercirrose hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van een hepatocellulair carcinoom (HCC). Kleinere HCC's zijn beter te behandelen en hebben daarom een betere prognose.

Vraag: Welke vorm van screening wordt bij deze patiënten geadviseerd?

- A. Halfjaarlijkse echografie
- B. Halfjaarlijks echografie en alfa-foetoproteïne
- C. Jaarlijks echografie en alfa-foetoproteïne
- D. Jaarlijks MRI
- E. Jaarlijks 4-fasen CT

Juiste antwoord: A

Literatuur: AASLD Practice Guideline, Management of Hepatocellular Carcinoma: An Update. Bruix, J, Sherman, M.  
<http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/Bookmarked%20Practice%20Guidelines/HCCUpdate2010.pdf> (Accessed on August 02, 2010).

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 68

Gegeven: Mevrouw Te Broeke is 38 jaar en maakt zich zorgen omdat ze meer last van obstipatie dan anders en bij een collega op het werk is borstkanker vastgesteld. De huisarts heeft haar behandeld met macrogol, maar daar kreeg ze diarree van. Er zat toen een keer een streepje bloed bij de ontlasting. Zij is verwezen voor coloscopie, waarbij u een 10 mm groot poliepje uit het rectum heeft verwijderd middels liscoagulatie. Een oorzaak voor het bloedverlies is niet gevonden. U had mevrouw alvast gerustgesteld, de uitslag van het poliepje kan ze bij de huisarts vernemen, het is zeker goedaardig. Tien dagen later belt de huisarts op: het verslag van de patholoog luidt: er is sprake van een neuroendocriene tumor, doorsnede 8 mm, er zijn geen mitosefiguren, er is geen vaso-invasieve groei. Het tumorweefsel reikt tot in het cauterisatievlak. Mevrouw heeft het op internet opgezocht en is erg geschrokken. Er wordt een spoedafpraak op de polikliniek geregeld.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Oncologische staging bestaande uit MRI rectum, echografie lever, chromogranine A en neuron-specifiek enolase (NSE)
- B. Multipole diepe bipten uit het litteken van de poliepectomie en indien geen tumorrest hierin een expectatief beleid.
- C. Transanale endoscopische microdissectie (TEM)

Juiste antwoord: B

Referentie: richtlijn neuro-endocriene tumoren 2013 ([http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/neuro-endocriene\\_tumoren/neuro-endocriene\\_tumoren\\_colon\\_en\\_rectum/chirurgische\\_behandeling\\_rectum.html](http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/neuro-endocriene_tumoren/neuro-endocriene_tumoren_colon_en_rectum/chirurgische_behandeling_rectum.html))

## Vraag 69

Gegeven: Een 58-jarige alcoholist meldt zich met bloedbraken. Zijn Hb is 5.1 mmol/l en trombocytenaantal is  $53 \times 10^9/L$ . U vermoedt dat er sprake is van oesophagusvarices. U overweegt een bloedtransfusie.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Expectatief, geen bloedtransfusie
- B. Toedienen 2 packed cells
- C. Toedienen 4 packed cells
- D. Toedienen trombocyten transfusie (5 donoren)

Juiste antwoord: A

Literatuur: Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. 2013 Jan 3;368(1):11-21

<http://gi.org/guideline/prevention-and-management-of-gastroesophageal-varices-and-variceal-hemorrhage-in-cirrhosis/>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 70

Gegeven: Een 69-jarige man presenteert zich met icterus en sinds 3 weken wat bovenbuikspijn.

Op een MRCP wordt een stenose gezien in de distale choledochus en verder een wat irregulaire niet verwijde ductus pancreaticus. Een endo-echo toont een hypoechogene massa in de kop van het pancreas. Een brush van de choledochus toont geen maligne cellen; na het plaatsen van een plastic stent daalt het bilirubine.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Aanvullend laboratoriumonderzoek
- B. Cholangioscopie
- C. Pancreaticoduodenectomie
- D. Vervangen van plastic stent door metalen stent

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: Sugumar A, Chari ST. Distinguishing pancreatic cancer from the autoimmune pancreatitis: a comparison of two strategies. Clin Gastro Hep 2009;7:559-62.

## Vraag 71

Gegeven: Een vrouw van 54 jaar met een chronische pancreatitis op basis van chronisch alcohol gebruik presenteert zich met al jaren bestaande pijn in de bovenbuik, die de laatste tijd progressief is. Zij is inmiddels 10 kg afgevallen en heeft sinds 6 maanden diabetes mellitus. U stelt vast dat er een verwijde ductus pancreaticus bestaat met meerdere stenen in de ductus pancreaticus, kleiner dan 10mm, net proximaal van een stenose in de kop van het pancreas.

Vraag: Welke van de onderstaande therapieën is in dit geval het meest effectief op de lange termijn?

- A. Chirurgische drainage door middel van een pancreatico-jejunostomie
- B. Endoscopische drainage van de d. pancreaticus door middel van ERCP
- C. EUS geleide plexus coeliacus blokkade
- D. Step-up pijnstilling via het chronisch pijn team

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: Cahen DL, et al. Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis. Gastroenterology. 2011 Nov;141(5):1690-5.

## Vraag 72

Gegeven: Een vrouw van 68 jaar heeft sinds 1 maand pijnloze icterus. CT-scan van de buik laat een gedilateerde ductus choledochus en ductus pancreaticus zien. De rest van het pancreas lijkt normaal. De galblaas is 11 jaar geleden verwijderd in verband met galstenen.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen volgende stap?

- A. Bepaal serum CA 19.9
- B. EUS
- C. MRCP
- D. Pancreaticoduodenectomie (PPPD)

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: volgt

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 73

Gegeven: Bij een man van 60 jaar wordt per toeval een drietal cysten variërend van 1 tot 3 cm in de staart van het pancreas ontdekt. Hij heeft geen klachten. De diagnose side-branch IPMN wordt gesteld. De cysten worden jaarlijks gecontroleerd met een MRCP. Na 3 jaar wordt in een van de cysten een nodus gezien uitgaande van de wand van de grootste cyste met een diameter van 1 cm. Bij EUS wordt de nodus ook gezien, er is geen FNA verricht.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. CT-scan van de pancreas
- B. Distale pancreatectomie
- C. Herhaal de EUS met FNA
- D. Herhaal de MRI na 3 maanden

Juiste antwoord: B

Literatuur: Farrell JJ, Fernandez-del Castillo. Pancreatic cystic neoplasms: management and unanswered questions. *Gastroenterology* 2013;144:1303.

## Vraag 74

Gegeven: Bij een 65-jarige patiënt wordt een cholecystectomie verricht in verband met symptomatisch galsteenlijden. Het post-operatieve beloop is ongecompliceerd. Het patholoog-anatomisch verslag vermeldt een T2 galblaascarcinoom.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Additionele chirurgische behandeling
- B. Adjuvante chemotherapie
- C. Adjuvante radiotherapie
- D. Expectatief beleid, additionele behandeling levert geen extra overlevingswinst op

Juiste antwoord: A

Literatuur: IKNL richtlijn galblaas en galweg carcinoom: <http://www.oncoline.nl/galweg-en-galblaascarcinoom>

## Vraag 75

Gegeven: Een 65-jarige patiënte wordt op uw afdeling opgenomen met een acute pancreatitis, haar klachten zijn een week geleden begonnen.

Vraag: Wat is de meest voor de hand liggende oorzaak van haar acute pancreatitis?

- A. Alcoholisch
- B. Auto-immuun
- C. Biliair
- D. Hypertriglyceridemie
- E. Medicamenteus

Juiste antwoord: C

Literatuur: Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008;22(1):45-63. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update. Spanier BW<sup>1</sup>, Dijkgraaf MG, Bruno MJ.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 76

Gegeven: Na 7 dagen opname gaat het slechter met de 65-jarige patiënte met acute pancreatitis (zie laatste vraag), het CRP loopt op, ze is kortademig geworden, heeft een snelle pols en een lage bloeddruk. U plaatst haar over naar de IC en na stabilisatie wordt een CT scan gemaakt. Hierop is het beeld te zien van een necrotiserende pancreatitis.

Vraag: Is interventie ter behandeling van de necrose op dit moment geïndiceerd?

- A. Ja, chirurgische interventie
- B. Ja, endoscopische interventie
- C. Ja, percutane radiologische interventie
- D. Nee

Juiste antwoord: D

Literatuur: van Brunschot et al. for the Dutch Pancreatitis Study Group. Perspectives in Clin Gastroenterol Hepatol

## Vraag 77

Gegeven: Een 30-jarige vrouw heeft 6 weken eerder een ernstige necrotiserende alcoholische pancreatitis doorgemaakt. Na 4 weken is zij ontslagen maar wordt nu 2 weken later heropgenomen met hoge koorts en veel pijn in de bovenbuik. Het lab toont een CRP van 240 mg/L en leuko's van  $23 \times 10^9$  /L. Het lipase is normaal. Op de CT scan wordt een grote collectie gezien van 8 cm ter hoogte van het corpus van het pancreas met enkele luchtbellens. Er bestaat sterke verdenking op geïnfecteerde pancreasnecrose en er wordt gestart met het antibioticum imipenem. Een dag later wordt patiënte zieker, verslechtert haar nierfunctie en daalt haar saturatie, zij wordt overgeplaatst naar de ICU.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Chirurgische necrosectomie
- B. Doorgaan met antibiotica en zolang mogelijk conservatief blijven
- C. Endo-echo geleide transgastrische drainage
- D. Chirurgische video assisted retroperitoneal debridement (VARD)

Juiste antwoord: C

Literatuur: Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester MA, Dejong CH, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med 2010;362:1491e502.  
Bakker OJ, Van Santvoort HC, van BS, Geskus RB, Besselink MG, Bollen TL, et al Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: a randomized trial. JAMA 012;307:1053e61.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 78

Gegeven: Een vrouw van 45 jaar ondergaat om preventieve redenen via haar werkgever een MRI scan in Duitsland. Als bevinding wordt een cisteuze afwijking van circa 3cm op overgang pancreascorpus/staart gevonden. Er zijn geen galstenen te herkennen, de ductus pancreaticus is niet verwijd en er is geen verbinding met de cyste aantoonbaar. Patiënte maakte nooit een pancreatitis door.

Vraag: Wat is in dit geval de meest waarschijnlijk diagnose?

- A. Cisteuze neuro-endocrine tumor
- B. IPMN ('intraductal papillary mucinous neoplasm')
- C. Mucineus cystadenoom
- D. Pseudocyste
- E. Sereus cystadenoom

Juiste antwoord: C

Literatuur: Farrel J.J. Fernandez-del Castillo C. Pancreatic cystic neoplasms: management and unanswered questions. Gastroenterology 2013;144;1303-1315

## Vraag 79

Gegeven: Een 45-jarige man is al vele jaren bekend met een chronische alcoholische pancreatitis. Sedert 5 jaar gebruikt hij geen alcohol meer. Inmiddels gebruikt hij sinds 3 jaar morfinomimetica in oplopende doseringen. CT scan laat uitgebreide calcificaties zien in de pancreaskop met een diameter van 2 cm en pre-stenotische dilatatie van de ductus pancreaticus tot 8 millimeter. Meneer geeft aan dat het zo niet meer gaat en dringt aan op een "definitieve" oplossing van zijn pijnklachten. Hij heeft gehoord van de mogelijkheid tot endoscopische behandeling met ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) met progressief stenten van de ductus pancreaticus en van een chirurgische optie middels pancreaticojejunostomie. Hij vraagt zich af welke optie het beste is om voor te gaan.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen advies?

- A. Endoscopische behandeling is gelijkwaardig aan de chirurgische behandeling; beiden hebben een succespercentage van ongeveer 30%
- B. Endoscopische behandeling is gelijkwaardig aan de chirurgische behandeling; beiden hebben een succespercentage van ongeveer 75%
- C. Endoscopische behandeling (ongeveer 30% succespercentage) is inferieur vergeleken met een chirurgische behandeling (ongeveer 75% succespercentage)
- D. Endoscopische behandeling (ongeveer 75% succespercentage) is superieur vergeleken met een chirurgische behandeling (ongeveer 30% succespercentage)

Juiste antwoord: C

Literatuur: Cahen et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. N Engl J Med 2007; 356: 676-84.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 80

Gegeven: Een vitale man van 75 jaar maakte een periode van buikpijn door met een gering verhoogd bilirubine bij de huisarts. Patiënt ondergaat vervolgens een MRI/MRCP waarbij een multicysteuze afwijking in de pancreaskop wordt gevonden van circa 30mm diameter. De ductus pancreaticus is gedilateerd tot een diameter van 11 mm in de pancreaskop.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. EUS met punctie en CEA bepaling
- B. Gezien de leeftijd is geen verder follow up noodzakelijk
- C. Strikte follow up met MRI of EUS per 6 maanden
- D. Whipple operatie

Juiste antwoord: D

Literatuur: Tanaka M. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology* 2012;12;183-197

## Vraag 81

Gegeven: Een 36-jarige patiënte wordt opgenomen met een biliare pancreatitis. Ze heeft geen koorts. Echo abdomen toont enige dilatatie van de extra-hepatische galwegen. De pancreaskop komt niet goed in beeld. Laboratorium onderzoek toont: ASAT 110 U/l, ALAT 70 U/l, AF 230 U/l, gamma-GT 300 U/l, bili totaal 45 umol/l, CRP 68, en leuco's 11,3 G/l. De pancreatitis is voorspeld mild.

Vraag: Is in dit geval een urgente ERCP aangewezen?

- A. Ja
- B. Nee

Juiste antwoord: B

Literatuur: Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013; 13: e1-15.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 82

Gegeven: De sijnpelende Forrest Ib-bloeding uit een maagulus bij een 67-jarige man wordt endoscopisch gestelpt met adrenaline-injectie en goldprobe-coagulatie. De patiënt wordt vervolgens op de ICU bewaakt. Bij opname op de afdeling is hij hemodynamisch stabiel. De patiënt krijgt pantoprazol i.v. toegediend in een dosis van 200 mg per 24 uur continu na een initiële bolus van 80 mg. Twaalf uur later daalt de bloeddruk en ontwikkelt de patiënt opnieuw tachycardie. De Hb-waarde is na transfusie van 2 erytrocytenconcentraten 4,5 mmol/l.

Vraag: Wat is in deze situatie het meest aangewezen vervolgbeleid?

- A. Angiografie met embolisatie
- B. Chirurgische therapie
- C. Dosisverhoging pantoprazol
- D. Hernieuwde endoscopie en endoscopische therapie
- E. 'Watchful waiting'

Juiste antwoord: D

Literatuur: Lau JY et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. N Engl J Med 1999;340:751-756

## Vraag 83

Gegeven: Een 75-jarige patiënt ondergaat een colonoscopie onder sedatie met midazolam en fentanyl. De voorgeschiedenis vermeldt onder andere een CVA. Hij gebruikt dagelijks Ascal 80 mg. In het colon transversum wordt een poliep van 3 cm aangetroffen met een lange steel. Het gelukt niet om er een endoloop omheen te krijgen. De poliepsteel wordt vervolgens omvat met een snaar en doorgenomen. Hierna ontstaat een arteriële bloeding. In eerste instantie lukt het niet om de bloeding tot stilstand te brengen. Na spoelen, en een adrenaline injectie wordt uiteindelijk een tweetal clips op de steel gezet en stopt de bloeding. De patiënt verlaat de dagverpleging een uur na de scopie.

Vraag: Van wat voor complicatie was in dit geval sprake?

- A. Hier is sprake van een ernstige complicatie
- B. Hier is sprake van een matig ernstige complicatie
- C. Hier is sprake van een milde complicatie
- D. Hier is geen sprake van een complicatie

Juiste antwoord: D

Literatuur: Complicatie registratie Nederlandse Vereniging van MDL-artsen, <https://complicatie.mdl.nl/besloten/werkinstructie>



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 84

Gegeven: Bij colonoscopie bij een 40-jarige vrouw wordt behoudens een kleine submucosale laesie in het rectum geen afwijking gezien. De laesie wordt middels EMR in toto verwijderd. Histopathologisch onderzoek toont het beeld van een neuroendocriene tumor van 9 mm die radicaal is verwijderd.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Aanvullende rectumresectie
- B. Controlesigmoïdoscopie over 3-6 maanden
- C. 5-HIAA onderzoek
- D. Gastroduodenoscopie
- E. Patiënt wordt uit controle ontslagen
- F. Somatostatinescintigrafie

Juiste antwoord: E

Literatuur: Richtlijn carcinoïdtumoren ([www.NVGIC.nl](http://www.NVGIC.nl))

## Vraag 85

Gegeven: U neemt een patiënt van de afdeling cardiologie over. De patiënt blijkt een hoge tractus digestivus bloeding te hebben. U evalueert de door patiënt gebruikte medicatie (ascal, clopidogrel en coumarine) en wilt wegens de bloeding saneren in deze antistollingstherapie. U weegt het cardiovasculaire risico tegen het cerebrovasculaire risico af.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen saneringsbeleid?

- A. Stoppen met ascal en clopidogrel en continueren van de coumarines
- B. Stoppen met ascal en coumarines en continueren van clopidogrel
- C. Stoppen met clopidogrel en coumarines en continueren met ascal
- D. Stoppen met ascal, clopidogrel en coumarine
- E. Stoppen van geen van de drie mogelijk

Juiste antwoord: C

Literatuur: Nederlandse richtlijn tractus digestivus bloedingen 2010

## Vraag 86

Gegeven: U vindt bij een 35-jarige patiënt met melena bij spoedgastroscopie een ulcus bulbi met een visible vessel. De patiënt kreeg reeds op de SEH een bolus esomeprazol i.v. van 80 mg en via een pompje met een snelheid van 8 mg esomeprazol per uur.

Vraag: Wat is in dit geval de kans dat dit ulcus met een visible vessel onder PPI i.v. opnieuw gaat bloeden?

- A. 15 %
- B. 30 %
- C. 50 %
- D. 90%

Juiste antwoord: C

Literatuur: Kovacs TOG, Jensen DM Recent advances in the endoscopic diagnosis and therapy of Upper gastrointestinal, small intestinal and colonic bleeding; Med.Cli N Am 2002; 86: 1319-1356

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 87

Gegeven: Een 66-jarige man wordt per ambulance op de SEH afdeling gebracht met collaps en melena; de patiënt is hypotensief met een MAP (mean arterial pressure) < 60 mmHg en een polsfrequentie van 120 per minuut. Het Hb is 3,8 mmol/l. Patiënt wordt "opgelijnd", krijgt ruime intraveneuze vulling met NaCl 0,9% en er worden 4 zakjes erythrocytenconcentraat toegediend. Er wordt ook spoedig via een pompje i.v. PPI gegeven. De bloeddruk en de polsfrequentie verbeteren, maar het hemoglobine komt niet hoger dan 4,9 mmol/l. Besloten wordt over te gaan tot gastroscopie. Hierbij ziet u aan de kleine curvatuur van de maag een adherent stolsel dat niet kan worden weggespoeld en waaronder een klein deel van een ulcuskrater zichtbaar wordt.

Vraag: Wat is nu de meest effectieve behandeling?

- A. PPI i.v. voor 72 uur; herhaling van de gastroscopie na 24 uur
- B. PPI i.v. voor 72 uur; adrenaline injecties onder en rond het stolsel; met herhaling van de scopie na 24 uren
- C. PPI i.v. voor 72 uur; adrenaline injecties onder en rond het stolsel; endoscopische behandeling van het ulcus met clips of een coagulatieprobe
- D. PPI i.v. voor 72 uur; adrenaline injecties onder en rond het stolsel, verwijdering van het stolsel met een lis en vervolgens ulcusbehandeling met clips of een coagulatieprobe
- E. PPI 2x 40 mg dd per os en ontslag

**Juiste antwoord: D**

Literatuur: Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ et al; Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding ulcer with adherent clot: a meta analysis. Gastroenterology 2005; 129: 855-862

## Vraag 88

Gegeven: Een 67-jarige man meldt zich op de SEH met sinds enkele uren bestaande tekenen van een acute hoge tractus digestivusbloeding.

Vraag: Wat is in dit geval de meest geschikte methode om te bepalen of een interventie noodzakelijk is?

- A. Blatchford score bepalen
- B. Lille score bepalen
- C. Maddrey score bepalen
- D. Ranson score bepalen
- E. Rockall score bepalen

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: De Groot NL et al. Prediction scores in gastrointestinal bleeding: a systemic review and quantitative appraisal. Endoscopy 2012; 44: 731-9

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 89

Gegeven: Tijdens uw dienst wordt u gebeld door de dienstdoende kinderarts voor een advies over een 4-jarig kind dat een knoopbatterij heeft ingeslikt. Volgens de moeder zou dit 3 uur geleden zijn gebeurd zonder nadien te hoesten. Een X-foto bevestigt de aanwezigheid van de batterij in de midoesophageale regio.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Consult longarts voor een bronchoscopie
- B. Koek laten eten met controle foto de volgende dag
- C. Moeder geruststellen dat alles goed komt en geen ingreep of controles nodig zijn
- D. Spoedendoscopie om batterij te verwijderen

Juiste antwoord: D

Literatuur: A Review of Esophageal Disc Battery Ingestions and a Protocol for Management FREE. Stanley J. Kimball, DO; Albert H. Park, MD; Michael D. Rollins II, MD; Johannes Fredrik Grimmer, MD; Harlan Muntz, MD *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;136(9):866-871

## Vraag 90

Gegeven: Tijdens de eerste coloscopie bij een 52-jarige patiënt met een sterk belaste familieanamnese voor CRC verdacht voor HNPCC wordt de Boston Bowel Preparation Score (BBSP) vastgesteld, die 1-3-3, totaal 7, is. Afwijkingen worden niet aangetoond.

Vraag: Wat is nu het eerstvolgende beleid naar aanleiding van deze BBPS?

- A. Herhalen coloscopie binnen enkele weken
- B. Herhalen coloscopie over 2 jaar met extra voorbereiding
- C. Expectatief omdat totaal score > 5

Juiste antwoord: A

Literatuur: The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. E.J. Lai, A.H. Calderwood, G. Doros, O.K. Fix, B.C. Jacobson *Gastrointest Endosc.* 69 (2009), pp. 620–625

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 91

Gegeven: Een 79-jarige vrouw wordt gezien in verband met icterus en gewichtsverlies. Als medicatie gebruikt ze Ascal. Op een CT scan blijkt er sprake te zijn van een "double duct sign" en zowel de ductus pancreaticus als ductus choledochus zijn verwijd. Endo-echografie toont een massa rond de papil van Vater van maximaal 1,5 cm zonder ingroei in de choledochus of pancreaticus. Een biopsie toont een adenoom met laaggradige, maar focaal hooggradige dysplasie.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Endoscopische ampullectomie
- B. Endoscopische papillotomie van de choledochus
- C. Locale excisie door de chirurg (chirurgische ampullectomie)
- D. Plaatsen van plastic stent in de choledochus
- E. Pancreaticoduodenectomie (Whipple operatie)

**Juiste antwoord: A**

Literatuur: Adler DG, Qureshi W, Davila R, et al. The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas. *Gastrointest Endosc* 2006;64:849-54.

## Vraag 92

Gegeven: Bij een 60-jarige vrouw met vermoeden op symptomatisch galsteenlijden is een ERCP verricht met papillotomie en steenextractie.

Vraag: Met welke behandeling wordt de kans op een post-ERCP pancreatitis verlaagd als deze tijdens of na de procedure eveneens aan de patiënt wordt gegeven?

- A. Eenmalig antibiotica intraveneus
- B. Eenmalig octreotide intraveneus
- C. Een plastic stent in de galwegen
- D. Een zetpil diclofenac of indocid
- E. Een zetpil mesalazine

**Juiste antwoord: D**

Literatuur: Puig et al. How and When Should NSAIDs Be Used for Preventing Post-ERCP Pancreatitis? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2014;9:e92922.

## Vraag 93

Gegeven: Een 85-jarige man komt op uw spreekuur in verband met passageklachten bij een gemetastaseerd slokdarmcarcinoom om de mogelijkheden van palliatieve stentplaatsing te bespreken.

Vraag: Welk type stent is in dit geval het meest aangewezen?

- A. Biodegradable stent
- B. Drug eluting self-expandable metalen stent
- C. (Partieel) gecoverde self-expandable metalen stent
- D. Ongecoverde self-expandable metalen stent

**Juiste antwoord: C**

Literatuur: Hirdes et al. Stent placement for esophageal strictures. *Expert Rev Med Devices* 2011;8:733.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 94

Gegeven: Een 78-jarige man heeft een endoscopische mucosale resectie van een groot coecumadenoom ondergaan en komt dezelfde avond naar de spoedeisende hulp met klachten. Bij de coloscopie is voor insufflatie van het colon lucht gebruikt.

Vraag: Wat zijn in dit geval de drie meest waarschijnlijke complicaties in volgorde van waarschijnlijkheid?

- A. Buikpijn zonder perforatie, diarree, bloeding
- B. Buikpijn zonder perforatie, bloeding, diarree
- C. Bloeding, diarree, buikpijn zonder perforatie
- D. Bloeding, buikpijn zonder perforatie, diarree

Juiste antwoord: D

Literatuur: Burgess, N. G. et al. Risk factors for intraprocedural and clinically significant delayed bleeding after wide-field endoscopic mucosal resection of large colonic lesions. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2014,12:651–661.

Bassan, M. S. et al. Carbon dioxide insufflation reduces number of postprocedure admissions after endoscopic resection of large colonic lesions: a prospective cohort study. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2012.

## Vraag 95

Vraag: Wat is de meest adequate behandeling voor een patiënt met een bovenste tractus digestivusbloeding waarbij bij gastroscopie een droog schoon ulcus zonder visible vessels werd gezien?

- A. Acute chirurgie
- B. Endoscopische behandeling met de heatprobe of injectietherapie
- C. Endoscopische behandeling met combinatie therapie
- D. Intraveneuze medicatie gedurende 3 dagen
- E. Medicatie, herstarten voeding, ontslag dezelfde dag indien stabiel

Juiste antwoord: E

Literatuur: Comparison of scoring systems for the prediction of outcomes in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: a prospective study. *Bron: Dig Dis Sci*. 2009;54:2523-9. Auteurs: Kim J et al.

## Vraag 96

Gegeven: Een 19-jarige man is reeds 2 maal op de SEH geweest met voedselbolus impactie. Eenmaal was het nodig de bolus endoscopisch te verwijderen, er werden toen ringvormige vernauwingen gezien in de slokdarm, oedeem en witte exsudaten.

Vraag: Wat adviseert u als volgende stap?

- A. CT mediastinum
- B. Expectatief beleid
- C. Na elke maaltijd minimum 200 ml water snel drinken
- D. Nemen van slokdarmbiopten
- E. X-slokdarm met contrast

Juiste antwoord: D

Literatuur: Liacouras CA et al. Eosinophilic esophagitis: updated consensus recommendations for children and adults. *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Jul;128(1):3-20

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 97

Gegeven: Een 68-jarige vrouw heeft progressieve passageklachten en 6 kg gewichtsverlies. Bij endoscopie werd er enige aandring gevoeld bij introductie van slokdarm in de maag. Slokdarmbipten waren zonder afwijkingen en een CT thorax/abdomen liet geen afwijkingen zien.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen vervolgonderzoek om de diagnose achalasia te kunnen stellen?

- A. Geen, het reeds uitgevoerde onderzoek is voldoende
- B. Slokdarmmanometrie
- C. X-oesofagus
- D. 24-uurs pH-metrie

**Juiste antwoord: B**

Literatuur: Boeckstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. Lancet. 2014;383(9911):83-93

## Vraag 98

Gegeven: Een 64-jarige man, opgenomen bij de cardiothoracale chirurgie na CABG, heeft misselijkheid met een progressief bollere buik en 4 dagen geen ontlasting ondanks klysmas, niet per os (NPO) en correctie van de elektrolyten gedurende 2 dagen. Geen rectaal bloedverlies.

Lichamelijk onderzoek: T 37.1, p 76, RR 119/80. Abdomen: hypertympanie met spaarzame peristaltiek, soepele buik. Bij RT geen weerstanden, leeg ampul.

X-BOZ: Gedilateerde colon- en dunne darmlissen. Coecum meet 8 cm, colon transversum 6 cm.

CT-abdomen: verwijde colon- en dunne darmlissen zonder obstruerend moment. Lucht in rectum.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen vervolgbehandeling?

- A. Colectomie
- B. Endoscopie met desufflatie
- C. Laxeren met moviprep
- D. Neostigmine i.v.

**Juiste antwoord: D**

Literatuur: ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. Harrison ME, Anderson MA, et al. Gastrointestinal Endoscopy 2010 71;2010:669-679.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 8 september 2014

## Vraag 99

Gegeven: Een 24-jarige Hindoestaanse vrouw meldt zich op de spoedeisende hulp met een brandend gevoel achter het borstbeen en malaise. Zij vertelt dat zij 1 uur voor presentatie intentioneel 50 ml ijszijn ingenomen heeft vanwege relationele problemen. Bij lichamelijk onderzoek normale vitale parameters met saturatie van 100%. In keel-mondholte behoudens wat roodheid geen afwijkingen. Geen stridor of dyspnoe. Het abdomen is soepel. Het laboratorium onderzoek toont geen afwijkingen (incl. bloedgas).

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?

- A. Ontslag naar huis
- B. Opname op verpleegafdeling, herevaluatie na 24 uur
- C. Pro-emetica toedienen en evt. maagspoeling
- D. Spoedscopie, opname intensive care, maagsonde
- E. Toedienen actieve kool

Juiste antwoord: B

Literatuur: Contini S. & Scarpignato C. Caustic injury of the upper GI tract – a comprehensive review. World J Gastroenterol 2013; 19:3918

## Vraag 100

Gegeven: Een 53-jarige man wordt voor de 3e keer in een maand opgenomen met acuut ontstane pijn midden en links in de bovenbuik. Hij heeft geen alcohol meer gebruikt sinds de 2e opname. Zijn voorgeschiedenis vermeldt een alcoholische pancreatitis en mondbodemcarcinoom. In het lab onderzoek bij opname is het lipase 1867 U/L en het amylase 1642 U/L. Het CRP is maximaal 280 mg/L en het albumine daalt naar 17 g/L. Op de CT scan op dag 5 van de laatste opname wordt ascites gezien in bovenbuik, paracolisch en in de onderbuik. Er is mesenteriale vetinfiltratie. Er is een normale pancreas zichtbaar zonder kalkspatten en een slanke ductus pancreaticus.

Vraag: Wat is de meest waarschijnlijke origine van zijn ascites?

- A. Alcoholische levercirrose
- B. Geruptureerde ductus pancreaticus
- C. Jejunumperforatie
- D. Peritonitis carcinomatosa
- E. Trombose van de vena lienalis

Juiste antwoord: B

Literatuur: volgt