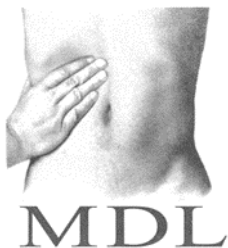


# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Graag uw aandacht voor het volgende

- Hulpmiddelen zijn NIET toegestaan
- De antwoorden op deze toets moeten worden ingevuld op het zogenaamde schrapformulier
- Bij deze toets wordt NIET gewerkt met een vraagteken-optie. Ook als u het antwoord op een vraag niet weet, wordt geadviseerd één van de antwoorden in te vullen.
- 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 bij de registratiebalie
- Afkijken of spreken met andere kandidaten leidt tot verwijdering uit de zaal
- Indien u klaar bent met de toets dan kun u het ingevulde schrapformulier voor in de zaal inleveren
- U mag de zaal echter niet eerder dan 30 minuten voor het einde van de toets verlaten
- Deze set toetsvragen kunt u behouden, de antwoorden worden gepubliceerd op de website



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## 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

U verricht een gastroscopie bij een 67-jarige man. Tijdens de scopie stelt u vast dat er sprake is van een hernia diafragmatica met het diafragma op 43 cm van de tandenrij, de maagplooien op 39 cm en de slijmvliesovergang op 35 cm van de tandenrij met wat uitlopers tot 34 cm. U neemt volgens protocol biopsen van de distale slokdarm, die intestinale metaplasie tonen zonder aanwijzingen voor dysplasie.

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

- A. Expectatief beleid; geen endoscopische controle nodig.
- B. Endoscopische controle met biopsen over 1 jaar.
- C. Endoscopische controle met biopsen over 3 jaar.
- D. Endoscopische controle met biopsen over 5 jaar.

**Juiste antwoord: C. Endoscopische controle met biopsen over 3 jaar.**

Literatuur: Nederlandse richtlijn Barrett oesofagus.

## Vraag 3

Bij een 50-jarige man is recentelijk een pancreaskopcarcinoom gediagnostiseerd. Hij heeft plakkerige ontlasting en valt af in gewicht. U vraagt een faeces elastase bepaling aan, de uitslag laat enkele weken op zich wachten.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid met betrekking tot pancreasenzym-suppletie?

- A. Starten met enzym-suppletie, in te nemen na de maaltijd
- B. Starten met enzym-suppletie, in te nemen tijdens de maaltijd
- C. Niet starten met enzym-suppletie, de elastasebepaling moet worden afgewacht
- D. Niet starten met enzym-suppletie, sondevoeding dient te worden gestart

**Juiste antwoord: B. Starten met enzym-suppletie, in te nemen tijdens de maaltijd**

Literatuur: I Forsmark et al; Curr treat options Gastro 2018, II Sikkens et al; J Clin Gastro 2014

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 4

Een vrouw van 44 jaar met in de voorgeschiedenis een laparoscopische totale maagresectie ivm ypT3N1M0 R0 adenocarcinoom blijkt op een CT scan uitgebreide peritoneale metastasen te hebben. Ze heeft matige passage voor voedsel en cachexie. Bij lichamelijk onderzoek is ze mager, WHO-1. Ze wordt verwezen naar medische oncologie om palliatieve chemotherapie te starten en naar de MDL met de vraag sonde plaatsing en start sondevoeding. Haar Karnofsky score is 60%.

Vraag: Bij welke levensverwachting is het inzetten van sondevoeding bij deze vrouw niet meer gewenst?

- A. Bij een levensverwachting < 2-3 mnd
- B. Bij een levensverwachting < 6-9 mnd
- C. Bij een levensverwachting < 12 mnd

**Juiste antwoord: A. Bij een levensverwachting < 2-3 mnd**

Literatuur: <https://www.pallialine.nl/voedings-en-dieetbehandeling>. De [Richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker](#) geeft als criteria om met sondevoeding of parenterale voeding te starten in de palliatieve fase: een levensverwachting  $\geq$  2-3 maanden en een Karnofsky score  $\geq$  50.

## Vraag 5

U maakt een echo darmpakket bij een 27-jarige vrouw, bekend met Crohnse ileïtis L1, bij verdenking van een relapse op basis van toenemende buikklachten. Bloedonderzoek en faeces calprotectine zijn nog niet bekend.

Vraag: Welke echografische bevindingen passen het best bij een relapse?

- A. Afwezigheid van fatty wrapping, afgenomen Doppler signaal van de darmwand
- B. Afwezigheid van fatty wrapping, toegenomen Doppler signaal van de darmwand
- C. Fatty wrapping, afgenomen Doppler signaal van de darmwand
- D. Fatty wrapping, toegenomen Doppler signaal van de darmwand

**Juiste antwoord: D. Fatty wrapping, toegenomen Doppler signaal van de darmwand**

Literatuur: Kucharzik T et al. Ann Gastroenterol 2017

## Vraag 6

Een vrouw van 40 jaar met een blanco voorgeschiedenis presenteert zich op de spoedeisende hulp in verband met sinds 3 dagen acuut ontstane buikpijn, frequente diarree (10-12 keer per dag) met bloedbijmenging en koorts.

Bij lichamelijk onderzoek is zij hemodynamisch stabiel, met een temperatuur van 38,5 graden en een diffuus wat druppijnlijke buik met normale peristaltiek. Laboratoriumonderzoek toont leukocyten van  $8,2 \times 10^9/L$  en een CRP van 70mg/L. U denkt aan een gastro-enteritis. Patiënte vraagt of zij loperamide in mag nemen tegen de diarree.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen advies ten aanzien van loperamidegebruik?

- A. Loperamide mag pas gebruikt worden nadat koorts is verdwenen en bloederigheid uit de diarree is verdwenen
- B. Loperamide mag pas gebruikt worden nadat de koorts is verdwenen
- C. Loperamide mag pas gebruikt worden nadat de bloederigheid uit de diarree is verdwenen
- D. Loperamide mag direct worden gestart

**Juiste antwoord:**

**D. Loperamide mag direct worden gestart**

Literatuur: J. Douma en Y. Smulders. Loperamide bij acute infectieuze diarree. NTVG. 2015; 159: A9132.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 7

De Maddrey score zegt iets over de prognose en de indicatie voor corticosteroïdbehandeling van patiënten met een alcoholische hepatitis. Voor het berekenen van deze score is onder andere het totaal bilirubine nodig.

Vraag: Welke items dienen verder te worden ingevuld om de Maddrey score te berekenen?

- A. INR, albumine
- B. INR, creatinine
- C. PT, albumine, creatinine
- D. PT, PT referentiewaarde

**Juiste antwoord: D. PT, PT referentiewaarde**

## Vraag 8

Een 29-jarige patiënte komt op de poli met klachten van wisselende diarree sinds maanden en tintelingen aan de voeten. Bij lichamelijk onderzoek vallen huidafwijkingen aan de armen (zie foto) en sensibiliteitsstoornissen aan de voeten op.

Laboratoriumonderzoek toont normale serumelektrolyten, een normale nierfunctie, maar verhoging van ALAT (112 U/L) en ASAT (75 U/L) bij normaal gamma-GT en alkalische fosfatase. Tevens is er een milde anemie.

Echografie van de lever toont geen opvallende bevindingen. De coassistent heeft vijf serologische tests op een lijstje gezet die hij graag wil laten uitvoeren.



Bron: [www.huidziekten.nl](http://www.huidziekten.nl), linker elleboog

Vraag: Welke van de volgende testen is het meest aangewezen om bij deze patiënt tot een diagnose te komen?

- A. Anti-neutrofiële cytoplasmatische antilichamen (ANCA)
- B. Anti-Transglutaminase-IgA en totaal IgA
- C. Campylobacter jejuni antilichamen
- D. Ceruloplasmine
- E. HBsAg

**Juiste antwoord: B. Anti-Transglutaminase-IgA en totaal IgA**

Literatuur: A.Rubio-Taia & JA Murray, Clin Liver Dis 2019;23:167-176

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 9

U begeleidt al jaren een 64-jarige man in verband met een Child Pugh A (6 punten) levercirrose op basis van alcoholabusus. Hij presenteert zich vervroegd op uw spreekuur in verband met dyspnoe. Hij geeft toe dat hij de laatste weken weer alcohol is gaan drinken. Bij auscultatie wordt rechts evident minder ademgeruis gehoord. Een X-thorax laat een vrijwel geheel gesluisde hemithorax rechts zien. U denkt dat er sprake is van een hepatische hydrothorax. Analyse van het vocht laat een SAAG van 17 g/L zien met polymorfe nucleaire granulocyten  $0.002 \times 10^9/L$ .

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

- A. Expectatief beleid.
- B. Start antibiotica.
- C. Start diuretica.
- D. Transjugulaire Intrahepatische Portosystemische Shunt (TIPS)

**Juiste antwoord: C. Start diuretica**

Literatuur: Machicao V, Balakrishnan M, Fallon MB. Pulmonary complications in chronic liver disease. *Hepatology*. 2014 Apr;59(4):1627-37.

## Vraag 10

U ziet een 36-jarige vrouw op uw spreekuur die verwezen is door de huisarts, omdat er tijdens een routine echo (verricht vanwege aspecifieke buikklachten) een focale leverafwijking van 4.5cm in de rechter hemilever gezien werd. Zij heeft een blanco voorgeschiedenis, gebruikt orale anticonceptie (OAC) en heeft bij lichamelijk onderzoek een gewicht van 85 kg bij een lengte van 1.75 cm. Een MRI met gadolinium-contrast laat in segment 6 een op T1 en T2 hyperintense afwijking zien met arteriële enhancement. De afwijking is isointens in de portale en late fase.

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

- A. Geruststelling van patiënte, einde follow-up
- B. Stop OAC, adviseer gewichtsreductie, herhaal MRI over 6 maanden
- C. Stop OAC, herhaal MRI over 1 jaar
- D. Resectie

**Juiste antwoord: B. Stop OAC, adviseer gewichtsreductie, herhaal MRI over 6 maanden**

Literatuur: EASL CP Guidelines: The management of benign liver tumours: J. Hepatol 2016

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 11

Door de huisarts wordt een alleenstaande 72-jarige patiënt met blanco voorgeschiedenis naar de spoedpoli verwezen omdat hij sinds 2 dagen een gele huidskleur heeft. De huisarts heeft een echo laten maken die uitgezette galwegen laat zien tot 10 mm. Een verklaring voor de uitgezette galwegen wordt niet op de echo gezien: er zijn geen stenen en er wordt geen tumor gezien.

De meegestuurde laboratoriumresultaten laten een bilirubine totaal van 101  $\mu\text{mol/L}$  zien, Alkalisch fosfatase van 330 U/L, Gamma GT van 400 U/L en een nuchter glucose van 11  $\text{mmol/L}$ ; verder is het laboratoriumonderzoek inclusief bloedbeeld en nierfunctie niet afwijkend.

Patiënt geeft zelf geen klachten aan, bij doorvragen blijkt hij wel 5 kilo te zijn afgevallen de afgelopen 2 maanden; dat vindt hij eigenlijk zelf wel prettig.

Vraag: Welk aanvullend onderzoek is nu als eerste aangewezen?

- A. CT-pancreas
- B. Endo-echo
- C. ERCP
- D. Screening op virale hepatitis

Juiste antwoord: A. CT-pancreas

Literatuur: Oncoline richtlijn pancreascarcinoom

## Vraag 12

Bij een 24-jarige man met dysfagieklachten werd een gastroscopie verricht inclusief het nemen van oesofagusbiopten, waarbij zowel endoscopisch als bij PA-onderzoek van de biopten geen afwijkingen werden gezien. Vervolgens werd een Hoog Resolutie Manometrie (HRM) verricht. Hierbij werden een hoge Integrated Relaxation Pressure (IRP), afwezige peristaltiek en >20% spastische contracties geconstateerd, passend bij type III achalasie.

Vraag: Bij welke behandeling is de kans op een recidief bij deze patiënt het laagst?

- A. Botox injecties in de LES
- B. (Laparoscopische) Hellerse myotomie
- C. Pneumodilatatie

Juiste antwoord: B. (Laparoscopische) Hellerse myotomie

Literatuur: Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders, Curr Gastroenterol Rep (2017) 19:37

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 13

Een 55-jarige man met een psychiatrische voorgeschiedenis wordt 's nachts ingestuurd naar de SEH wegens verdenking op het inslikken van een aantal corpora aliena. De begeleider geeft aan dat hij in huis op tafel naast muntgeld en cocktailprikkers ook een blisterverpakking aantrof waarin nog 1 knoopbatterij zat. Het tijdstip van inslikken is niet duidelijk. Patiënt heeft ten tijde van presentatie geen klachten. Aanvullend laboratoriumonderzoek is normaal.

Een X-thorax/X-BOZ toont slechts 1 ronde verdichting halverwege de slokdarm.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Naar huis sturen en ontlasting laten controleren
- B. Naar huis sturen en terugzien bij optreden van koorts, buikpijn, braken etc.
- C. Ontbijtkoek laten eten, follow-up foto volgende dag
- D. Scopie van slokdarm/maag in de nacht van presentatie

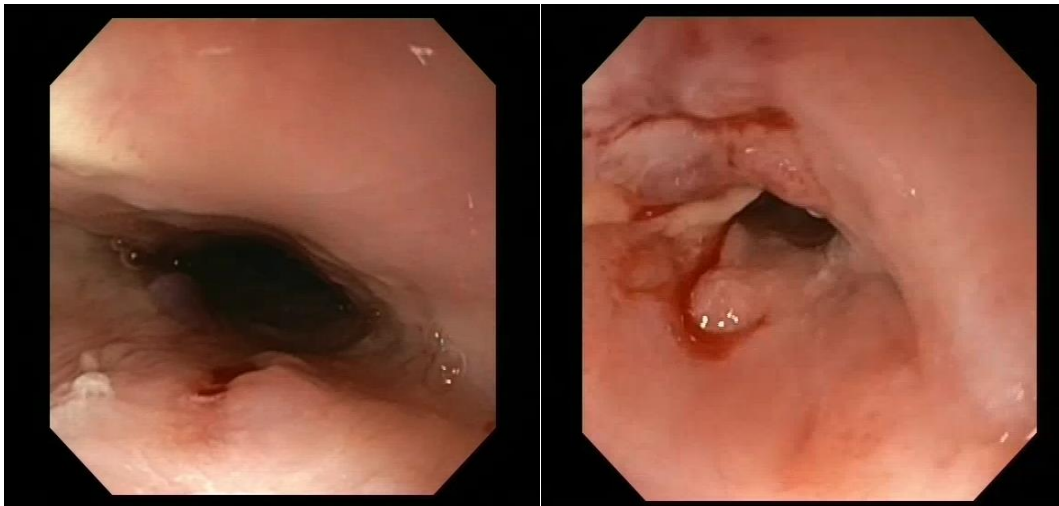
**Juiste antwoord: D. Scopie van slokdarm/maag in de nacht van presentatie**

Referentie: Birk M et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: ESGE clinical guideline. Endoscopy 2016;48:1-8

## Vraag 14

Een 65-jarige vrouw werd op 15-jarige leeftijd behandeld met radiotherapie (50Gy) en chemotherapie vanwege een maligne tumor in het mediastinum. Sindsdien heeft patiënte met een aangepast voedingspatroon een goede kwaliteit van leven en stabiel gewicht. Sinds enkele weken heeft ze in toenemende mate last van passageklachten en valt ze subtiel af.

U verricht een gastroscopie waarbij u het volgende ziet net onder de bovenste slokdarmsfincter:



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

- A. Adenocarcinoom
- B. Lichen planus
- C. Plaveiselcelcarcinoom
- D. Post-radiatie stenose

**Juiste antwoord: C. Plaveiselcelcarcinoom**

Literatuur: -

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 15

Vraag: Welke co-medicatie dient voorgeschreven te worden bij starten van Tofacitinib, indien dit wordt voorgeschreven in verband met een actieve therapierefractaire colitis ulcerosa?

- A. Bij voorkeur geen co-medicatie
- B. Prednisolon
- C. Tacrolimus
- D. Thiopurine

Juiste antwoord: A. Bij voorkeur geen co-medicatie

Literatuur: Hanauer et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019. Tofacitinib Induction Therapy Reduces Symptoms Within 3 Days for Patients With Ulcerative Colitis.

## Vraag 16

Een 46-jarige vrouw komt vervroegd naar de polikliniek vanwege buikpijn met bloederige diarree. Ze is bekend met colitis ulcerosa welke vanwege een opvlamming recent is behandeld met hoge dosis prednison. Inmiddels is ze overgegaan op Infliximab. Bij lichamelijk onderzoek is de buik diffuus drukpijnlijk, bij laboratoriumonderzoek blijkt het CRP 43 mg/L. Er wordt een sigmoidoscopie verricht waarbij grote ulcera worden gezien; bipten worden afgenomen. De patholoog ziet zgn. inclusie-lichaampjes in de HE kleuring en vermoedt een infectieus agens.

Vraag: Wat is de meest waarschijnlijke verwekker van dit infectieuze beeld?

- A. *Clostridium difficile*
- B. *Cytomegalovirus*
- C. *Salmonella typhimurium*
- D. *Yersinia enterocolitica*

Juiste antwoord: B. *Cytomegalovirus*

**Uitleg:** De combinatie van immunosuppressie en de bevindingen bij endoscopie en histologie, zijn zeer suggestief voor een CMV-infectie. De inclusie-lichaampjes bij PA zijn karakteristiek voor CMV.

Literatuur: Sager K et al., Cytomegalovirus and inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2015;41:725-733.



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 17

Een morbide obese patiënte (BMI 41) komt in aanmerking voor een maagverkleiningsoperatie. Vermeldenswaard in de anamnese is dat patiënte ondanks het gebruik van een PPI nog regelmatig last heeft van refluxklachten. Door de chirurg zijn de gastric sleeve en de gastric bypass met Roux-Y reconstructie als mogelijke maagverkleiningsoperaties besproken. Patiënte vraagt uw advies met betrekking tot de keuze voor het type operatie.

Vraag: Wat is het te verwachten effect op de refluxklachten bij de genoemde mogelijke operaties?  
Het risico op refluxklachten...

- A. wordt kleiner na gastric bypass met Roux-Y en groter na gastric sleeve
- B. wordt groter na gastric bypass met Roux-Y en kleiner na gastric sleeve
- C. wordt kleiner na zowel gastric bypass met Roux-Y als na gastric sleeve
- D. wordt groter na zowel gastric bypass met Roux-Y als na gastric sleeve

**Juiste antwoord: A. wordt kleiner na gastric bypass met Roux-Y en groter na gastric sleeve**

Literatuur: Gyawali CP, Fass R. Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Gastroenterology 2018; 154:302-318

## Vraag 18

Een 56-jarige patiënt komt op uw spreekuur. Hij is bekend met cirrose op basis van chronische hepatitis C, genotype 1a. Zijn HCV is nooit behandeld geweest, omdat de man zich enkele jaren onttrokken had van zorg. Nu komt hij met een gedecompenseerde cirrose met forse ascites, Child Pugh B7, MELD 15.

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

- A. Direct starten met antivirale therapie met als doel recompensatie van de leverziekte
- B. Geen antivirale therapie nu, want dit is gecontra-indiceerd in gedecompenseerde levercirrose
- C. Niets doen, want patiënt is bewezen niet compliant
- D. Verwijzingen voor screening levertransplantatie. Na transplantatie pas antivirale therapie

**Juiste antwoord: A. Direct starten met antivirale therapie met als doel recompensatie van de leverziekte**

Literatuur: EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 19

Op de polikliniek levertransplantatie ziet u de volgende twee patiënten:

*Patiënt 1:* Een 45-jarige man met niet-cirrotische primair scleroserende cholangitis met een MELD-score van 8 en herhaalde episoden van cholangitis zonder endoscopische of percutane drainage-opties

*Patiënt 2:* Een 63-jarige vrouw met een NASH cirrose en 1 Lirads 5 lesie in segment 6 (2.8 cm), 1 Lirads 4 lesie in segment 2 van 1.2 cm, 1 Lirads 5 lesie in segment 8 (2.4cm) en 3-tal Lirads 3 lesies van 1.1, 2.3 en 0.7 cm

Vraag: Welke van deze patiënten zou in aanmerking komen voor een levertransplantatie?

- A. Geen van deze patiënten
- B. Alleen patiënt 1
- C. Alleen patiënt 2
- D. Zowel patiënt 1 als patiënt 2

**Juiste antwoord: D. Zowel patiënt 1 als patiënt 2**

Literatuur: [Protocol indicatiestelling en selectie voor levertransplantatie bij volwassenen en kinderen in Nederland](#)

## Vraag 20

Chronische pancreatitis is een voortgaande ontsteking van het pancreas waarbij het pancreasparenchym langzaam vervangen wordt door fibrotisch weefsel, waardoor endocriene en exocriene insufficiëntie kan ontstaan.

Vraag: Welke van onderstaande risicofactoren zijn geassocieerd met het ontstaan van chronische pancreatitis?

- A. Choledocholithiasis, chronisch alcoholgebruik en roken
- B. Choledocholithiasis, roken en genetische factoren zoals PRSS1, SPINK1 en CPA1 mutaties
- C. Chronisch alcoholgebruik, auto-immuun pancreatitis en choledocholithiasis
- D. Chronisch alcoholgebruik, roken en genetische factoren zoals PRSS1, SPINK1 en CPA1 mutaties

**Juiste antwoord: D. chronisch alcoholgebruik, roken en genetische factoren zoals PRSS1, SPINK1 en CPA1 mutaties**

Literatuur: Lohr et al. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). United European Gastroenterol J. 2017 Mar;5(2): 153-199

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 21

Een 44-jarige vrouw bezoekt uw spreekuur wegens refluxklachten. Haar klachten reageren onvoldoende op een behandeling met een protonpompremmer (PPI), eerder voorgeschreven door haar huisarts. Een gastroscopie na staken van PPI toont geen afwijkingen. U verricht een pH metrie off-PPI. De uitslag luidt: Geen pathologische zure reflux. Er is een positieve symptoomassociatie met een Symptom Index (SI) >50% en een Symptom Association Probability (SAP) van >95%.

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

- A. Functional heartburn
- B. Hypersensitieve oesofagus
- C. Non erosieve reflux ziekte
- D. Oesofagusspasmen

**Juiste antwoord: B. Hypersensitieve oesofagus**

Literatuur: Richtlijn gastro-oesofageale refluxziekte 2010

## Vraag 22

Bij een 24-jarige man met dysfagie wordt een high resolution manometrie van de oesofagus verricht. De uitslag luidt: EGJ outflow obstruction. Een eerdere gastroscopie inclusief oesofagusbipten toonde geen afwijkingen. De voorgeschiedenis is blanco.

Vraag: Wat is de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Timed Barium oesofagogram
- B. 24-uurs pH metrie
- C. CT-thorax/bovenbuik
- D. Endo-echografie

**Juiste antwoord: A. Timed Barium oesofagogram**

Literatuur: ACG Guideline Achalasia 2013

## Vraag 23

Patiënten met M. Wilson wordt geadviseerd zich te houden aan een koperbeperkt dieet.

Vraag: Welke van de volgende voedingsmiddelen dienen zij te vermijden, in ieder geval gedurende het eerste jaar van behandeling?

- A. Kip en varkensvlees, groene thee, chocola, steenvruchten
- B. Schaal- en schelpdieren, noten, chocolade, orgaanvlees
- C. Vis, zwarte thee, volkorenproducten, peulvruchten
- D. Zeevis, eieren, zuivelproducten, zeewier

**Juiste antwoord: B. Schaal- en schelpdieren, noten, chocolade, orgaanvlees**

Literatuur: AASLD PRACTICE GUIDELINES Diagnosis and Treatment of Wilson Disease: An Update Eve A. Roberts1 and Michael L. Schilsky2 Hepatology 2008; vol 47: 2089-2111

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 24

Een 55-jarige patiënte wordt via de neuroloog naar uw spreekuur verwezen met het verzoek tot een PEG-plaatsing. Patiënte heeft Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS). Zij vraagt of zij sedativa kan krijgen tijdens deze procedure.

Vraag: Wat is volgens de richtlijn het beste advies c.q. beleid voor deze patiënte?

- A. Indien de Forced Vital Capacity (FVC)  $\geq$  80% van de voorspelde waarde en een bloedgas bepaling geen verdenking doet rijzen op (nachtelijke) hypoventilatie en/of respiratoire insufficiëntie, kunnen sedativa overwogen worden. De sedativa worden toegediend door de MDL-arts.
- B. Indien de Forced Vital Capacity (FVC)  $>$  50% van de voorspelde waarde en een bloedgas bepaling geen verdenking doet rijzen op (nachtelijke) hypoventilatie en/of respiratoire insufficiëntie, kunnen sedativa overwogen worden. De sedativa worden toegediend onder toezicht van een anesthesioloog of anesthesiologisch geschoolde medewerker.
- C. Het geven van sedativa is gecontra-indiceerd bij ALS patiënten
- D. Het plaatsen van een PEG-sonde wordt bij voorkeur zonder het toedienen van sedativa verricht

**Juiste antwoord: D. Het plaatsen van een PEG-sonde wordt bij voorkeur zonder het toedienen van sedativa verricht**

Literatuur: Richtlijn Percutane Endoscopische Gastrostomie sonde (PEG-sonde) plaatsing bij patiënten met Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS). <https://www.als-centrum.nl/wp-content/uploads/2013/11/Richtlijn-PEG-bij-ALS1.pdf>

## Vraag 25

Eén van de hoekstenen in de behandeling van een high-output stoma is het drinken van Oral Rehydration Solution (ORS). De glucose-zout oplossing die ORS bevat, wordt via de Na<sup>+</sup>-gekoppelde glucose transporter (SGLT1) samen met water opgenomen. Het onderdeel van het maagdstelsel waar deze transporter het hoogst tot expressie komt draagt derhalve het meest bij aan de ORS-werking.

Vraag: In welk deel van het maagdstelsel komt SGLT1 het hoogst tot expressie?

- A. Maag
- B. Duodenum
- C. Jejunum
- D. Ileum

**Juiste antwoord: C. Jejunum**

Literatuur: Berne & Levy 57-58; 393-397

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 26

Een 56-jarige man presenteert zich op de SEH met melena. U doet een gastroscopie en vindt een niet actief bloedend ulcus in het antrum van ongeveer 1,5 cm x 2 cm. U ziet een zichtbaar vat.

Vraag: Wat is in dit geval de classificatie van de ulcus en is endoscopische behandeling gewenst?

- A. Forrest IIa ulcus; endoscopische behandeling is gewenst
- B. Forrest IIa ulcus; endoscopische behandeling is niet nodig
- C. Forrest IIc ulcus; endoscopische behandeling is gewenst
- D. Forrest IIc ulcus; endoscopische behandeling is niet nodig

**Juiste antwoord: A. Forrest IIa ulcus; endoscopische behandeling is gewenst**

Literatuur: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. 2015. Endoscopy

## Vraag 27

U doet een gastroscopie bij een 60-jarige man die 6 uur geleden tijdens de dienst is opgenomen met melena. Hij gebruikt ascal. Hij is behandeld met een PPI pomp en hemodynamisch stabiel. U vindt de volgende afwijking tijdens de scopie.



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

- A. Expectatief; geen endoscopische behandeling noodzakelijk
- B. Hemoclip plaatsing zonder adrenaline-injectie
- C. Locale adrenaline injectie gecombineerd met plaatsing van een Hemoclip
- D. Locale adrenaline injectie zonder additionele therapie

**Juiste antwoord: A. Expectatief; geen endoscopische behandeling noodzakelijk**

Literatuur: MDL Richtlijn Bloedingen tractus digestivus September 2017, Forrest IIc ulcus

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 28

U doet een colonoscopie bij een 68-jarige vrouw in verband met af en toe helder rood bloed bij de ontlasting. In het colon descendens wordt een gesteelde poliep gevonden met een kop van 13 mm, een lange steel van 2 cm en een dikte van 4 mm met een Kudo pitpattern IV en een NICE classificatie type 2.

Vraag: Welke factor bepaalt dat er bij het verwijderen van deze poliep een verhoogd risico bestaat op een post-poliepectomie bloeding?

- A. Dikte van de steel is 4 mm
- B. Kop van de poliep is 13 mm
- C. Lengte van de steel is 2 cm
- D. Locatie van de poliep in het colon descendens

**Juiste antwoord: B. Kop van de poliep is 13 mm**

Literatuur: Nederlandse Richtlijn Endoscopische Poliepectomie van het colon 2019

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 29

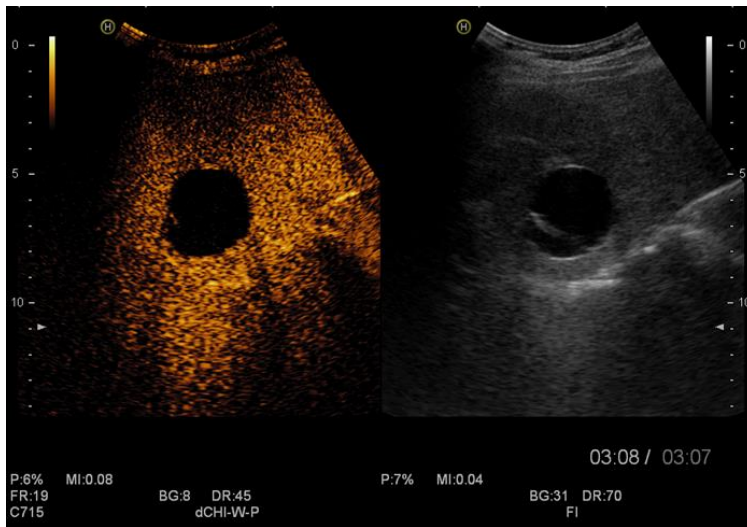
Een 54-jarige vrouw wordt door de internist-hematoloog naar de MDL-arts verwezen.

In 2016 onderging zij een stamceltransplantatie vanwege een lymfoom. In februari 2019 wordt er een CT-abdomen gemaakt: hierop worden geen vergrote lymfklieren, maar wel een in de lever gelegen cysteuze afwijking gezien.

U besluit om eerst een echo van de lever te maken, zie beelden: rechts B-beeld, en links na toediening 1,2 ml SonoVue intraveneus.

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

- A. Cystadenocarcinoom
- B. Cystadenoom
- C. Hemangioom
- D. Ongecompliceerde levercyste



**Juiste antwoord: D. Ongecompliceerde levercyste**

**Uitleg:** In het B-beeld (rechts) wordt een lesie gezien: echo-arm, scherp afgrensbbaar, geaccentueerde in- en uitgaande echo's, schaduw aan weerszijden en een dorsale echo-versterking. Er is enige echo-rijke inhoud, welke met contrast (CEUS, links) niet zichtbaar is. Dit B-beeld is al voldoende bewijs voor de diagnose ongecompliceerde levercyste; de contrast-echo is verricht om gezien de voorgeschiedenis en het echorijke gebiedje 100% zeker te zijn.

Literatuur: Matthias Hofer, Ultrasound teaching manual, 3rd Edition 2013, p39

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 30

Bij een 67-jarige man met dysfagie wordt bij endoscopie een distaal oesofaguscarcinoom gevonden.

Vraag: Welk onderzoek is het meest sensitief voor het stadiëren van lokale invasie bij slokdarmkanker?

- A. CT-scan met contrast van de slokdarm
- B. Laparoscopie
- C. MRI-scan van de thorax
- D. PET-CT-scan
- E. Radiale endoscopische echografie

**Juist antwoord: E. Radiale endoscopische echografie**

Literatuur: [OncoLine.nl](http://OncoLine.nl) – oesophagus carcinoom – preoperatief diagnostiek - Literatuurbespreking versie 3.0 (2010)

## Vraag 31

Een 68-jarige man bleek een positieve fecale occult bloedtest (iFOBT) te hebben in het bevolkingsonderzoek darmkanker. Hij kreeg een colonoscopie aangeboden, maar voordat hij zijn beslissing nam, wilde hij weten wat de kansen waren om een coloncarcinoom te hebben.

Vraag: Wat is de kans op een coloncarcinoom bij een patiënt van deze leeftijd met een positieve iFOBT?

- A. 2%
- B. 8%
- C. 16%
- D. 24%
- E. 48%

**Juiste antwoord: B. 8%**

Literatuur: Gastroenterology. 2017 Mar;152(4):767-775.



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 32

Een 67-jarige man onderging een colonoscopie. Een 17mm gesteelde (Paris Ip) poliep in het sigmoid colon werd verwijderd middels polypectomie.

PA-onderzoek toonde een tubulovilleus adenoom met een goed gedifferentieerd carcinoom in de kop van poliep, reikend tot het niveau van de nek van het adenoom; geen lymfovasculaire invasie; afstand resectiemarge tot het carcinoom bedraagt 1,3 mm.

Vraag: Wat is in dit geval het verwachte risico op lymfekliermetastasen?

- A. ≤5%
- B. 6-15%
- C. 16-25%
- D. 26-35%
- E. > 35%

**Juiste antwoord: A. ≤5%**

Literatuur: Gastroenterology. 2018 May;154(6):1647-1659.

## Vraag 33

In de remissiefase van de ziekte van Crohn is het belangrijk om patiënten te blijven vervolgen, zodat vroegtijdig kan worden ingegrepen bij een eventuele opvlaming. Hiervoor kan onder andere de CDAI (Crohn's Disease Activity Index) worden gebruikt.

Vraag: Welke informatie is nodig om de CDAI te bepalen?

- A. Alleen anamnese
- B. Alleen anamnese en lichamelijk onderzoek
- C. Alleen anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek
- D. Anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en endoscopie-onderzoek

**Juiste antwoord: C. Alleen anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek**

Literatuur: [ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects \(2018\)](#)

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 34

Tot 50% van alle patiënten met IBD ervaart ten minste 1 episode met ten minste 1 extra-intestinale manifestatie (EIM). Dit kan zich zowel voor als na diagnose van de IBD manifesteren.

Vraag: Hoe verhoudt het manifesteren van extra-intestinale verschijnselen zich bij colitis ulcerosa patiënten ten opzichte van M. Crohn patiënten?

- A. EIMs komen vaker voor bij M. Crohn dan bij colitis ulcerosa
- B. EIMs komen vaker voor bij colitis ulcerosa dan bij M. Crohn
- C. EIMs komen even vaak voor bij M. Crohn en bij colitis ulcerosa
- D. EIMs komen alleen voor bij M. Crohn en niet bij colitis ulcerosa
- E. EIMs komen alleen voor bij colitis ulcerosa en niet bij M. Crohn

**Juiste antwoord: A. EIMs komen vaker voor bij M. Crohn dan bij colitis ulcerosa**

Literatuur: [ECCO Extra-intestinal Manifestations Consensus](#), 2016  
Categorie: 2 MDL-IBD, aspect D. Niet nader te karakteriseren

## Vraag 35

Een 65-jarige patiënt met IBD (waarvoor behandeling met anti TNF-alpha en azathioprine) ontwikkelt een matig ernstige Candida-oesofagitis met slikklachten.

Vraag: Welke behandeling is nu het meest aangewezen?

- A. Fluconazol per os
- B. Itraconazol intraveneus
- C. Nystatine orale gel

**Juiste antwoord: A. Fluconazol per os**

Literatuur: Banerjee S. et al. Treatment of Gastrointestinal Infections. Gastroenterology 2000;118:S48-S67. SWAB richtlijn.

## Vraag 36

Bij een 66-jarige man wordt een chronische hepatitis B vastgesteld. Er is een behandelindicatie en de huisarts verwijst naar de MDL-arts voor behandeling.

Vraag: Welke medicijnen worden gebruikt bij behandeling van chronische hepatitis B?

- A. 6-thioguanine, azathioprine
- B. Entecavir, Tenofovir
- C. Penicillamine, Trientine
- D. Sofosbuvir, Velpatasvir

**Juiste antwoord: B. Entecavir, Tenofovir**

Literatuur: EASL 2017 clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of Hepatology 2017; 67; 398.

Ook op <https://easl.eu/publications/> onder Clinical Practice Guidelines.

<http://www.hbvrichtsnoer.nl>

Boek: H.L.A. Janssen, J.P.H. Drenth, B. van Hoek (eds.). Leverziekten. BSL, Amsterdam, 2009. ISBN 9789031374366.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 37

De Rome IV criteria voor functionele dyspepsie maken een onderscheid tussen het "Postprandial Distress Syndrome" en het "Epigastric Pain Syndrome".

Vraag: Waardoor wordt het "Postprandial Distress Syndrome" gekenmerkt?

- A. Aanvallen van flushes en zweten kort na de maaltijd
- B. Klachten van diarree die optreden kort na de maaltijd
- C. Pijn in epigastrio en branderigheid in de maagstreek, optredend aansluitend aan de maaltijd
- D. Versneld verzadigingsgevoel tijdens de maaltijd en een opgezet gevoel na de maaltijd

**Juiste antwoord: D. Versneld verzadigingsgevoel tijdens de maaltijd en een opgezet gevoel na de maaltijd**

Literatuur: J. Kellow, D.A. Drossman, et. al.; 2017 Rome IV. Diagnostic Algorithms for common GI Symptoms. Second Edition.

## Vraag 38

Een jongeman met Crohn bezoekt uw spreekuur in verband met aanhoudende gastrointestinale klachten. Een recente coloscopie en een MRI van de dunne darm toonden geen ziekteactiviteit. Het CRP en feces calprotectine zijn al jaren laag. Hij vraagt of een laag Fodmap dieet zijn klachten zou kunnen doen verminderen.

Vraag: Wat is het meest aangewezen advies voor deze jonge man?

- A. Een laag Fodmap dieet is bewezen effectief bij IBD in remissie
- B. Een laag Fodmap dieet is bewezen ineffectief bij IBD in remissie
- C. Een laag Fodmap dieet geeft verergering van klachten bij IBD in remissie
- D. Een laag Fodmap dieet moet nog worden bewezen op zijn effectiviteit bij IBD in remissie

**Juiste antwoord: A. Een laag Fodmap dieet is bewezen effectief bij IBD in remissie**

Literatuur: Zhan; Is a low FODMAP diet beneficial for patients with inflammatory bowel disease? A meta-analysis and systematic review. Clinical Nutrition, 37: 123-129 (2018)

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 39

In de huidige Nederlandse richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus wordt aangeraden om een gastroscopie te verrichten bij een patiënt met een ernstige, acute bovenste tractus digestivus bloeding met hemodynamische Instabiliteit.

Vraag: Binnen welke termijn wordt in deze richtlijn aangeraden om deze scopie te verrichten?

- A. Binnen 3 uur
- B. Binnen 6 uur
- C. Binnen 12 uur
- D. Binnen 24 uur

**Juiste antwoord: C. Binnen 12 uur**

Literatuur: Richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus (september 2017), website NVMDL

## Vraag 40

In de huidige Nederlandse richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus wordt aangeraden om een gastroscopie te verrichten bij een patiënt verdenking op een bovenste tractus digestivus bloeding.

Vraag: Wat is in deze situatie het beste beleid ten aanzien van de sedatie bij de gastroscopie?

- A. Sedatie bij spoed-endoscopieën voor acute tractus digestivus bloedingen is aan te bevelen
- B. Sedatie bij spoed-endoscopieën voor acute tractus digestivus bloedingen is gecontra-indiceerd in verband met verhoogd aspiratie risico
- C. Sedatie bij spoed-endoscopieën voor acute tractus digestivus bloedingen mag alleen in aanwezigheid van een sedatie-anaesthesiemedewerker en/of anaesthesist.
- D. Sedatie bij spoed-endoscopieën voor acute tractus digestivus bloedingen vereist een endotracheale intubatie

**Juiste antwoord: A. Sedatie bij spoed-endoscopieën voor acute tractus digestivus bloedingen is aan te bevelen**

Literatuur: richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus (september 2017), website NVMDL

## Vraag 41

Door de groei van de bariatrische chirurgie zien wij als MDL-artsen steeds meer complicaties na bariatrische chirurgie. Een veel voorkomend probleem is de marginal ulcer bij roux-en-Y gastric bypass.

Vraag: Wat is de meest aangewezen behandeling hiervan?

- A. Het strict volgen van de dieetadviezen
- B. PPI en stoppen met roken
- C. Revisie anastomose en inkorten pouch
- D. Sucralfaat

**Juiste antwoord: B. PPI en stoppen met roken**

Literatuur: [Surg Endosc.](#) 2012 Oct;26(10):2789-96. Epub 2012 Apr 28.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 42

U verricht bij vier patiënten een ERCP:

- A. Patiënt A is een zieke oudere dame met uitgezette galwegen, choledochusstenen en cholangitis. U verricht een ERCP tijdens de diensturen. Een pre-cut sphincterotomie wordt verricht met evacuatie van pus en stenen.
- B. Patiënt B is een patiënt met galwegobstructie wegens chronische fibroserende pancreatitis, waarbij plastic galwegstents worden geplaatst.
- C. Patiënt C is een jonge vrouw met biliair aandoende kolieken, normaal bilirubine en een beetje sludge in de galblaas op de echo. De galwegen komen niet goed a vue.
- D. Patiënt D is een man van middelbare leeftijd met biliare kolieken, sludge in de galblaas en een inmiddels weer genormaliseerd bilirubine nadat dit eerder verhoogd is geweest.

Voor de preventie van post ERCP-pancreatitis (PEP) is het van groot belang de hoog risicopatiënten te herkennen.

Vraag: Bij welke van deze patiënten is het risico op PEP het grootst?

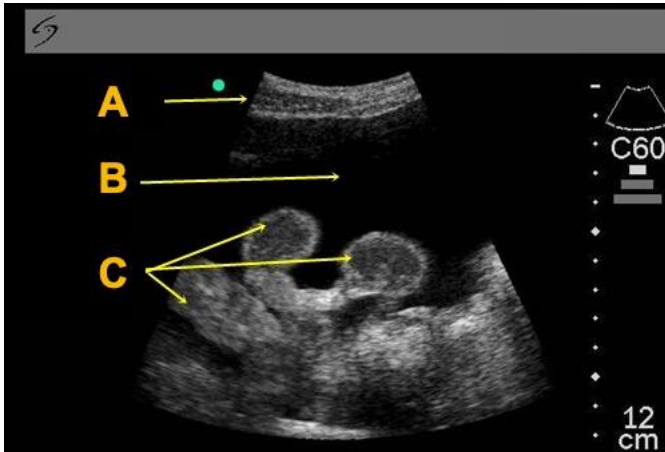
- A. Patiënt A
- B. Patiënt B
- C. Patiënt C
- D. Patiënt D

**Juiste antwoord: C. Patiënt C**

Literatuur: [Eur J Med Res](#). 2014; 19(1): 26.  
[Gastrointest Endosc](#). 2001 Oct;54(4):425-34.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 43



U treft in de weekenddienst een patiënte met een fors bolle buik bij gedecompenseerde cirrose. Met uw 'pocket ultrasound device' (PUD) ziet u bovenstaand beeld.

Vraag: Welke structuren zijn A, B en C?

- A. A=buikwand, B=ascites, C=darmlis
- B. A=buikwand, B=milt, C=darmlis
- C. A=buikwand, B=ascites, C=ovaria
- D. A=blaaswand, B=milt, C=ovaria
- E. A=blaaswand, B=ascites, C=ovaria
- F. A=blaaswand, B=milt, C=darmlis

**Juiste antwoord: A. A=buikwand, B=ascites, C=darmlis**

Literatuur: Keil-Ríos, D. et al. Intern Emerg Med (2016) 11: 461.

## Vraag 44

Een 60-jarige patiënt wordt acuut geopereerd in verband met een obstructie-ileus bij een sigmoïdcarcinoom. De stadiëring toont een vermoeden op een T4 tumor zonder afstandsmetastasen. Peroperatief blijkt de tumor een perforatie veroorzaakt te hebben.

De PA toont een pT4N1M0 adenocarcinoom. De zoon van patiënt, zelf huisarts, vraagt of er een indicatie is voor HIPEC behandeling met oxaliplatin.

Vraag: Wat is het meest aangewezen antwoord?

- A. Er is een indicatie voor HIPEC vanwege de T4 status
- B. Er is een indicatie voor HIPEC gezien het feit dat er een tumorperforatie is
- C. Zowel de T4 status als de tumorperforatie vormen een indicatie voor HIPEC
- D. Noch de T4 status, noch de tumorperforatie vormt een indicatie voor HIPEC

**Juiste antwoord: D. Noch de T4 status, noch de tumorperforatie vormt een indicatie voor HIPEC**

Literatuur: Klaver et al Adjuvant hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with locally advanced colon cancer (COLOPEC): a multicentre, open-label, randomised trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019 Jul 29.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 45

Bij welke patiënten wordt in de work-up van een potentieel resectabel maagcarcinoom een diagnostische laparoscopie geadviseerd?

- A. Alleen bij patiënten met verdenking op een carcinosis peritonei op de beeldvorming
- B. Bij alle potentieel resectabel maagcarcinoom patiënten ongeacht het T-stadium en het N-stadium
- C. Bij alle patiënten met een cT1-4N0M0 stadium
- D. Bij alle patiënten met een hoog T-stadium (cT3-4)

**Juiste antwoord: D. Bij alle patiënten met een hoog T-stadium (cT3-4)**

Literatuur: Landelijke richtlijn maagcarcinoom 2.2

## Vraag 46

Een 23-jarige man bekend met M. Crohn van het terminale ileum heeft een exacerbatie met bewezen ziekte-activiteit tijdens coloscopie. Deze exacerbatie treedt op onder geoptimaliseerde therapie met azathioprine. Hij bespreekt met zijn MDL-arts de mogelijke opties voor uitbreiding van de therapie.

Vraag: Voor welk mechanisme van therapie moet nog op een registratie gewacht worden bij de ziekte van Crohn?

- A. anti-IL12/23
- B. anti-integrine
- C. anti-TNF
- D. JAK remming

**Juiste antwoord: D. JAK remming**

Literatuur: Nederlandse IBD richtlijn 2015 en update 2019 (wordt nu aan gewerkt)

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 47

Mathilde en Lucas wonen in een gezellige buurt, waar jaarlijks een borrel met BBQ wordt georganiseerd. Naast vegetarische hapjes natuurlijk veel vlees en vis, op smaak gebracht met ruim bier en wijn. Lucas voelt zich in de dagen erna griepachtig. Na 3 dagen gaat het echt mis: buikkrampen, misselijk, braken gevolgd door bloederige diarree. In de 4 dagen erna wordt hij zieker en moet hij opgenomen worden in het ziekenhuis met verschijnselen van uitdroging.

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

- A. *Campylobacter spp* infectie
- B. *Hepatitis A* infectie
- C. *Influenza* infectie
- D. *Norovirus* infectie

**Juiste antwoord: A. *Campylobacter spp* infectie**

Literatuur: Beschreven beeld met incubatietijd, klachten, verschijnselen en beloop zou goed kunnen passen bij *Campylobacter* infectie

Zie: LCI richtlijnen RIVM

Norovirus heeft een incubatietijd van 1-3 dagen en wordt binnen 4 dagen door het lichaam geklaard.

Zie: LCI richtlijnen RIVM  
Influenza virus infecties kunnen uiteenlopende symptomen veroorzaken, mede afhankelijk van het type virus. Symptomen zijn veelal acuut begin, (2) hoesten, neusverkoudheid, niezen, pijn achter het borstbeen, zere keel en (3) koorts tot 39 °C of hoger, artralgie, hoofdpijn, koude rillingen, malaise, moeheid en myalgie. Ook diarree komt voor, maar oha niet bloederig.

Zie: LCI richtlijnen RIVM

Incubatietijd HAV 2-7 wk. Symptomen kunnen zijn: algemene malaise, griep, koorts, gebrek aan eetlust, misselijkheid en buikklachten. Na enkele dagen kan icterus met donkere urine en soms stopverfkleurige feces ontstaan.

Zie: LCI richtlijnen RIVM

## Vraag 48

U ziet een patiënte van 55 jaar op de poli in verband met vrij recent gediagnostiseerde auto-immuun hepatitis. Zij wordt sinds enkele weken behandeld met azathioprine (onderhoudsbehandeling) en prednison (afbouwschema). Zij ervaart echter bijwerkingen van de azathioprine en u wilt deze vervangen door een ander medicament.

Vraag: Wat is, vanwege goed gedocumenteerde efficiëntie bij intolerantie voor azathioprine, het meest voorgeschreven 2<sup>e</sup> lijns medicament voor auto-immuun hepatitis?

- A. Cyclofosfamide
- B. Infliximab
- C. Methotrexaat
- D. Mycofenolaatmofetil

**Juiste antwoord: D. Mycofenolaatmofetil**

Literatuur: EASL Guideline Autoimmune hepatitis, 2015.



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 49

Een 55-jarige vrouw komt bij u op het spreekuur. Ze is bekend met diabetes mellitus type I. In verband met vermoeidheid was ze naar de huisarts gegaan, alwaar screenend bloedonderzoek was gedaan. In het bloedonderzoek bleek een normaal HbA1c, normaal volledig bloedbeeld, ASAT van 980 U/L, ALAT van 830 U/L, AF 76 U/L, gammaGT 34 U/L. Serologie voor hepatitis A, B, C, EBV en CMV was negatief. U denkt aan een auto-immuun hepatitis.

Vraag: Welk bloedonderzoek is nu het meest behulpzaam om deze werkdiagnose meer aannemelijk te maken?

- A. Anti-liver kidney microsome antilichamen type 1 (anti-LKM1)
- B. Anti-mitochondriale antilichamen (AMA)
- C. Anti-nucleaire antilichamen (ANA)
- D. Perinucleaire anti-neutrofiële cytoplasmatische antilichamen (pANCA)

**Juiste antwoord: C. Anti-nucleaire antilichamen (ANA)**

Literatuur: MP Manns, AJ Czaja. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis, AASLD guideline; Hepatology 2010

LE Bakker, HR Buuren; Auto immuunziekten van de lever; NT klinisch chemisch laboratoriumgeneeskunde 2006; 31: 281-289

EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. Journal of Hepatology 2015 vol. 63 j 971–1004

## Vraag 50

Een 78-jarige vrouw met levercirrose wordt opgenomen met nieuw ontstane acute verwardheid. U stelt een milde hepatische encephalopathie vast. U besluit haar op te nemen en schrijft de orders voor de verpleegafdeling.

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

- A. eiwit in dieet 0.6-0.75 gram/kg per dag & lactulose siroop
- B. eiwit in dieet 0.6-0.75 gram/kg per dag & rifaximin tabletten
- C. eiwit in dieet 1.2-1.5 gram/kg per dag & lactulose siroop
- D. eiwit in dieet 1.2-1.5 gram/kg per dag & rifaximin tabletten

**Juiste antwoord: C. eiwit in dieet 1.2-1.5 gram/kg per dag & lactulose siroop**

Literatuur: EASL guideline

<http://www.easl.eu/medias/cpg/Hepatic-Encephalopathy-Chronic-Liver-Disease/English-report.pdf>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 51

Een 67-jarige man met chronische buikpijn, waarvoor hij reeds oxynorm gebruikt, komt op uw spreekuur voor het bespreken van de uitslag van een CT-abdomen. Hierop het beeld van een atrofisch pancreas gezien met dilatatie van de ductus pancreaticus (7 mm) en een obstruerend concrement van 4 mm in het pancreaskopgebied.

Vraag: Wat is nu de aangewezen behandeling?

- A. Aanpassing pijnmedicatie
- B. ERCP met verwijdering concrement
- C. Extracorporale shockwave lithotripsy (ESWL) en ERCP
- D. Pancreaticojejunostomie

**Juiste antwoord: B. ERCP met verwijdering concrement**

Literatuur: Endoscopic treatment of chronic pancreatitis-ESGE Guideline 2018

## Vraag 52

De laatste jaren wordt er bij een groeiend aantal nierpatiënten een niertransplantatie verricht.

Vraag: Wat is het meest aangewezen beleid bij niertransplantatiepatiënten met asymptomatische cholecystolithiasis ten aanzien van het verrichten van een preventieve cholecystectomie?

- A. Profylactische cholecystectomie tijdens de transplantatie
- B. Profylactische cholecystectomie en minimaal 3 weken wachten alvorens transplantatie
- C. Geen profylactische cholecystectomie; behandeling van asymptomatische cholecystolithiasis in deze patiëntengroep is vergelijkbaar met die van de normale populatie

**Juiste antwoord: C. Geen profylactische cholecystectomie; behandeling van asymptomatische cholecystolithiasis in deze patiëntengroep is vergelijkbaar met die van de normale populatie**

Literatuur: Nederlandse richtlijn galsteenlijden 2017

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 53

Een 45-jarige patiënt is bekend met colitis ulcerosa. Hij wordt opgenomen met een ernstige exacerbatie, waarvoor colectomie noodzakelijk wordt geacht. Door de ziekte-episode heeft hij de afgelopen periode minder gegeten en bij evaluatie van het risico op ondervoeding scoort patiënt een MUST-score van 3. Het serum-albumine is 18 g/l. De patiënt vraagt zich af binnen welke termijn hij bij voorkeur moet worden geopereerd.

Vraag: Wat is in dit geval het meest correcte antwoord?

- A. Bij voorkeur geen uitstel, direct opereren gezien ernst van de ondervoeding
- B. Bij voorkeur operatie 1-2 weken uitstellen om katabole fase te bestrijden met intensieve voedingstherapie
- C. Bij voorkeur operatie minimaal 1-2 maanden uitstellen om patiënt op gewicht te brengen met adequate voedingstherapie

**Juiste antwoord: B. Bij voorkeur operatie 1-2 weken uitstellen om katabole fase te bestrijden met intensieve voedingstherapie**

Literatuur: ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease Forbes A. et al. Clin Nutr 2017; 321-47.

## Vraag 54

Een 58-jarige man komt op de Spoedeisende Hulp van uw ziekenhuis wegens een eerste episode met hematemesis. U verricht met spoed een gastroscopie en vindt bloedende maagvarices (IGV 1).

Vraag: Wat is de eerste keus in endoscopische behandeling in deze situatie?

- A. Ella-Stent
- B. Histoacryl-injectie
- C. Rubberbandligatie
- D. Spoedverwijzing naar de radioloog voor TIPS

**Juiste antwoord: B. Histoacryl-injectie**

Literatuur: richtlijn "Richtlijn Bloedingen tractus digestivus" van de NVMDL September 2017

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 55

Het is 21.00 uur en u wordt door de SEH-arts gebeld over een 66-jarige vrouw die zich een uur eerder gepresenteerd heeft met progressieve buikpijn. Sinds een dag is zij misselijk en zij heeft gebrakt. De ontlasting is sinds enkele dagen uitgebleven. Bij lichamelijk onderzoek wordt een matig zieke, pijnlijke vrouw gezien met een opgezette buik en hoogklinkende peristaltiek bij auscultatie. Het bloedonderzoek is niet afwijkend. De buikoverzichtsfoto toont een fors uitgezet coecum ('komma-teken'), een dunne darmileus en afwezigheid van gas elders in het colon. U denkt aan een volvulus.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Neusmaaghevel, verder expectatief beleid
- B. Neusmaaghevel, herhalen buikoverzichtfoto de volgende ochtend
- C. Coloscopie ten behoeve van desoufflatie dezelfde avond
- D. Overleg met chirurg in verband met acute operatie-indicatie

**Juiste antwoord: D. Overleg met chirurg in verband met acute operatie-indicatie**

Literatuur: Joosse et al. Colon-obstructie door volvulus van sigmoid of caecum, NTVG 2010;154-A863

## Vraag 56

Een 21-jarige studente geneeskunde heeft sinds 12-jarige leeftijd de ziekte van Crohn van het ileum en coecum. Dit laatste is, onder meer histologisch, recent bevestigd met een ileocoloscopie: oppervlakkige ulcera in het ileum en coecum, geen activiteit in het resterend colon.

Vraag: Wat is in dit geval het meest aangewezen advies ten aanzien van surveillance van het colon?

- A. Surveillance schema opzetten met controle over 1 jaar
- B. Surveillance schema opzetten met controle over 3 jaar
- C. Surveillance schema opzetten met eerste volgende controle vanaf haar 26<sup>ste</sup>
- D. Surveillance is niet geïndiceerd

**Juiste antwoord: D. Surveillance is niet geïndiceerd**

Literatuur: Richtlijnen NVMDL, Handleiding IBD

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 57

Uw 28-jarige patiënte met de ziekte van Crohn wordt, onder meer in verband met perianale fisteling, sinds 1 jaar behandeld met combinatietherapie (allopurinol, azathioprine en infliximab). Zij verschijnt met haar partner op uw spreekuur en vertelt een kinderwens te hebben. Haar intestinale ziekte is in remissie, van haar fistels heeft zij sinds het starten van de infliximab geen last meer gehad. Zelf overweegt zij de medicatie gezien haar zwangerschapswens te staken.

Vraag: Wat is het meest aangewezen advies?

- A. Alle medicatie continueren
- B. Staken allopurinol voor de conceptie
- C. Staken infliximab voor de conceptie
- D. Staken thiopurine voor de conceptie
- E. Staken alle medicatie voor de conceptie

**Juiste antwoord: B. Staken allopurinol voor de conceptie**

Literatuur: <https://icc-ibd.com/richtlijn>  
[www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Document\\_volledig\\_Handleiding\\_met\\_literatuur\\_def.pdf](http://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Document_volledig_Handleiding_met_literatuur_def.pdf)

## Vraag 58

Een 30-jarige HIV-positieve man komt op de polikliniek met klachten van waterdunne ontlasting, pijn rechts boven in de buik en gewichtsverlies. De klachten bestaan sinds 4 weken. Zijn CD4 getal is 50. Laboratorium onderzoek laat verder geen afwijkingen zien. De echo van de bovenbuik laat een licht verdikte galblaaswand zien, zonder stenen in de galblaas. Microscopie van de ontlasting laat paars gekleurde oöcyten zien 'with modified acid-fast stain', bewijzend voor een Cryptosporidium infectie.

Vraag: Welke therapie is het meest aangewezen voor deze patiënt?

- A. HAART
- B. Nitazoxanide
- C. Paramomycine
- D. HAART plus Nitazoxanide
- E. Paramomycine plus Nitazoxanide

**Juiste antwoord: A. HAART**

Literatuur: Epidemiology, clinical, immune, and molecular profiles of microsporidiosis and cryptosporidiosis among HIV/AIDS patients. Wumba R1, Longo-Mbenza B, Menotti J, Mandina M, Kintoki F, Situakibanza NH, Kakicha MK, Zanga J, Mbanzulu-Makola K, Nseka T, Mukendi JP, Kendjo E, Sala J, Thellier M. Int J Gen Med. 2012;5:603-11

Treatment of HIV-1-associated microsporidiosis and cryptosporidiosis with combination antiretroviral therapy. Carr A1, Marriott D, Field A, Vasak E, Cooper DA. Lancet. 1998 ;351(9098):256-61.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 59

Een 52-jarige man komt met buikpijnklachten in de bovenbuik die toenemen na eten. De klachten bestaan sinds 9 maanden en sindsdien heeft hij ook veel vaker ontlasting die brijig van consistentie is. Bij het begin van de klachten had hij kortdurend een jeukende rode huiduitslag over zijn gehele lichaam. Verder voelt hij zich goed gezond. Hij heeft geen anale klachten. Hij is oorspronkelijk afkomstig uit India en woont sinds tien jaar in Ede. Voor zaken is hij een paar keer per jaar in India. Hij heeft geen huisdieren. Laboratoriumonderzoek toont een lichte microcytaire anemie zien en een eosinofilie. Een jaar geleden had hij een coloscopie in het kader van het BVO en daar werden geen afwijkingen in colon en ileum gezien. Een CT-abdomen in verband met de klachten liet geen afwijkingen zien. U denkt aan een worminfectie.

Vraag: Welke worminfectie is het meest waarschijnlijk?

- A. *Ancylostoma duodenale*
- B. *Ascaris lumbricoides*
- C. *Enterobius vermicularis*
- D. *Strongyloides stercoralis*
- E. *Trichuris trichiura*

**Juiste antwoord: A. *Ancylostoma duodenale***

Literatuur: Hookworm infection. Hotez PJ, Brooker S, Bethony JM, Bottazzi ME, Loukas A, Xiao S. N Engl J Med. 2004 Aug 19;351(8):799-807.

Hookworm infection. Loukas A, Hotez PJ, Diemert D, Yazdanbakhsh M, McCarthy JS, Correa-Oliveira R, Croese J, Bethony JM. Nat Rev Dis Primers. 2016 Dec 8;2:16088.

## Vraag 60

Een 51-jarige man klaagt over gewichtsverlies, diarree en pijnlijke gewrichten gedurende 3 maanden. Sinds die tijd heeft hij ook psychische klachten. Een test in de ontlasting bleek positief voor een *Tropheryma Whipplei*. De geconsulteerde MDL-arts verrichtte een duodenoscopie met biopsie waarbij PAS positieve schuimmicrofagen werden gezien zonder zuurvaste staven.

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

- A. Azithromycine, ethambutol en rifambutin
- B. Ceftriaxon gevolgd door trimetoprim-sulfamethoxazol
- C. Levofloxacin
- D. Metronidazol
- E. Rifaximin

**Juiste antwoord: B. Ceftriaxon gevolgd door trimetoprim-sulfamethoxazol**

Literatuur: *Tropheryma whipplei* and Whipple's disease. Fenollar F1, Lagier JC1, Raoult D2. J Infect. 2014 Aug;69(2):103-12.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 61

Een 55-jarige man presenteert zich op uw poli met al jaren bestaande pyrosis. Aangezien hij ook dysfagieklachten heeft, verricht u een gastroduodenoscopie. Tijdens de scopie ziet u een Barrett segment Praag classificatie C7M8 met refluxoesofagitis graad A.

Vraag: Wat is de meest aangewezen volgende stap?

- A. Beëindig de huidige scopie. Start een protonpompremmer en over 6 weken biopteren volgens Barrett protocol. Indien geen dysplasie aanwezig, gastroscopie met biopten over 1 jaar.
- B. Beëindig de huidige scopie. Start een protonpompremmer en over 6 weken biopteren volgens Barrett protocol. Indien geen dysplasie aanwezig, gastroscopie met biopten over 3 jaar.
- C. Biopteren volgens Barrett protocol. Indien geen dysplasie aanwezig, gastroscopie met biopten over 1 jaar.
- D. Biopteren volgens Barrett protocol. Indien geen dysplasie aanwezig, gastroscopie met biopten over 3 jaar.

**Juiste antwoord: D. Biopteren volgens Barrett protocol. Indien geen dysplasie aanwezig, gastroscopie met biopten over 3 jaar.**

Literatuur: Richtlijn Barrett oesofagus NVMDL 2018.

## Vraag 62

Een 30-jarige vrouw meldt zich op uw spreekuur met al enige tijd refluxklachten en momenteel heftige retrosternale pijn. U doet een gastroduodenoscopie en ziet een HD met een refluxoesofagitis Los Angeles classificatie graad C.

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

- A. Levenslang protonpompremmer onderhoudstherapie; geen controle gastroscopie.
- B. Protonpompremmer in standaarddosering gedurende tenminste 8 weken, waarna 'on demand' protonpompremmer. Geen controle gastroscopie.
- C. Protonpompremmer in standaarddosering gedurende tenminste 8 weken, waarna een endoscopische controle scopie, waarna levenslang onderhoudstherapie met een protonpompremmer.
- D. Verwijzen voor anti-refluxchirurgie.

**Juiste antwoord: C. Protonpompremmer in standaarddosering gedurende tenminste 8 weken, waarna een endoscopische controle scopie, waarna levenslang onderhoudstherapie met een protonpompremmer.**

Literatuur: Richtlijn Maagklachten NVMDL 2004

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 63

Een 51-jarige vrouw wordt tijdens de avonddienst opgenomen met pijn rechtsboven in de buik, een temperatuur van 39.1 graden Celsius en een krappe bloeddruk. De leverproeven zijn gestoord met een bilirubine van 80  $\mu\text{mol/L}$ , en bij abdominale echografie worden een licht verwijde ductus choledochus en galstenen in de galblaas gezien. Antibiotica worden gestart na afname van bloedkweken onder verdenking van cholangitis. De volgende ochtend is het bilirubine gehalte gedaald naar 60  $\mu\text{mol/L}$  en is de temperatuur gedaald naar 38.3 graden Celsius.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen vervolgonderzoek?

- A. CT-scan
- B. ERCP
- C. EUS
- D. MRCP

Juiste antwoord: B. ERCP

Literatuur: Richtlijn galsteenlijden, behandeling cholangitis (pagina 181/220)

## Vraag 64

Een 56-jarige vrouw ligt opgenomen met een milde (bilair geduide) pancreatitis. Op beeldvorming is er sprake van cholecystolithiasis.

Vraag: Wat is in dit geval het optimale tijdsbestek voor het verrichten van een cholecystectomie?

- A. Binnen 3 dagen
- B. Na 3 dagen, maar binnen 2 weken
- C. Na 2 weken, maar binnen 3 maanden
- D. Na 4-6 weken

Juiste antwoord: A. Binnen 3 dagen

Literatuur: Richtlijn glasteenlijden, acute biliaire pancreatitis (pagina 186/220).

## Vraag 65

Bij een 28-jarige patiënte met passageklachten voor vloeibaar en vast voedsel hebt u, naar aanleiding van een klassiek patroon bij manometrie, de diagnose achalasia gesteld. Zij blijkt zich goed ingelezen te hebben en wil tijdens het eerstvolgende polikliniekbezoek van u weten wat de beste behandelingsoptie is voor haar. U neemt de verschillende mogelijkheden met haar door.

Vraag: Welke van onderstaande parameters beïnvloedt de te kiezen behandelingsmethode het meest?

- A. Duur van de klachten
- B. Geslacht
- C. Leeftijd
- D. Manometrische achalasia-subtype

Juiste antwoord: D. Manometrische achalasia-subtype

Literatuur: Kahrilas et al., Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2017 Nov;14(11):677-688; PMID 28951579



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 66

U laat bij een patiënt een anorectale manometrie verrichten vanwege lang bestaande klachten van ernstige obstipatie. U beoordeelt de rectoanale inhibitierflex (RAIR): hierbij wordt het rectum door middel van een ballon gevuld tijdens welke de druk in het anale kanaal wordt geregistreerd. De RAIR is aanwezig, dat wil zeggen, de druk in het anale kanaal daalt tijdens rectale ballonvulling.

Vraag: Welke aandoening is hiermee uitgesloten?

- A. Bekkenbodem dyssynergie
- B. Prikkelbare darmsyndroom
- C. Rectocèle
- D. Ziekte van Hirschprung

**Juiste antwoord: D. Ziekte van Hirschprung**

Literatuur: Motility disorders: diagnosis and treatment for the pediatric patient. Pediatric Clinics of North-America 2002;49:27-51

## Vraag 67

Een 52-jarige man met de ziekte van Crohn, waarvoor hij meer dan 4 jaar geleden een ileocecaalresectie onderging, wordt gezien met heftige niersteenkoliëken. Het blijkt te gaan om een calciumoxalaat steen. De uroloog vraagt u patiënt te adviseren aangaande het dieet, in een poging recidieven te voorkomen.

Vraag: Welk advies, naast volgen van een oxalaat-beperkt dieet, kan zinvol zijn om vorming van nierstenen te voorkomen?

- A. Budesonidegebruik
- B. Calcium- en vitamine D-beperkt dieet
- C. Calcium supplementen gebruiken
- D. Vitamine C supplementen gebruiken

**Juiste antwoord: C. Calcium supplementen gebruiken**

Literatuur: Urolithiasis and Crohn's disease. Urology annals 2016;8:297-304

## Vraag 68

Een 60-jarige man presenteert zich op de SEH vanwege buikpijn, inmiddels 12 uur bestaand. Bij lichamelijk onderzoek bestaan er tekenen van peritoneale prikkeling. Hij onderging 24 uur eerder een EMR van een grote poliep in het colon ascendens. Op CT-scan wordt vrij lucht gezien met geringe hoeveelheid vrij vocht.

Vraag: Wat is het meest aangewezen beleid?

- A. Antibiotica met percutane drainage van vrij vocht
- B. Chirurgische behandeling
- C. Conservatief beleid met antibiotica
- D. Spoedpoging tot endoscopisch sluiten van de perforatie

**Juiste antwoord: B. Chirurgische behandeling**

Literatuur: Paspatis et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: ESGE Position Statement 2014.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 69

Een 40-jarige vrouw zonder cardiale co-morbiditeit presenteert zich op de SEH met hematemesis. Zij is hemodynamisch stabiel. Het Hb is 4.8 mmol/l

Vraag: Wat is het meest aangewezen bloedtransfusiebeleid?

- A. Geen indicatie voor transfusie, want Hb valt binnen streefwaarden
- B. Wel indicatie voor transfusie, want Hb is lager dan de streefwaarde
- C. Wel indicatie voor transfusie, want door de bloeding kan het Hb verder gaan dalen
- D. Wel indicatie voor transfusie, want door verdunning kan het Hb verder gaan dalen

**Juiste antwoord: A. Geen indicatie voor transfusie, want Hb valt binnen streefwaarden**

Literatuur: Richtlijn Bloedingen tractus digestivus NVMDL 2017

## Vraag 70

Een 60-jarige patiënt komt wegens een verheven laesie in een Barrett segment. Deze werd middels EMR endoscopisch radicaal verwijderd. De PA toont een T1A carcinoom (tot in de muscularis mucosae). Het basale snijvlak is vrij, het laterale snijvlak is niet te beoordelen.

Vraag: Wat is de meest aangewezen vervolgstap?

- A. Aanvullende slokdarmresectie met buismaagreconstructie zonder verder stadiëringsonderzoek
- B. Controle scopie over 8-12 week ter beoordeling restlaesies, eventueel gevolgd door RFA van het resterende Barrett-segment
- C. Endo-echo ter stadiëring
- D. PET-CT ter stadiëring

**Juiste antwoord: B. Controle scopie over 8-12 week ter beoordeling restlaesies, eventueel gevolgd door RFA van het resterende Barrett-segment.**

Literatuur: Richtlijn Barrett oesofagus 2018

## Vraag 71

Patiënt wordt verwezen wegens een submucosale laesie van de maag. Deze gaat uit van de m. propria en meet 1.5 bij 1.7 cm. U heeft middels EUS een punctie verricht. De PA toont een GIST met een KI67 < 10%.

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. CT thorax abdomen
- B. Direct resectie
- C. Endo-echografische follow-up
- D. MRI

**Juiste antwoord: C. Endo-echografische follow-up**

Literatuur: Gastrointestinal stromal tumours: ESMO–EURACAN. Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up 2018

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 72

32-jarige man, in 2016 gediagnostiseerd met pancolitis ulcerosa, had aanvankelijk na remissie-inductie met prednison en onderhoudsdosering met mesalazine en azathioprine drie jaar geen klachten. Hij wordt nu opgenomen met een exacerbatie onder een adequate thiopurine-spiegel. Ondanks 3 dagen prednison intraveneus houdt patiënt onveranderd 8-10x/dag bloederige ontlasting. Hij heeft geen koorts. Feceskweken waren negatief. CRP is 40mmol/l. Sigmoidoscopie toont een ernstige colitis met diepe ulceratie (Mayo 3), bovengrens wordt niet bereikt.

Vraag: Wat is nu met meest aangewezen beleid?

- A. Infliximab i.v. 10mg/kg/dag
- B. Sondevoeding met antibiotica i.v.
- C. Subtotale colectomie
- D. Tacrolimus op geleide van spiegel

**Juiste antwoord: A. Infliximab 10mg/kg/dag**

Literatuur: An accelerated infliximab induction regimen reduces the need for early colectomy in patients with acute severe ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015 Feb;13(2):330-335.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2014.07.041. Epub 2014 Jul 30. Gibson DJ<sup>1</sup>, Heetun ZS<sup>2</sup>, Redmond CE<sup>2</sup>, Nanda KS<sup>2</sup>, Keegan D<sup>2</sup>, Byrne K<sup>2</sup>, Mulcahy HE<sup>2</sup>, Cullen G<sup>2</sup>, Doherty GA<sup>2</sup>.

## Vraag 73

30-jarige vrouw bekend met een Crohnse colitis sinds 2015, waarvoor monotherapie met adalimumab. Zij is intolerant voor thiopurines en na een moeizame weg in remissie gekomen met Adalimumab. Ze is nu 30 weken zwanger en er is besloten de Adalimumab te continueren tijdens de zwangerschap. Ze heeft een wens tot geven van borstvoeding na de bevalling.

Vraag: Wat is het meest aangewezen advies met betrekking tot de borstvoeding?

- A. Adalimumab continueren en geen borstvoeding geven
- B. Adalimumab continueren tijdens het geven van de borstvoeding
- C. Adalimumab tijdelijk staken zolang er borstvoeding wordt gegeven
- D. Ten tijde van de borstvoeding adalimumab switchen naar infliximab

**Juiste antwoord: B. Adalimumab continueren tijdens het geven van de borstvoeding**

Literatuur: Exposure Concentrations of Infants Breastfed by Women Receiving Biologic Therapies for Inflammatory Bowel Diseases and Effects of Breastfeeding on Infections and Development. *Gastroenterology*. 2018 Sep;155(3):696-704. doi: 10.1053/j.gastro.2018.05.040. Epub 2018 May 30. Matro R<sup>1</sup>, Martin CF<sup>2</sup>, Wolf D<sup>3</sup>, Shah SA<sup>4</sup>, Mahadevan U<sup>5</sup>.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 74

Vraag: Wat is een contra-indicatie voor TIPS plaatsing?

- A. Ernstige portopulmonale hypertensie
- B. Hepatopulmonaal syndroom
- C. Partiële vena portae trombose
- D. Trombocyten getal van  $150 \times 10^9/L$

**Juiste antwoord: A. Ernstige portopulmonale hypertensie**

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis 2018

## Vraag 75

Sinds 3 weken is een 57-jarige patiënt, bekend met een NASH cirrose, opgenomen na een varixbloeding waarvoor gastroscopie met rubberbandligatie. In de afgelopen week loopt het serum kreatinine langzaam op. Er werd gedurende 48 uur albumine 1 g/kg/dag toegediend, zonder dat dit leidde tot verbetering van de nierfunctie. Na aanvullend onderzoek wordt geconcludeerd dat er sprake is van een hepatorenaal syndroom (HRS-AKI).

Vraag: Wat is nu de meest aangewezen volgende stap in de behandeling?

- A. Octreotide en midodrine
- B. Octreotide, midodrine en albumine
- C. Terlipressine (bolus elke 4 uur)
- D. Terlipressine (continu infuus) en albumine

**Juiste antwoord: D. Terlipressine (continu infuus) en albumine**

Literatuur:

1. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology*. <http://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>
2. Angeli, P., Gines, P., Wong, F., Bernardi, M., Boyer, T. D., Gerbes, A., et al. (2015). Diagnosis and management of acute kidney injury in patients with cirrhosis: revised consensus recommendations of the International Club of Ascites. (Vol. 64, pp. 531–537). Presented at the Gut, BMJ Publishing Group Ltd and British Society of Gastroenterology. <http://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-308874>
3. Cavallin, M., Kamath, P. S., Merli, M., Fasolato, S., Toniutto, P., Salerno, F., et al. (2015). Terlipressin plus albumin versus midodrine and octreotide plus albumin in the treatment of hepatorenal syndrome: A randomized trial. *Hepatology*, 62(2), 567–574. <http://doi.org/10.1002/hep.27709>
4. Cavallin, M., Piano, S., Romano, A., Fasolato, S., Frigo, A. C., Benetti, G., et al. (2016). Terlipressin given by continuous intravenous infusion versus intravenous boluses in the treatment of hepatorenal syndrome: A randomized controlled study. *Hepatology*, 63(3), 983–992. <http://doi.org/10.1002/hep.28396>
5. Wang, H., Liu, A., Bo, W., Feng, X., & Hu, Y. (2018). Terlipressin in the treatment of hepatorenal syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(16), e0431. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000010431>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 76

Bij een 56-jarige man die sinds een week is opgenomen in verband met een necrotiserende pancreatitis wilt u secundaire infectie in het necrotische gebied van de pancreas voorkómen. U overweegt hiertoe diverse opties.

Vraag: Wat is de beste strategie ter preventie van secundaire infectie van de necrose?

- A. Starten met probiotica
- B. Starten met profylactisch ciprofloxiene en metronidazol i.v.
- C. Starten met profylactisch meropenem i.v.
- D. Er is geen effectieve strategie om secundaire infectie te voorkomen

**Juiste antwoord: D. Er is geen effectieve strategie om secundaire infectie te voorkomen**

Literatuur: Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines.

## Vraag 77

Een 23-jarige, voorheen gezonde vrouw wordt gezien op de Spoedeisende Hulp in verband met koorts en malaise. Zij is icterisch sinds enkele dagen. Bij onderzoek is zij traag, maar georiënteerd in tijd, plaats en persoon. Laboratoriumonderzoek toont: totaal bilirubine 320 µmol/L, ALAT 2000 U/L, serum kreatinine 181 µmol/L en INR 2,4.

Vraag: Welke van de volgende interventies behoort tot in dit geval tot de standaard te nemen maatregelen?

- A. Correctie van stolling met Cofact
- B. Lactulose en Rifaximine
- C. MARS dialyse
- D. N-acetylcysteïne i.v.

**Juiste antwoord: D. N-acetylcysteïne i.v.**

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure 2017

## Vraag 78

Bij een 63-jarige patiënt wordt een gastro-intestinale stromatumor (GIST) in de maagfundus aangetoond met doorsnede van 4cm. Er zijn geen aanwijzingen voor metastasen. U presenteert de patiënt bij het MDO oncologie.

Vraag: Wat is bij deze patiënt het meest aangewezen beleid?

- A. Endoscopisch follow-up; laparoscopische resectie bij groei van de tumor
- B. Laparoscopische resectie en adjuvante therapie met imatinib
- C. Laparoscopische resectie zonder lymfeklierdissectie
- D. Neo-adjuvant imatinib, gevolgd door laparoscopische resectie

**Juiste antwoord: C. Laparoscopische resectie zonder lymfeklierdissectie**

Literatuur: Richtlijn weke delen tumoren. Oncoline.

[https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=34145&richtlijn\\_id=802](https://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=34145&richtlijn_id=802)

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 79

Een 35-jarige vrouw met een langdurige M. Crohn wordt behandeld met infliximab infusen in een dosis van 50mg per kg lichaamsgewicht 1x/8 weken. De patiënte heeft sinds 6 weken weer progressieve diarree, haar feces calprotectine is verhoogd en een infectie is uitgesloten. De infliximab-spiegel is 5 ug/mL, infliximab antistoffen zijn afwezig. Endoscopisch wordt een actieve inflammatie aangetoond.

Wat is uw therapeutisch beleid?

- A. Switch naar een andere klasse van medicatie
- B. Toevoegen van een thiopurine
- C. Verhoging van de infliximab dosis naar 10mg per kg lichaamsgewicht
- D. Verhoging van de infliximab toedieningsfrequentie naar 1x/4 weken

### Juiste antwoord:

A. Switch naar een andere klasse van medicatie

**Literatuur:** Handleiding behandeling IBD 2014-15. NVMDL 2015. <https://www.crohn-colitis.nl/wp-content/uploads/2016/09/Modernisering-IBD-richtlijn-volwassenen-2009.pdf>

## Vraag 80

Bij een patiënt die is opgenomen in verband met symptomatisch galsteenlijden wordt per ongeluk een ontlastingstest op *Clostridioides difficile* ingezet. Ze heeft geen diarree en ze rapporteert geen recent antibiotica gebruik. De uitslag van het per abuis aangevraagde pakket is: ELISA C. diff GDH antigeen positief, ELISA C. diff toxine positief, PCR C. diff toxine positief.

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

- A. Expectatief beleid
- B. Starten met fidaxomycine
- C. Starten met metronidazol
- D. Starten met vancomycine

Juiste antwoord: A. Expectatief beleid

Literatuur: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/clostridium-difficile/>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 81

U verricht een gastroscopie bij een patiënte van 53 jaar met sinds enkele weken bovenbuiksklachten. De huisarts heeft al een PPI voorgeschreven, met enige verlichting van de klachten. Tijdens de scopie ziet u enkele kleine erosies in de bulbus en in de maag een milde antrum gastritis. U vermoedt dat uw bevindingen veroorzaakt kunnen zijn door *H. pylori* kolonisatie.

Vraag: Welke test is in dit geval het minst afhankelijk van het PPI gebruik?

- A. 13C-ureum-ademtest
- B. CLO/RUT test op biopten
- C. Histologie uit antrum en corpus
- D. Serologie

**Juiste antwoord: D. Serologie.**

**Uitleg:** dit is de enige test die niet wordt beïnvloed door PPI

Literatuur: Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report (European Helicobacter Study Group (EHS)) – Gut 2017;66:6-30.

## Vraag 82

Een 25-jarige vrouwelijke sekswerkster wordt door de gynaecoloog naar uw spreekuur verwezen met de verdenking van een symptomatisch galsteenlijden. Zij is bij de gynaecoloog in analyse vanwege chronische pijn in de onderbuik en recidiverende salpingitiden. Zij heeft sinds enkele weken een zeurende pijn rechtsboven in de buik die bij diep inademen erger wordt. Op de echografie worden geen afwijkingen gezien, de levertesten zijn normaal.

Vraag: Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Fitz-Hugh Curtis syndroom
- B. Sfincter van Oddi dyskinesie
- C. Symptomatisch galsteenlijden o.b.v. microlithiasis
- D. Tietze's syndroom

**Juiste antwoord: A. Fitz-Hugh Curtis syndroom**

Literatuur: Kaan JA et al. Het syndroom van Fitz-Hugh Curtis: 2 patiënten met perihepatitis en ook sepsis. Ned Tijdschr Geneesk 2002;18:146

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 83

Een 45-jarige Spaanse man vestigt zich in Nederland om hier aan de slag te gaan als tandarts. Hij heeft een chronische hepatitis B infectie en zijn viral load bedraagt 25 000 IU/ mL. U start met tenovofir. Hij vraagt zich af of hij mag werken als tandarts.

Vraag: Wat is in dit geval het beleid ten aanzien van het uitoefenen van zijn beroep?

- A. Als tandarts werken mag zodra hij is gestart met tenovofir
- B. Als tandarts werken mag zodra hij 3 maanden tenovofir heeft genomen
- C. Als tandarts werken mag zodra de viral load  $\leq 10\,000$  IU/ mL bedraagt bij 2 opeenvolgende metingen, met een interval van tenminste 1 maand
- D. Als tandarts werken mag zodra de viral load  $\leq 10\,000$  IU/ mL bedraagt bij 2 opeenvolgende metingen, met een interval van tenminste 3 maanden
- E. Als tandarts werken mag zodra de viral load  $\leq 20\,000$  IU/ mL bedraagt bij 2 opeenvolgende metingen, met een interval van tenminste 1 maand
- F. Als tandarts werken mag zodra de viral load  $\leq 20\,000$  IU/ mL bedraagt bij 2 opeenvolgende metingen, met een interval van tenminste 3 maanden

Juiste antwoord:

- F. Als tandarts werken mag zodra de viral load  $\leq 20\,000$  IU/ mL bedraagt bij 2 opeenvolgende metingen, met een interval van tenminste 3 maanden

Literatuur: Landelijke richtlijn preventie transmissie van hepatitis B van medisch personeel naar patiënten. 3<sup>e</sup> editie. RIVM

## Vraag 84

De patholoog bespreekt met u de uitslag van een leverbiopsie bij een obese 58-jarige man met een verhoging van de transaminasen 4 keer boven de normaalwaarde. Er wordt gedacht aan een niet-alcoholische steatohepatitis op basis van de eerder bepaalde bloedtests.

Vraag: Welke histologische bevinding(en) moet(en), naast steatose, aanwezig zijn voor het stellen van de diagnose NASH?

- A. Lobulaire inflammatie en ballooning
- B. Mallory-Denk lichaampjes en apoptotische levercellen
- C. Perisinoidale fibrose
- D. Portale inflammatie

Juiste antwoord: A. Lobulaire inflammatie en ballooning

Literatuur: EASL Clinical practice guideline for the management of non-alcoholic fatty liver disease. J hepatol 2016;64:1388-1412



# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 85

Een 60-jarige man met portale hypertensie op basis van een post-alcoholische levercirrose Child Pugh A presenteert zich op de SEH met dyspneu. U overweegt de diagnose hepato-pulmonaal syndroom.

Vraag: Wat is nu het eerst aangewezen beleid?

- A. Contrast echo cor
- B. SpO<sub>2</sub> meting door pulseoxymetrie
- C. Ventilatie-perfusie scan longen

**Juiste antwoord: B. SpO<sub>2</sub> meting door pulseoxymetrie**

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis (2018)

<https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/decompensated-cirrhosis-English-report.pdf>

## Vraag 86

Een 62-jarige man, bekend met M Sjögren, presenteerde zich met buikpijn, icterus (bilirubine 75 micromol/L) en gewichtsverlies. Echografie en CT van het abdomen lieten een hypodense afwijking in de pancreaskop zien, met een maximale diameter van 3.7 cm, zonder tekenen van invasieve groei of van metastasen. Aanvullend onderzoek liet een verhoogde IgG4 waarde zien van 4.8 g/l

Vraag: Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. ERCP met drainage, gevolgd door prednison behandeling in verband met zekere diagnose auto-immuun pancreatitis (AIP)
- B. Histologisch biopt pancreas; indien niet conclusief, alsnog resectie
- C. Proefbehandeling prednison, met controle beeldvorming na 4-6 weken; bij geen verbetering alsnog resectie
- D. Pylorus sparende Whipple operatie in verband met hoge verdenking pancreasmaligniteit

**Juiste antwoord: C. Proefbehandeling prednison, met controle beeldvorming na 4-6 weken; bij geen verbetering alsnog resectie**

Literatuur:

Okazaki K, Chari ST, Frulloni L, Lerch MM, Kamisawa T, Kawa S, Kim MH, Lévy P, Masamune A, Webster G, Shimosegawa T

Pancreatology. 2017 Jan - Feb;17(1):1-6.

International consensus for the treatment of autoimmune pancreatitis.

Okazaki K<sup>1</sup>, Uchida K

Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci. 2018;94(10):412-427

Current perspectives on autoimmune pancreatitis and IgG4-related disease.

Kamraan Madhani, James J. Farrell Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America, Volume 28, Issue 4, 2018, pp. 493-519

Management of Autoimmune Pancreatitis

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 87

Een 25-jarige mannelijke student heeft aanvalsgewijze anale pijn die enkele secondes tot minuten duurt. U stelt de diagnose proctalgia fugax.

Vraag: Voor welke behandeling van proctalgia fugax bestaat het sterkste wetenschappelijke bewijs?

- A. Acupunctuur
- B. Amitriptyline 1dd25mg AN
- C. Biofeedback therapie
- D. Salbutamol 2 inhalatie-doses on demand

**Juiste antwoord: D. Salbutamol 2 inhalatie-doses on demand**

Literatuur: Eckardt VF, Dodt O, Kanzler G, Bernhard G: Treatment of proctalgia fugax with salbutamol inhalation. Am J Gastroenterol. 91:686 1996 PMID [8677929](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8677929/)

*Dit is de enige RCT aangaande behandeling van proctalgia fugax*

## Vraag 88

Op de polikliniek ziet u een 40-jarige vrouw met al langer bestaande defecatieproblemen. Ze vertelt dat ze zeer lange tijd moet doorbrengen op de WC, regelmatig klysma gebruikt en een gevoel van "persen door een gesloten deur" heeft. Ze heeft geen anale pijn.

Vraag: Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Anismus
- B. Intususceptie
- C. Maligniteit
- D. Stenose in het colon

**Juiste antwoord: A. Anismus**

Literatuur: Anal and Rectal Diseases Explained 2003, pag.181, Door Eli Ehrenpreis

A Guide to Gastrointestinal Motility Disorders 2016, Door Albert J. Bredenoord, André Smout, Jan Tack

## Vraag 89

U heeft bij een 43-jarige man met M. Crohn een neusmaagsonde geplaatst. De sonde zal gebruikt gaan worden voor het toedienen van sondevoeding.

Vraag: Wat is de eerstaangewezen methode om te controleren of de positie correct is?

- A. Aspireren maaginhoud en daar de pH van meten
- B. Buikoverzicht röntgenfoto
- C. Lucht door de sonde inblazen met gelijktijdige auscultatie van de buik
- D. Vergelijken centimeteraanduiding op de sonde met de gemeten afstand 'neuspunt-oorleg-xiphoid+10cm'

**Juiste antwoord: A. Aspireren maaginhoud en daar de pH van meten**

Literatuur: Landelijke multidisciplinaire richtlijn neus-maagsonde.

<https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/Herziene%20RL%20Neusmaagsonde%20VenVN%202017-DEF.pdf>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 90

U ziet een 23-jarige patiënte in verband met recent gediagnostiseerde coeliakie. Zij wordt nog niet behandeld. Zij gebruikt geen vitamine-supplementen.

Vraag: Van welk vitamine is bij deze patiënte de kans op een deficiëntie gelijk aan die in de algemene populatie?

- A. Vitamine A
- B. Vitamine B6
- C. Vitamine B11 (foliumzuur)
- D. Vitamine B12

**Juiste antwoord: D. Vitamine B12**

Literatuur: Wierdsma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Berkenpas M, et al. Vitamin and mineral deficiencies are highly prevalent in newly diagnosed celiac disease patients. *Nutrients* 2013;5(10):3975-92

## Vraag 91

Vanuit de huisartsenpost wordt een 68-jarige patiënt om 16.50 uur naar de SEH verwezen met sinds 5 dagen mogelijk melaena. De patiënt is bekend met diabetes mellitus type 2 waarvoor hij metformine en simvastatine gebruikt. Hij is helder, goed georiënteerd en was thuis niet gecollabeerd. Bij rectaal onderzoek wordt bruine ontlasting gezien. Bloeddruk is 130/85 mm Hg, polsfrequentie 90/min. Lab toont een hemoglobine gehalte van 8.2 mmol/L en een ureum waarde van 5.0 mmol/L.

Vraag: Wat is nu, naast het voorschrijven van een PPI, het meest aangewezen beleid?

- A. Patiënt naar huis sturen met een afspraak voor gastroscopie de volgende dag
- B. Patiënt opnemen en een gastroscopie plannen op de volgende ochtend
- C. Patiënt opnemen ter observatie en Hb controle de volgende ochtend, alleen gastroscopie indien Hb daling ten opzichte van opname-Hb
- D. Verrichten van een spoed-gastroscopie de dag van opname

**Juiste antwoord: A. Patiënt naar huis sturen met een afspraak voor gastroscopie de volgende dag**

Literatuur: Ramaekers R et al. The predictive value of preendoscopic risk scores to predict adverse outcome in emergency department patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2016;23(11):1218-1227

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 92

Patiënten met chronische atrofische gastritis of intestinale metaplasie hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een adenocarcinoom van de maag.

Vraag: Bij welke patiënten met geïsoleerde intestinale metaplasie in het antrum is er een indicatie voor endoscopische surveillance?

- A. Als er sprake is van bijkomende reflux-oesofagitis
- B. Bij een positieve familie-anamnese voor maagkanker
- C. Indien er ook fundic cystic gland poliepen zijn
- D. Indien ze jonger zijn dan 40 jaar bij het stellen van de diagnose

**Juiste antwoord: B. Bij een positieve familie-anamnese voor maagkanker**

Literatuur: Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II). ESGE/EHMSG/ESP/SPED guideline update 2019. Endoscopy 2019; 51: 365-388.

## Vraag 93

Een 50-jarige man wordt opgevolgd wegens primair scleroserende cholangitis (PSC) zonder tekenen van cirrose.

Vraag: Wat is in dit geval de aangewezen surveillance in kader van maligniteit?

- A. Echo lever per 6 maanden
- B. Echo lever per 12 maanden
- C. MRI lever per 6 maanden
- D. MRI lever per 12 maanden

**Juiste antwoord: B. Echo lever per 12 maanden**

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines, Management of cholestatic liver diseases, 2009

## Vraag 94

U verricht een EUS met punctie van een 2,3cm grote cisteuze afwijking in de pancreasstaart bij een 63-jarige vrouw met niet-relevante voorgeschiedenis. Het materiaal oogt sereus en de patholoog vindt noch mucine, noch dysplastische cellen. Analyse van het cystevocht laat een CEA van 0,25 ug/L zien en een amylase van 10.000U/L.

Vraag: Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Mucineus cyste adenoom
- B. Pseudocyste
- C. Sereus cyste adenoom
- D. Side-branch IPMN

**Juiste antwoord: B. Pseudocyste**

Literatuur: Tanaka, M. et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. Pancreatology 2017 (738-753).

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 95

U ziet een 32-jarige vrouw met in de voorgeschiedenis een Roux-en-Y gastric bypass. Patiënte heeft last van palpitations, tachycardie, transpireren, buikpijn en diarree na de maaltijd en sinds kort is er ook sprake van geobjectiveerde postprandiale hypoglycaemie. Verder heeft patiënte last van een opgeblazen gevoel en distensie van de buik. Deze laatste klachten had ze overigens ook al voor de bariatrische ingreep. U vermoedt dat er sprake is van vroege en late dumpingklachten.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen therapie, naast dieetadviezen?

- A. Acarbose innemen bij de maaltijd
- B. Glugacon subcutane injectie
- C. Octreotide subcutane injectie
- D. Verwijzen chirurgie voor plaatsen gastric band

**Juiste antwoord: C. Octreotide subcutane injectie**

Literatuur: Van Beek et al. Dumping syndrome after esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and management. *Obes Rev.* 2017 Jan;18(1):68-85.

Acarbose heeft enkel invloed op late dumpingklachten en kan de klachten van opgeblazen gevoel verergeren.

## Vraag 96

Een 66-jarige patiënte bezoekt de polikliniek MDL in verband met chronische obstipatieklachten. Ze moet regelmatig manueel feces evacueren. Patiënte is 4 keer vaginaal bevallen en heeft een hysterectomie in de voorgeschiedenis. Bekkenbodempfysotherapie en het gebruik van laxemiddelen gaf onvoldoende verbetering. Bij inspectie van het anale gebied tijdens persen ziet u geen afwijkingen, het rectaal toucher is niet afwijkend.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen diagnostische stap die de meeste informatie geeft over zowel anatomische als functionele oorzaken?

- A. Anorectale manometrie
- B. Coloscopie
- C. Defecografie
- D. Endoanale echografie

**Juiste antwoord: C. Defecografie**

Literatuur: Grossi et al. Systematic review with meta-analysis: defecography should be a first-line diagnostic modality in patients with refractory constipation. *Aliment Pharmacol Therap* 2018 Dec;48(11-12):1186-1201.

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 97

U ziet een 45-jarige man op uw spreekuur met de ziekte van Crohn, met milde ziekteactiviteit. Zijn BMI is 26 kg/m<sup>2</sup>. In de afgelopen maand is hij 6% van zijn oorspronkelijke lichaamsgewicht verloren.

Vraag: Wat is in dit geval de meest aangewezen diagnose met betrekking tot zijn voedingstoestand?

- A. Overgewicht; niet ondervoed
- B. Overgewicht; ondervoed
- C. Geen overgewicht; niet ondervoed
- D. Geen overgewicht; ondervoed

**Juiste antwoord: B. Overgewicht; ondervoed**

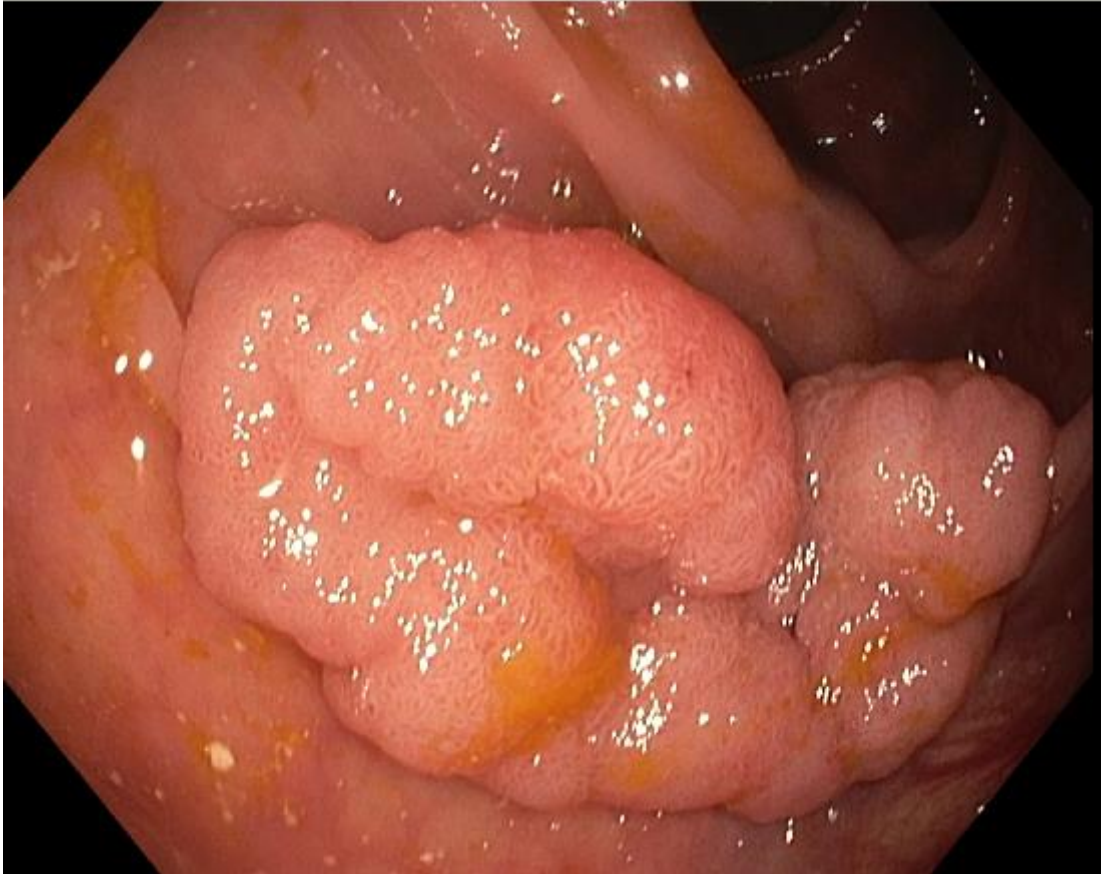
Literatuur: Richtlijn "Perioperatief voedingsbeleid" - Utrecht - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007, p. 4.

Ondervoeding is een voedingstoestand waarbij een tekort (of disbalans) van energie, eiwit en andere voedingsstoffen t.g.v. ziekte leidt tot meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische uitkomsten. Meetbare criteria hiervoor zijn: Volwassenen: BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> en/of onbedoeld gewichtsverlies > 10% in zes maanden of > dan 5% in de laatste maand.

## Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

### Vraag 98

Een 67-jarige man met een blanco voorgeschiedenis heeft deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker. In verband met een positieve iFOBT-test ondergaat hij een coloscopie waarbij onderstaande afwijking wordt gezien.



Vraag: Wat is de meest passende Paris-classificatie van deze afwijking?

- A. Ip
- B. Is
- C. 0-IIa
- D. 0-IIb
- E. 0-IIc
- F. 0-III

Juiste antwoord: B. Is

Literatuur: Paris classificatie, <http://www.bsgie.be/wp-content/uploads/2017/docs/ParisClassification2000.pdf>

# Voortgangstoets aios MDL, Utrecht, 18 november 2019

## Vraag 99

U ziet een 57-jarige dame op uw spreekuur met chronische diarree. Recent onderging zij een coloscopie in het kader van het bevolkingsonderzoek, waarbij geen poliepen werden gezien. Ter uitsluiting van een microscopische colitis vraagt u een coloscopie met biopten aan. Patiënte gebruikt clopidogrel 1dd 75mg in verband met een TIA drie jaar geleden.

Vraag: Wat is het aangewezen beleid met betrekking tot de clopidogrel rondom de coloscopie?

- A. Clopidogrel continueren
- B. Clopidogrel 5-7 dagen vooraf aan de coloscopie staken en bridgen met carbasalaatcalcium
- C. Clopidogrel 5-7 dagen vooraf aan de coloscopie staken
- D. Clopidogrel 2 weken vooraf aan de coloscopie staken

Juiste antwoord: A. Clopidogrel continueren

Literatuur:

[https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn\\_antitrombotische\\_therapie\\_final\\_mei\\_2016.pdf](https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_antitrombotische_therapie_final_mei_2016.pdf)  
(coloscopie met biopten is laag risico ingreep)

## Vraag 100

U verricht een coloscopie bij een 67-jarige man in het kader van het bevolkingsonderzoek. U treft één gesteelde poliep aan van 20mm groot en verwijdert deze radicaal. De PA-uitslag luidt: tubulovilleus adenoom met hooggradige dysplasie, diameter poliep 18mm, snijvlak vrij, marge tot resectievlak 2mm.

Vraag: Wat is in dit geval volgens de Nederlandse richtlijn het meest aangewezen beleid?

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

Juiste antwoord: D. Endoscopische surveillance over 5 jaar

Literatuur: Nederlandse richtlijn Coloscopie surveillance

## Einde voortgangstoets

*Ondanks intensieve beoordeling vooraf, zijn onvolkomenheden in deze voortgangstoets niet uit te sluiten. De voortgangstoetscommissie wordt daarom graag attent gemaakt op inhoudelijk incorrecte of dubbelzinnig geformuleerde vragen. Aios kunnen hiertoe commentaar indienen. Indien het commentaar van inhoudelijke aard is, dient dit onderbouwd te zijn door een algemeen geaccepteerde bron. U kunt dit commentaar indienen binnen een termijn van 48 uur na aanvang van de toets, t.w. vóór 20 november a.s. 16.00 uur. Dit indienen kan, individueel of met meerdere aios samen, per e-mail naar het volgende e-mail adres: [concilium@mdl.nl](mailto:concilium@mdl.nl)*