

Categorie 1: MDL-oncologie

Vraag:

Welke erfelijke aandoening heeft het grootste lifetime risico op een pancreascarcinoom?

- A. Lynch syndroom
- B. Familiair Pancreascarcinoom (FPC)
- C. Hereditaire pancreatitis**
- D. Peutz-Jeghers syndroom

Codering: 2022-06

Literatuur: Richtlijn voor diagnostiek en preventie erfelijke en familiare tumoren, STOET 2017

Opmerkingen aios:

In de richtlijn pancreascarcinoom (sectie screening pancreascarcinoom) staat 'de grootste groep met een genetisch verhoogd risico betreft patiënten met familiair pancreascarcinoom (FPC).

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de STOET richtlijn 2017 staat inderdaad dat de grootste groep met een genetisch verhoogd risico patiënten met familiair pancreascarcinoom is. Dit is echter niet het grootste lifetime risico. Het lifetime risico bij familiair pancreascarcinoom is 10-30%, in hereditaire pancreatitis is dit 30-70%.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Bij het oncologie MDO wordt een 56-jarige vitale man besproken die vanwege een adenocarcinoom van de oesofagus behandeling volgens CROSS schema met chemoradiatie heeft ondergaan gevolgd door een oesofagus/cardia resectie met buismaagreconstructie. De definitieve postoperatieve pathologie uitslag is een ypT2N1M0 adenocarcinoom.

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

- A. Adjuvant Carboplatine met Paclitaxel
- B. Adjuvant Nivolumab**
- C. Adjuvant Oxaliplatine en 5-FU
- D. Follow up, diagnostiek op geleide van klachten

Codering: 2022-08

Literatuur: Adjuvant Nivolumab in Resected Esophageal or Gastroesophageal Junction Cancer, RJ Kelly, N Engl J Med 2021; 384:1191-1203

Opmerkingen aios:

Dit advies is nog niet in de richtlijn Oesofaguscarcinoom (update 2014) opgenomen, dus derhalve nog geen standaard beleid, volgens de huidige richtlijn dus follow-up https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/oesofaguscarcinoom/oesofaguscarcinoom_-_startpagina.html

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

N.a.v. de studie "Adjuvant Nivolumab in Resected Esophageal or Gastroesophageal Junction Cancer, RJ Kelly, N Engl J Med 2021; 384:1191-1203" is , bij aanwezigheid van residuale ziekte na voorafgaande behandeling, aangeduid in deze vraag met het feit dat het om een ypT2N1M0 gaat (y geeft het stadium van de tumor na voorbehandeling aan), indicatie voor adjuvante behandeling met nivolumab.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Bij een 73-jarige man zonder relevante voorgeschiedenis, wordt er net distaal van de bovenste slokdarmsfincter een niet-stenoserend slokdarmcarcinoom gezien over een traject van 4cm. Bipten laten het beeld zien van een plaveiselcelcarcinoom en na aanvullend onderzoek blijkt er sprake van een cT2N1M0 plaveiselcelcarcinoom van de slokdarm.

Wat is in dit geval de meest aangewezen behandeling?

- A. Chirurgische resectie
- B. Definitieve chemoradiotherapie**
- C. Neoadjuvante chemoradiotherapie gevolgd door chirurgische resectie
- D. Radiotherapie

Codering: 2022-09

Literatuur: Landelijke richtlijn oesofaguscarcinoom 3.1

Opmerkingen aios:

Hier zijn ook 2 opties mogelijk. De landelijke richtlijn oescarcinoom 3.1 schrijft: Bij gebrek aan eensluitende literatuur is er geen uitspraak te doen of er voor het respectabel oesofaguscarcinoom ruimte is voor chemoradiotherapie in plaats van chirurgie. Bij plaveiselcelcarcinoom is de 2- en 3-jaars overleving gelijk, waarbij chirurgie leidt tot een betere locoregionale controle maar gepaard gaat met een hogere behandelingsgerelateerde sterfte. Derhalve zijn de antwoorden: definitieve chemoradiotherapie en neo-adjuvante chemoradiotherapie gevolgd door chirurgische resectie beiden goed.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De tumor is gelegen net onder de UES. Op basis van dit gegeven (zeer proximaal gelegen tumor) is de eerste behandeloptie definitieve chemoradiotherapie en geen (combinatie met) chirurgie. Er is bij deze tumoren geen ruimte om een anastomose te maken. De letterlijke tekst uit de richtlijn luidt op pagina 80 van de volledige richtlijn: "Tumoren gelegen in de cervicale oesofagus worden in het algemeen met definitieve chemoradiotherapie behandeld (zie submodule Neo-adjuvante chemotherapie)".

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Een 32-jarige patiënte met M. Crohn Montreal A2L3B1+p in klinische remissie met infliximab monotherapie komt op uw polikliniek en vertelt dat ze 10 weken zwanger is. Zij vraagt zich af of het medicijn tijdens de zwangerschap bij het kind terecht komt én of dit kwaad kan voor haar kind.

Wat is in dit geval het meest aangewezen antwoord op haar vraag ten aanzien van infliximab gebruik tijdens de zwangerschap?

- A. Infliximab komt tijdens de zwangerschap niet terecht in de circulatie van het ongeboren kind
- B. Infliximab komt, zeker in derde trimester, in de circulatie van het ongeboren kind en geeft een verhoogd infectie risico bij het kind direct postpartum
- C. Infliximab komt, zeker in derde trimester, in de circulatie van het ongeboren kind en geeft verhoogd risico op infecties bij het kind in de eerste 6 maanden na de partus
- D. Infliximab komt, zeker in derde trimester, in de circulatie van het ongeboren kind en geeft geen verhoogd infectie risico bij het kind**

Codering 2022-13

Literatuur: Kanis SL, et al. Gut 2020; Health outcomes of 1000 children born to mothers with inflammatory bowel disease in their first 5 years of life

Opmerkingen aios:

Letterlijk geleerd van onze IBD expert: IFX blootstelling in utero gaat gepaard met meer infecties in eerste levensjaar. Volgens mij niet alleen expert opinion.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In studie "Kanis SL, et al. Gut 2020; Health outcomes of 1000 children born to mothers with inflammatory bowel disease in their first 5 years of life" wordt beschreven dat er geen associatie wordt gevonden tussen in utero expositie aan anti TNF en de op lange termijn ontstane infecties bij het kind.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Vraag:

Wat zijn risicofactoren voor de ontwikkeling van microscopische colitis?

- A. Bekend met andere auto-immuun aandoening, post-menopauzaal en NSAID gebruik
- B. Bekend met andere auto-immuun aandoening, roken en protonpompremmer gebruik
- C. Mannelijk geslacht, roken en SSRI gebruik
- D. Roken, NSAID gebruik en protonpompremmer gebruik**

Codering: 2022-19

Literatuur: S. Mielke et al. Microscopic colitis: pathophysiology and clinical management
Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019 Apr;4(4):305-314

Opmerkingen aios:

Een mogelijke associatie tussen PPI gebruik en microscopische colitis (MC) is gebaseerd op zeer matige kwaliteit bewijs (Zie o.a. systemic review uit 2022

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36067746/> Results (Abstract):

"however, such relationships in PPI and SSRI may be modulated by the selection of controls."

Conclusion (abstract): Further studies exploring drug-induced microscopic colitis should include control groups with diarrhea, and not only healthy controls.

Uptodate zegt het volgende over PPI en MC: Several other drugs have also been implicated as potential causes of microscopic colitis, including proton pump inhibitors (PPIs), specifically lansoprazole ... However, convincing pathophysiologic evidence is still lacking, and most of the drugs that have been associated with microscopic colitis are also known to be associated with the development of chronic diarrhea as a side effect [54,60-72].

Wat dat betreft is A een veel logischere keuze (auto immuun aandoening (autoimmune thyroiditis, type 1 diabetes mellitus, and nonerosive, oligoarticular arthritis) en NSAID gebruik zijn beide duidelijke risicofactoren voor MC. Ook zijn merendeel van de patiënten met MC vrouw en is de mediane leeftijd 65 jaar dus postmenopauzaal:

""The median age at diagnosis of microscopic colitis is approximately 65 years""

""Microscopic colitis has a higher incidence in women [6-10,19-32], in the range of 52 to 86 percent [4]""

(zie uptodate: <https://www.uptodate.com/contents/microscopic-lymphocytic-and-collagenous-colitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management>).

Hierdoor is antwoord A een veel logischere keuze dan antwoord D"



Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In review "United European Gastroenterol J. 2021;9:13–37 - European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations" by S Miehke et al staat beschreven dat roken, PPI gebruik en NSAID gebruik geassocieerd zijn met voorkomen van microscopische colitis.

Microscopische colitis komt weliswaar meer voor op oudere leeftijd maar is niet geassocieerd met menopauze die over algemeen vroeger optreedt dan de leeftijd van 60-65, dat wel een risicofactor is voor het ontstaan van microscopische colitis.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Twaalf patiënten meldden zich bij een lokale spoedeisende hulp met vergelijkbare symptomen van ernstige misselijkheid, hevig braken en ernstige buikkrampen. Enkele patiënten hebben hiernaast diarree. Zij waren allen twee uur geleden bij een lunchparty waar kippenvleugels, pulled pork, snijbonen en een kip-worst- en rijstgerecht werden geserveerd. De gerechten waren bereid in slowcookers en de cateraars droegen geen handschoenen. Geen van de patiënten bleek koorts te hebben. Binnen 24 uur (waarbij de behandeling beperkt werd tot een infuus) hadden alle patiënten reeds veel minder symptomen.

Wat is de meest waarschijnlijke oorzaak/verwekker voor de klachten van deze patiënten?

- A. Clostridium perfringens
- B. Norovirus
- C. Salmonella
- D. Scromboïd
- E. Staphylococcus aureus**

Codering: 2022-26

Literatuur: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2013; 62(50): 1025-1028. Outbreak of Staphylococcal Food Poisoning from a Military Unit Lunch Party — United States, July 2012 <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6250.pdf>

Opmerkingen aios:

Dit antwoord is gebaseerd op één case-report uit 2013? Terwijl de beschreven klachten ook goed zouden kunnen passen bij clostridium perfringens, wat vaker in niet goed bereid eten voorkomt. Bron: voedingscentrum. Scromboïd geeft andere klachten. Salmonella en Noro hebben een langere incubatietijd.

Staph Au foodpoisoning vanuit de bron nog nooit over gehoord/geleerd. Gezien andere duidelijke factoren in de vraag (kip etc.) zou ik pleiten om salmonella ook goed te rekenen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Dit is een geval van S. aureus voorgevormde toxine-inname, een van de meest voorkomende door voedsel overgedragen ziekten. Voedsel is besmet met enterotoxine producerende S. aureus. Het toxine is hittebestendig en bestand tegen omgevingen met een lage pH. Inslikken van het toxine veroorzaakt symptomen in 30 minuten tot acht uur, met een gemiddelde van drie uur. Ernstige misselijkheid, braken en buikpijn komen vaak voor, terwijl koorts en diarree minder waarschijnlijk zijn. Symptomen verdwijnen gewoonlijk binnen 24-48 uur. Preventie kan worden bereikt door op de juiste manier handen te wassen en voedsel te koelen. Scromboïd vergiftiging treedt op bij visopname, die in dit geval niet aanwezig was. Norovirus-infectie heeft meestal een incubatietijd van 24-48 uur. C. perfringens-infectie



wordt ook door toxine gemedieerd, maar veroorzaakt een door diarree overheersende ziekte met een gemiddelde incubatietijd van 12 uur. Salmonella veroorzaakt misselijkheid, braken en diarree, maar heeft meestal een langere incubatietijd en wordt ook gekenmerkt door koorts.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

U verdenkt een 28-jarige patiënt van auto-immuun hepatitis.

Welk antistof is het meest specifiek t.a.v. de diagnose van auto-immuun hepatitis?

- A. Anti-smooth muscle antibody (anti-SMA)
- B. Anti-liver kidney microsomal 1 antibody (anti-LKM-1)
- C. Anti-mitochondrial antibody (AMA)
- D. Anti-nuclear antibody (ANA)
- E. Anti-soluble liver antibody (Anti-SLA)**

Codering: 2022-36

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis

Opmerkingen aios:

Ik zou o.b.v. altijd geleerde en tevens de EASL guideline zeggen dat ANA ook goed gerekend moet worden (type 1 vs 3). Uit guideline blijkt ook niet dat antiSLA meer specifiek is dan ANA: Initially, two major types, AIH-1 and AIH-2, have been proposed (Table 2). AIH-1 is characterized by the presence of ANA and/or SMA [3,4,27,28,34,40]. AIH-2 is characterized by the detection of specific anti-liver/kidney microsomal antibody type 1 (anti-LKM1) or infrequently anti-LKM type 3 (anti-LKM3) and/or antibodies against liver cytosol type 1 antigen (anti-LC1) [3,4,27,28,34,40]. This distinction was initially based on circulating autoantibodies alone but thereafter other differences have been reported (Table 2). Similarly, the discovery of antibodies against soluble liver antigens (anti-SLA), later found to be identical with previously described antibodies against liver pancreas (anti-LP) and therefore called anti-SLA/LP antibodies, lead to the definition of a third subtype, AIH-3 (Table 2) [48]. Differences between AIH-1 and AIH-3 seemed less pronounced than between AIH-1 and AIH-2, but some authors postulated more severe disease and the need for lifelong immunosuppression in most if not all AIH-3 patients [48–50]. The validity of these sub-classifications, however, is questionable and subject of an ongoing debate.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de EASL guideline on auto-immune hepatitis (Journal of Hepatology 2015 vol. 63 j 971–1004) staat op blz. 980 het volgende: Anti-SLA/LP is the only disease specific autoantibody and therefore it has high diagnostic value. Anti-SLA/LP is detected in approximately 30% of patients with AIH more commonly associated with conventional autoantibodies, and is often associated with antiRo52 antibodies, but sometimes it is the only autoantibody reactivity detectable. Its presence may identify patients with more severe disease and worse outcome though these prognostic associations are controversial.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Bij een 35-jarige vrouw met een Child-Pugh A levercirrose (5 punten), zonder portale hypertensie en een WHO performance score 0 wordt een hepatocellulair carcinoom van 31 mm gevonden.

Welke therapie is in dit geval het meest aangewezen?

- A. Resectie**
- B. RFA
- C. TACE
- D. Transplantatie

Codering: 2022-37

Literatuur: Richtlijn Hepatocellulair carcinoom – IKNL - Richtlijndatabase FMS
EASL CPG: management of HCC 2018

Opmerkingen aios:

Met dezelfde referentie van de EASL guideline management of HCC, zou je ook op een ander antwoord kunnen uitkomen. Een HCC van 31 mm centraal gelegen zou namelijk heel goed irresectabel kunnen zijn, deze informatie ontbreekt. Als we het algoritme strikt van de BCLC stadia volgen kom je überhaupt met deze grootte niet op resectie uit (alhoewel in de praktijk natuurlijk anders is voor perifeer gelegen HCC's die resectabel zijn met 31 mm). Er zijn echter ook genoeg HCC's van deze afmeting die helemaal niet resectabel zijn puur door ligging ook al gaat het om een CP-A en WHO 0. Oftewel er is niet voldoende informatie om de vraag te beantwoorden. Afhankelijk van ligging zou in de praktijk ook RFA kunnen zijn gevolgd door resectie in 2e instantie of indien volledig irresectabel door ligging voldoet pte nog aan de Milaan criteria / nieuwe AFP model voor levertransplantatie. NB erg frustrerend als je gehele schema goed kent en dus alsnog de vraag 'fout' beantwoord.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In het BCLC schema (Llovet JM, Villanueva A, Marrero JA, et al. Trial Design and Endpoints in Hepatocellular Carcinoma: AASLD Consensus Conference. Hepatology 2021; 73 Suppl 1:158-191) staat beschreven dat een patiënt met een solitair HCC en Child-Pugh A stadium met normaal bilirubine en zonder tekenen van portale hypertensie optimale kandidaten zijn voor resectie.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Een 42-jarige vrouw met overgewicht wordt verwezen voor analyse van leverenzymstoornissen (ALAT 63 IU/L en ASAT 76 IU/L). U denkt dat er sprake kan zijn van leversteatose.

Wat is in dit geval het meest aangewezen onderzoek voor het vaststellen van een eventuele steatose?

- A. CAP (controlled attenuation parameter) meting
- B. Echo**
- C. FIB-4 test
- D. SteatoTest

Codering: 2022-42

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update. Journal of Hepatology 2021, pagina 10.

Opmerkingen aios:

Op fibroscan kun je meer details betreft (mate van) steatose vastleggen dan echo. Of is het leerdoel van deze vraag dat ALAT wat verhoogd is en dat het dan minder/niet betrouwbare meting is met CAP?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update. Journal of Hepatology 2021, staat op pagina 668 Conventional ultrasound is recommended as a first-line tool for the diagnosis of steatosis in clinical practice, despite its well-known limitations (LoE 1; strong recommendation).

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Een 30-jarige man wordt naar u verwezen ter behandeling van een chronische hepatitis B virus infectie. Hij blijkt pas sinds kort in Nederland te wonen, en reeds in China te zijn gestart met lamivudine. Ten tijde van het eerste consult is het HBV DNA 100 IU/mL en het ALAT normaal. Drie maanden later ziet u hem opnieuw en nu is het HBV DNA 18,000 IU/mL en is het ALAT 138 U/L. Patiënt heeft zijn medicatie trouw ingenomen. U vermoedt het ontstaan van lamivudine resistentie.

Wat is in dit geval het beste advies ten aanzien van de behandeling?

- A. Toevoegen van adefovir dipivoxil aan lamivudine
- B. Toevoegen van entecavir aan lamivudine
- C. Vervangen van lamivudine door entecavir
- D. Vervangen van lamivudine door tenofovir disoproxil fumarate**

Codering: 2022-47

Literatuur: HBV Richtsnoer

Opmerkingen aios:

HBV richtsnoer schrijft: Lamivudine wordt niet geadviseerd i.v.m. hoge kans op resistentievorming en dient gewisseld te worden naar entecavir of tenofovir. Hier zouden dus 2 antwoorden goed zijn dan.

In het richtsnoer staat letterlijk: Lamivudine, adefovir en telbivudine worden niet aanbevolen wegens de hoge kans op resistentievorming. Bij patiënten die reeds met een van deze middelen worden behandeld dient een switch naar ETV, TDF of TAF te worden overwogen. Gezien entecavir de goedkoopste is, heeft deze de voorkeur dus antwoord: lamivudine vervangen door entecavir.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de vraag staat dat er een lamivudine resistentie vermoed wordt. Gezien het feit dat er sprake is van kruisresistentie tussen lamivudine en entecavir, is entecavir geen juiste optie. Adefovir is een laag potent middel en derhalve geen goede keuze. Tenofovir kent geen kruisresistentie met lamivudine en is de beste keuze.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Een 65-jarige patiënt, bekend met een alcoholische levercirrose, presenteert zich met hematemesis op de SEH. Patiënt is hemodynamisch stabiel. Na het starten van octreotide en ceftriaxon wordt een gastroscopie uitgevoerd. Er blijkt sprake van een actieve varix bloeding in de oesofagus, waarvoor rubberbandligatie wordt verricht en hemostase wordt verkregen.

In welke situatie is er een pre-emptieve TIPS geïndiceerd?

- A. Bij een patiënt met een levercirrose Child Pugh B>7 punten
- B. Bij een patiënt met een levercirrose Child Pugh B>7 punten waarbij er een actieve varixbloeding wordt gezien bij gastroscopie**
- C. Bij een patiënt met een levercirrose Child Pugh >14 punten
- D. Bij een patiënt met een onderliggende levercirrose, ongeacht de Child Pugh score, waarbij er een actieve varixbloeding wordt gezien bij gastroscopie

Codering: 2022-49

Literatuur: de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C; Baveno VII Faculty. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 202

Opmerkingen aios:

In de richtlijn wordt er geen onderscheid gemaakt tussen A en B, dus waarom zou je geen TIPS indicatie hebben bij een Child Pugh A met portale hypertensie? Of bij een patiënt met non-cirrotische portale hypertensie?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In Baveno VII (Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension J of Hepatology, 76:4, P959-974) staat het volgende (A1) statement staat: Pre-emptive TIPS with polytetrafluoroethylene (PTFE)- covered stents within 72 h (ideally <24 h) is indicated in patients bleeding from oesophageal varices and type 1/2 gastro-oesophageal varices who meet any of the following criteria: Child-Pugh class C <14 points or Child Pugh class B >7 with active bleeding at initial endoscopy or HVPg >20 mmHg at the time of haemorrhage.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.



Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag:

Een 56-jarige patiënt met een post-alcoholische cirrose wordt verwezen naar de polikliniek hepatologie in verband met dyspnoe. Bij aanvullend onderzoek worden geen aanwijzingen gevonden voor een pneumonie of hepatische hydrothorax. Poliklinisch wordt de diagnose hepatopulmonaal syndroom overwogen.

Welk klinisch gegeven zou pleiten voor de aanwezigheid van een hepatopulmonaal syndroom?

- A. Arteriële bloedgas met PaO₂ > 80 mm Hg
- B. Echo cor waarbij na > 6 slagen microbubbles zichtbaar worden in linker atrium
- C. Mild interstitieel beeld in de bovenvelden van de longen op de thorax foto
- D. Platypneu**

Codering: 2022-50

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

Opmerkingen aios:

Zoals in UpToDate te lezen valt, als ook in meerdere artikelen over dit onderwerp, bestaat de trias van diagnose HPS uit:

- Arteriële PaO₂ <80 mmHg (of Aa gradient >15mmHg)
- Aanwezigheid van een shunt
- Aanwezigheid van chronische leverziekte.

Platypneu is een verschijnsel wat gezien kan worden bij HPS, maar weinig specifiek/sensitief. Bovendien is het geen vereiste voor de diagnose. De microbubbles in het linker atrium op de echo cor zijn bewijzend voor een intrapulmonale shunt, 1/3 criteria voor een HPS. Ik ben derhalve van mening dat het meest juiste antwoord op deze vraag B moet zijn.

Op de Dutch Liver Week is duidelijk uitleg gegeven over de toegevoegde waarde van echo cor in de diagnose van hepatopulmonaal syndroom. Niet elke pt presenteert zich evident met platypneu. Referentie tevens: Value of contrast echocardiography for the diagnosis of hepatopulmonary syndrome. María J. Rollán, Ana C. Muñoz, Teresa Pérez, José L. Bratos European Journal of Echocardiography, Volume 8, Issue 5, October 2007""On the contrary, late arrival of contrast in the left atrium after a time delay of 4–8 cardiac cycles is diagnostic of IPS, and is due to the time required for passage through the pulmonary circulation. NB als dit geen klinisch gegeven is, dan is mijn mening dat het niet 1 van de antwoorden had moeten zijn. Of een combinatie, waarbij je de 2 antwoorden als beide juist had kunnen aanmerken. Oftewel dan is de vraagopzet niet goed.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis staat beschreven: The clinical manifestations of HPS in patients with chronic liver disease primarily involve dyspnoea and platypnoea. Dyspnoea is the most common respiratory complaint in patients with HPS, but it is non-specific. Its onset is insidious, usually occurring on exertion. Platypnoea, which is a shortness of breath exacerbated by sitting up and improved by lying supine, is a less sensitive but a more specific finding in these patients. Derhalve wordt antwoord D goedgekeurd. In JHEP Report Hepatopulmonary syndrome 2022 Jul 4;4(9) staat beschreven dat karakteristiek voor de diagnose van HPS intrapulmonaire vasculaire dilataties worden vastgesteld. Dit gebeurt middels ECHO cor waarbij er microbubbles in linkerhart worden aangetoond. De discussie is wanneer deze microbubbles in het linker hart worden gevonden. In de literatuur is te vinden dat dit na 4-6 en elders staat beschreven ook na 4-8 slagen gebeurt. Derhalve is besloten dat op basis van bronconflict antwoord B ook juist wordt bevonden.

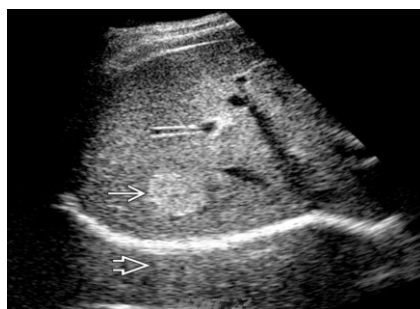
Aanpassing sleutel:

Antwoord B en D zijn beide juist.

Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag:

Een 44-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis en een BMI van 37 kg/m² wordt verwezen naar de polikliniek MDL. i.v.m. een bij echografisch onderzoek per toeval gevonden focale afwijking in de lever. Het betreft een solitaire, scherp begrensde, hyper echogene laesie van 2,7 cm. Verder vallen een hobbelige levercontour en splenomegalie op.



Wat is in dit geval de meest aangewezen volgende stap?

- A. Biopt van de laesie
- B. Expectatief beleid
- C. MRI lever**
- D. Staken van de pil, gewichtsverlies en over 6 maanden de echo herhalen

Codering: 2022-55

Literatuur: EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. J Hepatol 2018;69. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.019

Opmerkingen aios:

De ingevoegde afbeelding is exact dezelfde als in de voortgangstoets van 2021, waarbij deze op basis van het echobeeld wordt afgegeven als klassiek hemangioom, waarbij geen surveillance nodig is. Maakt het feit dat er nu sprake is van cirrotische kenmerken nu dat de radioloog / MDL-arts zich niet voldoende vertrouwt om een 'klassiek hemangioom' te differentiëren van een MRI? In dat geval was het wellicht beter geweest een andere afbeelding te plaatsen.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Echografisch past de afwijking bij een hemangioom. Er lijkt echter ook sprake te zijn van cirrose. De vooraf kans op een hepatocellulair carcinoom is veel groter in een cirrotische lever. Om deze reden is de volgende stap een MRI of 4-fasen CT van de lever bij een laesie > 1cm.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Een 39-jarige vrouw is bij u bekend met in het verleden choledocholithiasis en cholangitis waarvoor zij een ERCP met papillotomie en steenverwijdering heeft gehad. Hierna onderging zij aanvullend een laparoscopische cholecystectomie. Zij komt nu terug met hevige herkenbare pijn rechts boven in de buik, en afwijkende leverwaarden met onder andere een bilirubine van 75 $\mu\text{mol/L}$.

Wat is nu de eerst aangewezen vervolgstap?

- A. CT-scan
- B. ERCP**
- C. Laparoscopische choledochus exploratie
- D. MRCP

Codering: 2022-59

Literatuur: Richtlijn galsteenlijden, gecompliceerde symptomatische galstenen (choledocholithiasis) (pagina 124 e.v./220).

Opmerkingen aios:

Overall wordt gepropageerd dat ERCP absoluut alleen geïndiceerd is bij indicatie voor behandeling, dus na beeldvorming ook al is de meest waarschijnlijke diagnose steen in de CBD. In de praktijk zou dit vanaf een SEH altijd een echo abdomen zijn die kijkt naar intrahepatische galwegdilatatie etc. Eventueel kan vooraf aan een ERCP een EUS verricht worden, echter waren deze opties er niet in de antwoorden. Nu zal een MRCP niet (vaak) gemaakt worden gezien kosten en logistiek in deze situatie, echter bij een jonge vrouw met mogelijk al een gepasseerde CBD steen een ERCP verrichten doen we ook niet goed zonder beeldvorming bij hoog risico op post-ERCP pancreatitis. Deze vraag en vooral antwoorden weerspiegelt absoluut niet de dagelijkse praktijk. Referentie Richtlijn galsteenlijden, waarbij het volgende een letterlijke aanbeveling is: Voor het vaststellen van de diagnose (ongecompliceerde) symptomatische cholecystolithiasis is naast anamnese echografie voldoende.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Zoals beschreven in richtlijn galsteenlijden (Richtlijnen database 2017), gecompliceerde symptomatische galstenen (choledocholithiasis) (pagina 124 e.v./220) heeft bij hoge verdenking choledocholithiasis en bij status na papillotomie ERCP de voorkeur. MRCP kan vals positief zijn door lucht in de galwegen.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Wat is de eerst aangewezen therapie bij een borderline resectabel pancreascarcinoom bij een patiënt in goede conditie?

- A. Neoadjuvante chemotherapie
- B. Neoadjuvante chemoradiotherapie**
- C. Neoadjuvante radiotherapie
- D. Resectie

Codering: 2022-63

Literatuur: Versteijne et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy versus upfront surgery for resectable and borderline resectable pancreatic cancer: long-term results of the Dutch randomized PREOPANC trial. J Clin Oncol 2022 Apr 10; 40(11): 1220-1230.

Opmerkingen aios:

Neo-adjuvante therapie is nog niet in de richtlijn opgenomen bij borderline resectabel pancreascarcinoom; staat moet alleen in onderzoeksverband gestart worden. Derhalve geen goede vraag. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pancreascarcinoom/neo-adjuvante_chemotherapie_radiotherapie_of_chemoradiotherapie/neoadjuvante_behandeling_resectabel_pancreascarcinoom.html

Ik ben het niet eens met dit antwoord. De Preopanc studie levert natuurlijk bewijs voor neo-adj CRT, maar dit wordt ngo niet toegepast in de klinische praktijk. In de regio Utrecht worden pten behandeld met neo-adjuvante chemotherapie. Derhalve vind ik dat dit antwoord ook goedgekeurd moet worden.

Antwoord is gebaseerd op PREOPANC 1, terwijl de PREOPANC 2 studie nog loopt (chemoradiatie vs chemotherapie). Kortom, deze vraag is nog niet te beantwoorden totdat we de resultaten van de PREOPANC 2 studie hebben.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het antwoord op de vraag is gebaseerd op de resultaten van de PREOPANC 1 studie (zie ook bron bij toelichting antwoord). De aios die commentaar hebben bij deze vraag merken o.a. op dat momenteel de PREOPANC 2 studie gaande is, die mogelijk aantoont dat neoadjuvante chemotherapie beter is dan een behandeling met neoadjuvante chemoradiotherapie, gevolgd door adjuvant chemotherapie. Omdat de huidige richtlijn nog geen melding maakt van adjuvante therapie en de PREOPANC 2 trial verschillende modaliteiten vergelijkt, maar nog geen uitkomsten kent, is besloten deze vraag te laten vervallen op basis van bronconflict en onvolledige evidence.

Aanpassing sleutel:

Vraag vervalt.

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

Een 18-jarige vrouw komt op uw spreekuur vanwege braken. Zij vertelt na iedere maaltijd een druk in de buik te voelen, en dan te braken. Zij is niet misselijk. Ze is afgevallen in gewicht en heeft nu een BMI van 17.5. Elders werd reeds een gastroduodenoscopie verricht en deze was zonder afwijkingen.

Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Coeliakie
- B. Functionele dyspepsie
- C. Hersentumor
- D. Ruminatiesyndroom**

Codering: 2022-70

Literatuur: Murray et al, Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review; Am J Gastroenterol. 2019 Apr;114(4):562-578

Opmerkingen aios:

Ik heb niet gekozen voor het antwoord ruminatie omdat ik de anamnese er niet goed genoeg bij vond passen. Dit zou meer in de richting moeten zijn van "onverteerd eten komt zeer snel na doorslikken terug in de mond"; rumineren is namelijk iets anders dan braken, dus de tekst in de vraag klopt dan niet goed. Ik pleit daarom voor schrappen van deze vraag.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het leerdoel van deze vraag is dat je navraagt wat de patiënt bedoelt met braken, hoe het braken in zijn werk gaat of er misselijkheid is (ontbreekt bij rumineren, aanwezig bij hersentumor). Vol gevoel zoals bij functionele dyspepsie wordt niet beschreven en het klachten patroon past niet typisch bij coeliakie.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

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

Een tekort aan vitamine B12 kan onder andere leiden tot een pernicieuze anemie. Alvorens vitamine B12 door het lichaam kan worden opgenomen, ondergaat het een aantal processen in het spijsverteringskanaal.

Welk eiwit bindt vitamine B12 in de maag?

- A. Cobalamine
- B. Haptocorrine**
- C. Intrinsic Factor
- D. Methylmalonzuur

Codering: 2022-78

Literatuur: Froese DS, Fowler B, Baumgartner MR. Vitamin B12 , folate, and the methionine remethylation cycle-biochemistry, pathways, and regulation. J Inher Metab Dis. 2019 Jul;42(4):673-685

Opmerkingen aios:

Zowel haptocorrine als intrinsic factor zijn eiwitten die vitamine B12 binden in de maag. Het is weliswaar zo dat haptocorrine sterker bindt, maar dat is niet de vraag die gesteld wordt. Op zijn minst zouden zowel B als C goedgekeurd moeten worden.

Zie ook Sleisenger H49: ""The delivery of cobalamin from food to tissues begins with release of cobalamin from dietary protein by the pHdependent activity of pepsin, followed by binding of cobalamin to two binding proteins that are secreted into gastric juice: IF and haptocorrin (R binder).

In de maag wordt vitamine B12 met name gebonden door haptocorrine. Echter er is competitie door intrinsic factor, weliswaar heeft dit minder potentie. Er zijn mijn inziens twee antwoorden goed: intrinsic factor alsook haptocorrine. Dit wordt onderschreven door pagina 853 van de 10e editie Sleisenger en Fordtran's: The delivery of cobalamin begins ..., followed by the binding of cobalamin to 2 binding proteins that are secreted into gastric juice: Intrinsic Factor and haptocorrine.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Commentaar gehonoreerd o.b.v. de door de aios genoemde literatuur.

Aanpassing sleutel:

Antwoord B en C zijn beide juist.

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

Vezels zijn een belangrijke component van gezonde voeding. Met name groente (prei 1.8g/100g), fruit (1 appel 2,7g) en volkoren producten (1 bruine boterham 2,3g) zijn een bron van vezels. Inname van voldoende vezels leidt tot risicoreductie voor ziekten als hart- en vaatziekten, diabetes mellitus maar ook colorectaal carcinoom.

Wat is de geadviseerde dagelijkse inname van vezels in Nederland?

- A. 0-9g
- B. 10-19g
- C. 20-29g**
- D. 30-39g

Codering: 2022-79

Literatuur: Voedingscentrum

Opmerkingen aios:

Op de website van het Voedingscentrum staat: Volwassen vrouwen wordt geadviseerd minimaal 25 gram vezels per dag te eten, volwassen mannen minimaal 30 gram per dag. Het goede antwoord staat dus niet tussen de antwoordopties. 30-39 gram/dag is niet het juiste antwoord, omdat vrouwen volstaan met 25g/dag.

Op de website van het voedingscentrum wordt een aparte aanbeveling gedaan voor vrouwen en mannen. Voor vrouwen >25 gram en mannen >30 gram. De vraag is niet juist te beantwoorden omdat er geen onderscheid is gemaakt in geslacht in de vraagstelling en de hoeveelheden te nauw op elkaar aansluiten.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Commentaar gehonoreerd o.b.v. de genoemde argumenten.

Aanpassing sleutel:

Vraag vervalt.

Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag:

Een 29-jarige vrouw die 32 weken zwanger is, meldt zich op de spoedeisende hulp met een voorgeschiedenis van 2 weken malaise, misselijkheid en braken.

Bij onderzoek zijn er geen stigmata van chronische leverziekte, haar hartslag is 100 slagen per minuut en haar bloeddruk is 160/94 mmHg. Ze heeft pijn abdominaal in het rechter bovenste kwadrant en ze heeft perifeer oedeem.

Aanvullend onderzoek: Hemoglobine 6.8 mmol/L (7.5-10).

Thrombocyten $68 \times 10^9/L$ (150–400). INR 1.7. Bloeduitstrijkje: schistocyten, sferocyten. Totaal bilirubine 74 $\mu\text{mol/l}$ (1–22). Serum alanine aminotransferase 176 U/L (5-35). Serum aspartaat aminotransferase 260 U/L (1–31). Serum alkalische fosfatase 230 U/L (45-105). Serum lactaatdehydrogenase 720 U/L (10–250).

Wat is nu de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Acute leververvetting in de zwangerschap
- B. Budd-Chiari-syndroom
- C. HELLP-syndroom**
- D. Intrahepatische cholestase in de zwangerschap

Codering: 2022-82

Literatuur: The interpretation of liver function tests in pregnancy, M. Guarino et al. Best Pract Res Clin Gastroenterology 2020; 44-45

Poimednidi et al; Haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets: Diagnosis and management in critical care. J of intensive care society 2022, 23(3), 372-378 en The interpretation of liver function tests in pregnancy, M. Guarino et al. Best Pract Res Clin Gastroenterology 2020; 44-45.

Opmerkingen aios:

Verlengde INR past toch niet bij HELLP syndroom? Literatuur: In terms of laboratory findings, AFL can be differentiated from HELLP syndrome by the presence of leucocytosis, hypoglycaemia, more pronounced hyperbilirubinemia, an initial lack of haemolysis and thrombocytopenia $< 100 \text{ G/l}$, as well as lower antithrombin levels $< 65\%$ and prolonged prothrombin times.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

De differentiatie tussen HELPP syndroom en ACLF is lastig. De hypertensie, verhoogde LDH en aanwezigheid van schistocyten als teken van hemolyse maakt dat dit beeld beter past bij HELPP dan bij ACLF (zie opgegeven literatuur)

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

Categorie 10: Spoedeisende MDL**Vraag:**

Een vrouw van 75 jaar ligt opgenomen op de afdeling na een lokale behandeling met contactcoagulatie van een Forrest IIa ulcusbloeding in de maag. Zij gebruikte de combinatie acetylsalicylzuur en clopidogrel in verband met een doorgemaakt CVA 2 jaar geleden. De clopidogrel is gestaakt bij binnenkomst. Na het staken van de PPI op dag 3 krijgt zij toch opnieuw tekenen van een bloeding met melena en hemodynamische instabiliteit (pols 100 slagen/minuut, RR100/60 mmHg). Wat is nu het aangewezen beleid?

- A. Bloeding behandelen via chirurgische interventie
- B. CT-Angiografie.
- C. Herhalen gastroscopie en endoscopisch behandelen**
- D. Trombocyten transfusie, herstarten PPI i.v.

Codering: 2022-83

Literatuur: Gralnek et al., Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline-Update 2021. Endoscopy 2021

Opmerkingen aios:

Ik vind antwoorden m.b.t. de vraag tekort schieten. Patiënt heeft reeds alle diagnostiek/behandeling gehad onder PPI en dit is schijnbaar niet genoeg geweest. Nu is er een tweede episode met HD instabiliteit. Ik denk dat de kans op succes bij regastroscopie kleiner is dan de eerste keer, en daarnaast is patiënt HD instabiel en ga je niet op een dergelijk moment een scopie uitvoeren. Tevens zul je PPI willen herstarten zoals in antwoord D. Maar vooraleerst: resuscitatie. Aangezien dit alles niet goed in de antwoorden stond, heb ik voor de spoedoplossing gekozen, CT-angio.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In de richtlijn "Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline-Update 2021" (Gralnek et al. Endoscopy 2021) staat dat bij een nieuwe bloeding eerst een nieuwe gastroscopie is geïndiceerd met beoordelen van de (nieuwe) endoscopische behandel mogelijkheden en in tweede instantie pas een CT-angio is geïndiceerd. (1. ESGE recommends that patients with clinical evidence of recurrent bleeding should receive repeat upper endoscopy, including hemostasis if indicated. Strong recommendation, high quality evidence. 2. ESGE recommends that for patients with clinical evidence of recurrent peptic ulcer hemorrhage, use of a cap-mounted clip should be considered. In the case of failure of this second attempt at endoscopic hemostasis, transcatheter angiographic embolization (TAE) should be considered. Surgery is indicated when TAE is not locally available or after failed TAE. Strong recommendation, moderate quality evidence.)

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

Categorie 11: Endoscopie**Vraag:**

Een 75-jarige vrouw is recent gediagnosticeerd met een irresectabel slokdarmcarcinoom waarvoor palliatieve behandeling. Zij is bekend met atriumfibrilleren waarvoor zij Rivaroxaban gebruikt. Ze heeft een normale nierfunctie. Er is sprake van dysfagie waarvoor indicatie van het plaatsen van een slokdarmstent.

Welke actie is in dit geval geïndiceerd ten aanzien van het gebruik van Rivaroxaban vooraf aan de endoscopische stentplaatsing?

- A. Rivaroxaban continueren**
- B. Rivaroxaban dient 24 uur van tevoren te worden gestaakt
- C. Rivaroxaban dient 48 uur van tevoren te worden gestaakt
- D. Rivaroxaban dient 72 uur van tevoren te worden gestaakt

Codering: 2022-90

Literatuur: Nederlandse richtlijn – Beleid antitrombotische therapie rondom endoscopische procedures. 2016.

Opmerkingen aios:

De meer recente richtlijn welke gezamenlijk geschreven is door BSG en ESGE plaatsen ""Oesophageal, enteral or colonic stenting"" in de hoogrisico groep waarbij 48u vooraf staken is geadviseerd. Derhalve is 48u staken te rechtvaardigen. bron: Gut. 2016 Mar; 65(3): 374–389. doi: 10.1136/gutjnl-2015-311110.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In Nederlandse richtlijn Beleid antitrombotische therapie rondom endoscopische procedures (2016) staat beschreven dat endoscopische stentplaatsing onder procedures met laag risico op bloeding valt, waardoor antistolling gecontinueerd kan worden.

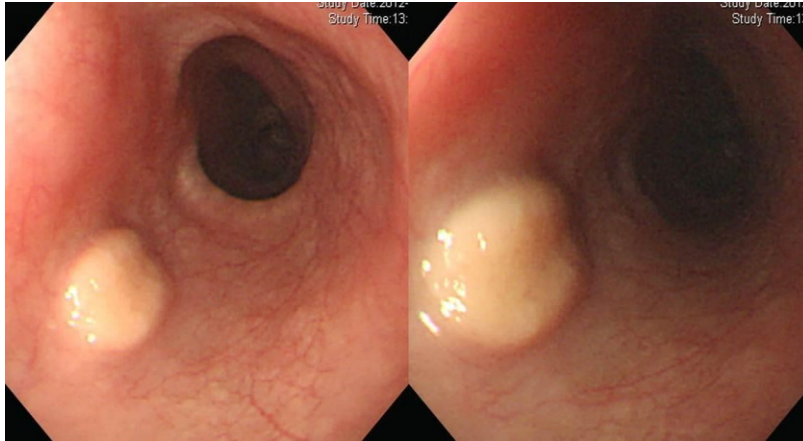
Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.

Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

U verricht bij een 40-jarige man een gastroscopie en ziet onderstaande afwijking in de proximale slokdarm.



Wat is in dit geval de meest waarschijnlijke diagnose?

- A. Glycogeen acanthose
- B. Granular cell tumor**
- C. Inlet patch
- D. Leiomyoom

Codering: 2022-91

Literatuur: Clinical Gastrointestinal Endoscopy – 2nd edition. G.J. Ginsberg ISBN 978-1-4377-1529-3

Opmerkingen aios:

Sterke twijfel tussen GCT en leiomyoom; beiden uiterlijk van submucosale tumor. Ik vraag me af wat hierin sterk differentieert in deze vraag (de foto alleen volgens mij niet) en waarom leiomyoom niet ook goed gerekend zou kunnen worden.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het is inderdaad niet goed mogelijk om o.b.v. endoscopische beelden met zekerheid te differentiëren tussen leiomyoom en granular cel tumor. De gele doorschemering past weliswaar beter bij een granular cell tumor maar feit dat het de proximale slokdarm betreft zou weer beter passen bij leiomyoom.

Aanpassing sleutel:

Antwoord B en D zijn beide goed.

Categorie 11: Endoscopie**Vraag:**

Er vindt een coloscopie plaats bij een 72-jarige man in het kader van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. In het proximale sigmoïd bevindt zich een sessiele poliepeuze laesie van 30 mm groot. Het is een granulaire laesie met een dominante grotere nodule. Er is sprake van spontaan bloedend slijmvlies. Centraal in de laesie is sprake van een intrekking met normaal pitpatroon

Welk van bovenbeschreven kenmerken geeft de hoogste kans op een focus van coloncarcinoom?

- A. Aanwezigheid dominante nodule
- B. Centrale intrekking met normaal pit patroon
- C. Sessiele poliepeuze laesie van 30 mm
- D. Spontaan bloedend slijmvlies**

Codering: 2022-96

Literatuur: Richtlijn poliepectomie van het rectum en colon, 2022, NVMDL.

Opmerkingen aios:

Spontaan bloedend slijmvlies heeft inderdaad een hoog % geassocieerd met risico op maligniteit, echter is dit zeer specifiek waardoor de waarde van dit kenmerk op zich erg beperkt is. Dat is ook wat de richtlijn bedoelt met de zin 'Het dient derhalve in combinatie met andere maligne kenmerken geïnterpreteerd te worden. Dus 'makkelijk bloedend slijmvlies' op zich, als enige kenmerk, zonder dat er nog een kenmerk bijstaat is zeker niet het kenmerk dat je gebruikt om het risico op kanker in te schatten. Idem voor het kenmerk 'omvang van de poliep', dat geeft inderdaad een hoog absoluut risicopercentage, maar dat kan je ook niet als kenmerk op zich gebruiken om een hoog risico op kanker aan te geven. Centrale intrekking is verdacht, maar het normale pit patroon maakt kans op invasiviteit minder waarschijnlijk. Het antwoord moet hier 'aanwezigheid van een dominante nodule zijn', dat is het enige kenmerk dat als kenmerk op zich een verhoogd risico aangeeft (ca. 11%), waarbij 'als er een invasief gebied aanwezig is in de granulaire poliep, bevindt deze zich in de meerderheid van de gevallen (84%) onder de grote nodule' (zie richtlijn)."

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Volgens de NVMDL richtlijn "poliepectomie van het rectum en colon (2022)" heeft spontaan bloedend slijmvlies een risico van 35-72 % op coloncarcinoom, de grootte van 30 mm een kans van 16-17% en de aanwezigheid van een nodule 11%. De centrale intrekking bij verder een normaal pit pattern is niet sterk voorspellend voor de aanwezigheid van carcinoom.

Aanpassing sleutel:

Antwoordmodel handhaven.