



Categorie 1: MDL-oncologie

Vraag:

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

Wat is het aangewezen beleid?

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

Codering: 2025-06

Juiste antwoord:

- B. Coloscopie over 3 jaar**

Literatuur: FMS Richtlijn "Coloscopie surveillance" 2022

Opmerkingen aios:

Staat dezelfde vraag er niet nog een keer in? Dubbele vraag.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Geen dubbele vraag gevonden.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



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

Vraag:

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

Hemoglobine 6.8 mmol/l

MCV 82 fl

IJzer: 10 umol/l (10-25)

IJzerbindingscapaciteit: 40 umol/l (45-80)

Transferrineverzadiging: 12% (20-55)

Transferrine: 2.4 g/l (2.0-4.1)

Ferritine: 80 ug/l (10-150)

Wat is het aangewezen beleid ten aanzien van de anemie?

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

Codering : 2025-16

Juiste antwoord:

- B. Intraveneuze ijzersuppletie**

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

Opmerkingen aios:

Bij dit milde beeld en milde tekort is een poging met oraal ijzer wel te verdedigen. Iv ijzer lijkt me een dure keuze.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Zie Hannah Gordon, Johan Burisch, Pierre Ellul, et al., ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 18, Issue 1, January 2024, Pages 1–37 --> Zie statement 6.2 --> gezien er in de casus sprake is van klinisch actieve colitis ulcerosa is intraveneus ijzer geïndiceerd.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



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

Vraag:

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

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

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

Codering: 2025-26

Juiste antwoord:

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

Literatuur: SWAB-richtlijn 2023

Opmerkingen aios:

Graag zou ik willen bediscussiëren waarom ik denk dat optie D het juiste antwoord is. In de SWAB-richtlijn 2023 is aangegeven dat azitromycine per os of erytromycine + ceftriaxon IV opties zijn bij reizigersdiarree. Welke keuze je maakt is op basis van de ernst van de ziekte. Beide opties zijn empirisch goede behandelingen.

Aan de ene kant kun je redeneren dat het ergste van de infectie achter de rug is omdat het braken gestaakt is. De patiënte heeft echter meer argumenten om de intensieve therapie te starten (aanhoudend hoge koorts met bloederige diarree) en is immuun-gecompromiteerd door dubbele immunosuppressiva. In dezelfde richtlijn wordt aangegeven dat er geen specifieke studies bij immuun-gecompromiteerde zijn echter wordt er wel aangegeven dat het rationeel is om eerder met behandeling te starten. Hieruit kun je opmaken dat het ook logisch is om eerder de intensievere behandeling te starten.

In de praktijk vraag ik mij af of iemand die immuun-gecompromiteerd is met hoge koorts daadwerkelijk van de SEH ontslagen wordt met orale antibiotica. In de differentiaal diagnose staat bijvoorbeeld een abces.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Volgens SWAB-richtlijn dient zij behandeld te worden gezien haar immunosuppressieve medicatie. Ze braakt niet meer, dus orale antibiotica is mogelijk en dan is azithromycine meest aangewezen.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



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

Vraag:

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

Wat is nu de meest aangewezen behandeling?

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

Codering: 2025-30

Juiste antwoord:

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

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

Opmerkingen aios:

In de SWAB wordt hier anders over gedacht:

Ernstige of therapierefractaire CDI:

Vancomycine 4 dd 250 mg gedurende 10 dagen.

Indien orale behandeling niet mogelijk is: vancomycine infuusvloeistof 4 dd 250 mg per sonde en/of als klysma. Bij milde episode bij poliklinische patiënt zonder comorbiditeit en/of risicofactoren voor recidief: metronidazol 3 dd 500 mg per os gedurende 10 dagen.

Fidaxomicine is naar onze richtlijn alleen geïndiceerd bij kwetsbare patiënten óf gelijktijdig antibiotica gebruik, dus dat had de eerste behandeling moeten zijn en niet nu de tweede?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Het betreft hier een recidief *Clostridioides difficile* infectie en geen eerste of therapieresistente infectie. In SWAB-richtlijn is fidaxomicine eerste keus bij een recidief van een eerder met vancomycine behandelde *Clostridioides difficile* infectie.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



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

Vraag:

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

Wat is het aangewezen beleid?

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

Codering: 2025-31

Juiste antwoord:

- B. Expectatief beleid**

Literatuur: FMS Richtlijn "Acute diverticulitis" 2018

Opmerkingen aios:

Chirurgische diagnose

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Welke diagnose bij welk specialisme hoort of door welke specialist het behandeld wordt, is per ziekenhuis afhankelijk. Er mag verwacht worden dat je als MDL-arts een milde diverticulitis kunt behandelen.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.

Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag:

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

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

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

Codering: 2025-42

Juiste antwoord:

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

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

Opmerkingen aios:

Ligt dit niet bij de gynaecoloog? (Het wel of niet goed zijn voor het icsi traject)
Voor de lever is er geen indicatie toch?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Zie HBV Richtsnoer --> Een hepatitis B geïnfecteerde man mag pas aan ICSI traject beginnen als zijn HBV DNA < 180 IU/mL is. De gynaecoloog kan hepatitis B niet behandelen, dus deze vraag wordt bij hepatitis behandelaar neergelegd waarbij voor- en nadelen van antivirale behandeling besproken dienen te worden met patiënt.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 5: Leverziekten, incl. virale en metabole leverziekten

Vraag:

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

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

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

Codering: 2025-44

Juiste antwoord:

- D. HCC surveillance is hier niet geïndiceerd

Literatuur:

FMS richtlijn "MASLD/MASH" 2024

Hoofdstuk 8. HCC-surveillance

EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma 2025

Opmerkingen aios:

Alhoewel de EASL richtlijn nog aangeeft dat hier onvoldoende bewijs voor is, is er recent wel een grote studie verschenen in Hepatology die toch vrij stellig is in het aanbevelen van HCC surveillance in non-cirrotische MASLD patiënten met diabetes en LSM ≥ 10 kPa vanwege het verhoogde risico op een HCC (0.5% per jaar). Deze studie is nog niet meegenomen in de EASL richtlijn die overigens niet zegt dat je niet moet screenen, behalve dat er onvoldoende bewijs is op dit moment om dat wel aan te bevelen en erkent tegelijkertijd dat een aanzienlijk deel van de MASLD gerelateerde HCCs zich voordoen in F3 fibrose.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40810411/>

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

In principe hanteren we in Nederland de FMS richtlijn MASLD en eventueel de EASL richtlijn waarin HCC screening bij F3 fibrose (nog) niet wordt aanbevolen. De conclusie van het genoemde artikel is: LSM is associated with HCC risk in MASLD. HCC surveillance should be considered in noncirrhotic MASLD with diabetes and LSM of ≥ 10 kPa". Van de patiënt in de casus is niet beschreven dat hij DM heeft.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 6: Chronisch leverlijden en levertransplantatie

Vraag:

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

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

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

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

Wat is nu het meest aangewezen beleid?

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

Codering: 2025-47

Juiste antwoord:

- D. Screenen voor levertransplantatie

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

Opmerkingen aios:

Volgens mij valt ze buiten het AFP model o.b.v. huidige gegevens en is het goede antwoord iig niet levertransplantatie

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Levertransplantatie is een geschikte behandeling voor niet-resectabel HCC in een niet-cirrotische, normale lever. De Milaan criteria en het AFP model die gebruikt worden voor selectie van patiënten met een cirrotisch HCC, gaan niet op voor HCC in een normale lever.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag:

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

Welke behandelmodaliteit is in dit geval het meest aangewezen?

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

Codering: 2025-57

Juiste antwoord:

- B. Endoscopische gastroenterostomie**

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

Opmerkingen aios:

Ook als je een stomie gaat inplannen continueer je toch tot die tijd sondevoeding? Informed consent etc. al afgenomen en afgewogen tegen niets doen?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

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

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 7: Aandoeningen van pancreas en galwegen

Vraag:

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

Conclusie echo abdomen: Cholecystolithiasis. Ductus choledochus 9 mm.

Wat is nu de meest aangewezen eerstvolgende stap?

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

Codering: 2025-63

Juiste antwoord:

- C. MRCP of EUS**

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

Opmerkingen aios:

Je kan ook eerst kijken of er dynamiek in het lab zit. Indien volgende dag normalisering dan weet je ook wel wat er speelt. Bovendien kan je ook opteren de echo een 2e keer te herhalen.

Bij meer vragen deze voortgangstoets heb ik het idee dat de juiste opties leidt tot zeer dure (lees onbetaalbare) zorg.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Bij deze patiënt is sprake van levertestafwijkingen en een licht verwijde CBD. Zoals te zien is in figuur 1 van ESGE guideline "Endoscopic management of bile duct stones" is er dan een intermediate risk op CBD stenen en is verdere analyse middels EUS/MRCP geïndiceerd.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag:

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

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

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

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

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

Codering: 2025-84

Juiste antwoord:

- B. CRP van 39mg/L

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

Opmerkingen aios:

Gaat het hier niet om de Truelove and Witts severity index? Waarbij dan anemie dan Hb van 7.2 het goede antwoord is?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Hemoglobine is inderdaad een item binnen de criteria voor acute severe colitis maar Hb van 7,2 mmol/L wijst niet op een acute severe colitis en een CRP > 30 wel.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 10: Spoedeisende MDL

Vraag:

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

Wat is het meest aangewezen bloedtransfusiebeleid?

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

Codering: 2025-87

Juiste antwoord:

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

Literatuur: Richtlijn Bloedingen tractus digestivus NVMDL 2017

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

Opmerkingen aios:

Volgens mij boven de 4.3

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Bij deze dame zonder co-morbiditeit is een restrictief transfusiebeleid geïndiceerd. In de Nederlandse richtlijn "Bloedingen tractus digestivus" wordt een streef Hb van 4,5-5,5 mmol/l beschreven als target bij een restrictief transfusie beleid.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

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

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

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

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

Codering: 2025-91

Juiste antwoord:

- B. Surveillance coloscopie over 3 jaar**

Literatuur:

FMS richtlijn "Coloscopie Surveillance" 2022

Richtlijn Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren

Opmerkingen aios:

1. Naar mijn idee is o.b.v. de huidige richtlijn dit antwoord onjuist; er is een relatief risico van 3, hetgeen indicatie voor preventieve coloscopie elke 5 jaar geeft een traditioneel SSL zónder dysplasie, <1cm maakt de surveillance indicatie niet anders.
2. Mijns inziens is er geen indicatie voor familiale surveillance, aangezien volgens de huidige richtlijn dit moet bij eerstegraads <50jaar of twee eerstegraads <70 jaar en hierbij is het moeder op 52-jarige leeftijd en tante op 52-jarige leeftijd. Bron: Federatie medisch specialisten Erfelijke darmkanker: Lynch syndroom, polyposis en familiair darmkanker

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

1. In de nieuwe FMS richtlijn "Erfelijke darmkanker" is deze familie anamnese geen reden meer voor surveillance. Echter een traditional serrated adenoom is een adenoom dat dysplasie bevat en is derhalve een hoog risico poliep waarvoor surveillance na 3 jaar geïndiceerd is.
2. Gezien zijn familieanamnese is surveillance niet geïndiceerd, maar gezien zijn hoog risico poliep wel.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

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

Welke behandeling is nu de eerste keus?

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

Codering: 2025-94

Juiste antwoord:

- B. Flexible Endoscopic Septotomy (FES)**

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

Opmerkingen aios:

Zpoem doet niet onder voor fes toch?

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Conventionele flexibele endoscopische benadering is het meest effectief en het minst risicovol bij diepere Zenker divertikels, omdat behalve myotomie van de cricopharyngeus ook het septum doorgenomen wordt. De continuïteit van het lumen van het divertikel en de slokdarm wordt hersteld. Deze techniek vereist geen ESD-ervaring en is het minst belastend voor de patiënt. Z-POEM en POES behelzen ESD-technieken die geschikter zijn bij kleine ondiepe Zenkers van < 2 cm en worden in ESGE-richtlijn als experimenteel beschouwd. Behandeling door de KNO-arts via de uitwendige benadering is invasief en geen eerste keus.

Aanpassing sleutel:

Geen aanpassing.



Categorie 11: Endoscopie

Vraag:

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

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

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

Codering: 2025-95

Juiste antwoord:

- A. 2 uur na de PEG plaatsing

Literatuur: FMS Richtlijn “Enterale toegang” 2022

Opmerkingen aios:

1. In de FMS-richtlijn staat binnen 2-4 uur (blz 84)
2. Richtlijn enterale voeding zegt 2 uur
'De werkgroep is van mening dat er direct gestart kan worden met voeden door de geplaatste gastrostomiekatheter. Echter het advies van de werkgroep is om 2 uur te wachten na de plaatsing om vroege complicaties af te wachten. Door deze 2-uur periode kan bij het optreden van vroege complicaties het onderscheid gemaakt worden tussen complicaties door de plaatsingsprocedure of door de gestarte voeding.'
3. FMS-richtlijn Enterale toegang: Direct, binnen twee tot vier uur, na het plaatsen van een gastrostomiekatheter kan worden gestart met voeding via de net geplaatste gastrostomiekatheter - Dus niet pas na 6 uur
De bijgeleverde bron geeft aan onder alinea 5.1 'opstarten van voeding' onder 'nazorg katheters'. Daarbij staat bij de uitgangsvraag: 'Wanneer kan na plaatsing van de gastrostomiekatheter gestart worden met voeding door de katheter?' de aanbeveling: 'Direct, binnen twee tot vier uur, na het plaatsen van een gastrostomiekatheter kan worden gestart met voeding via de net geplaatste gastrostomiekatheter.'



Er wordt specifiek nog de bron Jensen, 2018 besproken waarbij er aangegeven wordt dat er geen verschil was in <6 uur en >6 uur starten met voeding in complicaties maar dat dit wel resulteerde in een kortere opname duur. Ook in de genoemde meta-analyse in de tekst wordt er aangegeven dat er geen verschil zit in complicaties tussen vroege en late start van voeding na plaatsing katheter.

Het antwoord: 6 uur na PEG plaatsing lijkt dus niet ondersteund te worden door de bijgeleverde bron. Zowel de antwoorden onmiddellijk na PEG plaatsing maar ook 2 uur na PEG plaatsing worden wel ondersteund. Zie ook de tekst onder 'rationale van de aanbeveling' bij dit hoofdstuk.

Reactie vanuit voortgangstoetscommissie:

Antwoordsleutel klopt niet --> goede antwoord is wel A, maar dat is niet 6 uur maar had 2 uur moeten zijn.

Aanpassing sleutel:

A. handhaven aanpassingsleutel maar bij juiste antwoord A → antwoord A aanpassen naar 2 uur.